

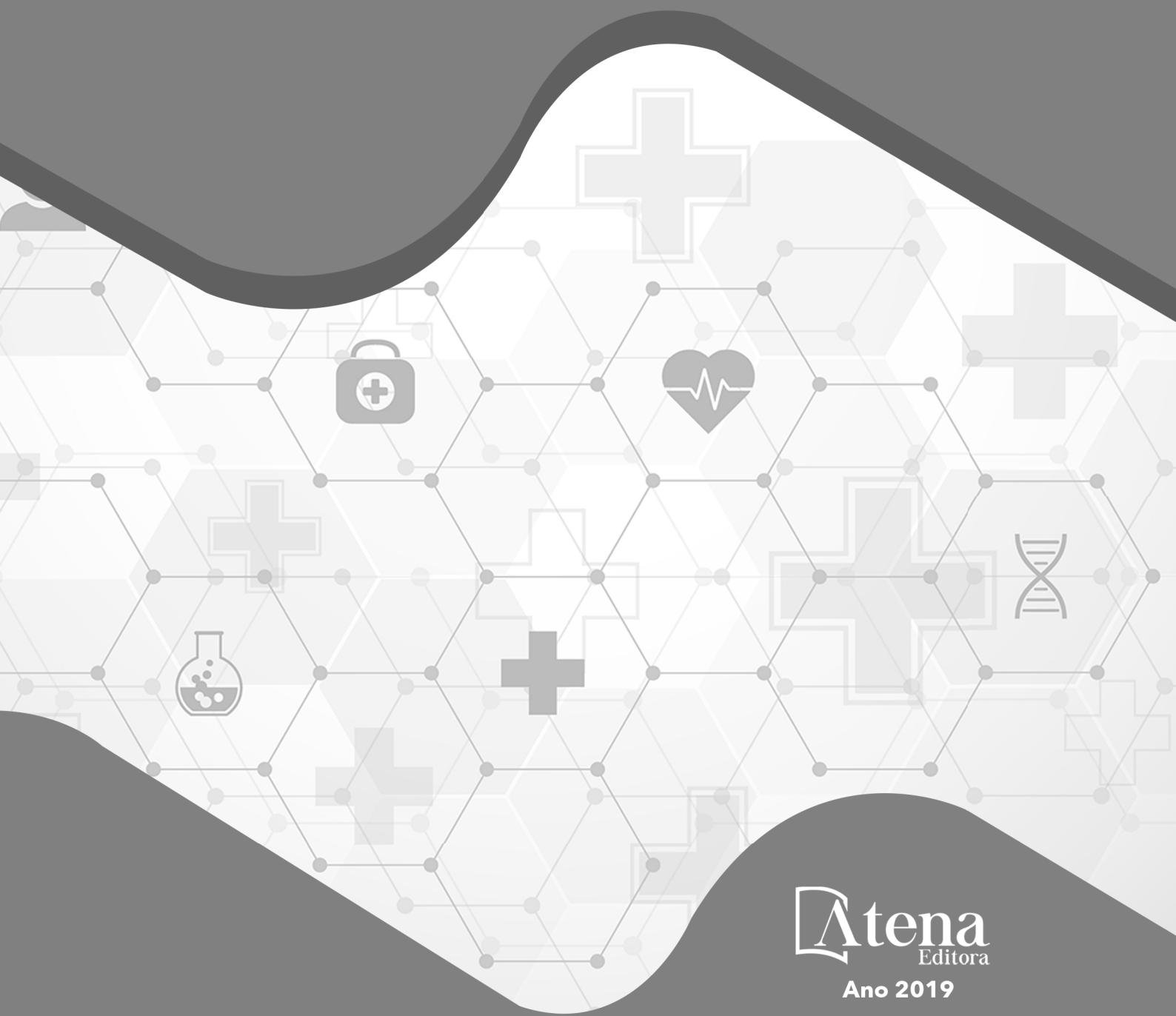
Atenção Interdisciplinar em Saúde

Samuel Miranda Mattos
Kellen Alves Freire
(Organizadores)



Atenção Interdisciplinar em Saúde

Samuel Miranda Mattos
Kellen Alves Freire
(Organizadores)



2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Lorena Prestes
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



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

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Cândido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Gislene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

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

A864 Atenção interdisciplinar em saúde 1 [recurso eletrônico] /
Organizadores Samuel Miranda Mattos, Kellen Alves Freire. –
Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Atenção
Interdisciplinar em Saúde; v. 1)

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7247-761-1
DOI 10.22533/at.ed.611191311

1. Administração dos serviços de saúde. 2. Hospitais –
Administração. I. Mattos, Samuel Miranda. II. Freire, Kellen Alves.
III. Série.

CDD 362.11068

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Constata-se que a interdisciplinaridade profissional reflete diretamente no avanço e melhoria de atendimento na população. Dentro do campo interdisciplinar, encontramos o setor saúde, este que é composto por diversos profissionais que trabalham arduamente para a melhoria dos serviços de saúde, contribuindo na prática clínica e científica.

Acredita-se que registrar e divulgar o modo de trabalho, o conhecimento científico e relatar experiências são estratégias para o aprimoramento do avanço da humanidade.

Sendo assim, nesta coletânea “*Atenção Interdisciplinar em Saúde*”, o leitor terá a oportunidade de encontrar trabalhos de pesquisa de caráter nacional e internacionais sobre saúde, produzidos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, divididos em quatro volumes.

Destaca-se que o volume I e II tem-se predominantemente pesquisas de revisão de bibliográfica, literatura, integrativa, sistemática e estudo de caso. Já o volume III e IV, encontra-se pesquisas com diferentes desenhos de estudo. Todos os artigos trazem uma ampla visão de diferentes assuntos que transversalizam a saúde.

Acredita-se que o leitor após a leitura desta coletânea estará preparado para lidar com a diversidade de barreiras técnicos/científico no setor saúde. Por fim, convido ao leitor a realizar uma excelente leitura e uma reflexão sobre as temáticas apresentadas, AbraSUS!

Samuel Miranda Mattos

Kellen Alves Freire

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
“RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA”, UM GRUPO DE SENTIMENTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Marli Kronbauer	
Maria Cristina Ehlert	
Sara Gallert Sperling	
Janice de Fátima Pavan Zanella	
DOI 10.22533/at.ed.6111913111	
CAPÍTULO 2	10
A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO SOCIAL NA LUTA PELA SAÚDE EM ARATIBA DENTRO DO PROCESSO SAÚDE–DOENÇA E CUIDADO	
Marcia Fatima Balen Matte	
Paulo Antônio Barros Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.6111913112	
CAPÍTULO 3	23
A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E SEUS IMPACTOS NOS GASTOS DA SAÚDE PÚBLICA COM O AUMENTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Joanderson Nunes Cardoso	
Lorena Alencar Sousa	
Izadora Soares Pedro Macêdo	
Sara Beatriz Feitoza Ricardino	
Lindiane Lopes de Souza	
Amanda Cristina Araújo Cavalcante	
Juliana Maria da Silva	
Mabel Maria Sousa Figueiredo	
Edglê Pedro de Sousa Filho	
Uilna Natércia Soares Feitosa	
DOI 10.22533/at.ed.6111913113	
CAPÍTULO 4	37
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, A VULNERABILIDADE DA MULHER E SUAS CONSEQUÊNCIAS	
Virginia Santos de Camargo Barros Lazzarini	
Mônica Bimbatti Nogueira Cesar	
DOI 10.22533/at.ed.6111913114	
CAPÍTULO 5	47
ABSENTEÍSMO EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA	
Thyciane Tataia Lins de Melo	
Ana Hévila Marrinho Bezerra	
Larisso Souza Cerqueira	
Maria da Cruz Oliveira Ferreira Moura	
Adriana Kirley Santiago Monteiro	
Laís Moreira Alves de Freitas	
DOI 10.22533/at.ed.6111913115	

CAPÍTULO 6 56**APLICAÇÃO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATOOL-BRASIL) EM SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Edenilson Cavalcante Santos
Jória Viana Guerreiro
Nemório Rodrigues Alves
Hugo Ricardo Torres da Silva
Eclésio Cavalcante Santos
Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.6111913116

CAPÍTULO 7 68**ARBOVIROSES: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO**

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Jéssica Milena Moura Neves
Barbara Santos Accioly Calumby
Anna Rasifa Soares Albuquerque
Angela Nascimento da Silva
Ruth Brito Costa
Thaís Cristine Lopes Pinheiro
Chiara de Aquino Leão
Josiel de Sousa Ferreira
Deyna Francelia Andrade Próspero
Vanessa Soares Rocha da Silva
Luiz Fernando Pereira de Sá
Ionara da Costa Castro
Maria Bianca Nunes de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.6111913117

CAPÍTULO 8 75**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA MANUTENÇÃO DE UM POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Lindalva Alves de Oliveira
Silvio Henrique Carvalho Reis
Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira
Mauro Sérgio Mendes Dantas
Elizama Costa dos Santos Sousa
Tatyanne Silva Rodrigues
Brisa Cristina Rodrigues Cardoso Magalhães
Nayana da Rocha
Lucas Sallatiel Alencar Lacerda
Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo
Nelson Jorge Carvalho Batista

DOI 10.22533/at.ed.6111913118

CAPÍTULO 9 91**AS PRINCIPAIS BARREIRAS RELACIONADAS À AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Railana Ferreira Martins
Carla Araújo Bastos Teixeira
Isabella Cristina Cunha Carneiro
Janine Silva Ribeiro Godoy
Ariadne Siqueira de Araujo Gordon

Juliana Ramos Pereira
Adriana Ramos Leite Matalobos
Rômulo Dayan Camelo Salgado
Ildjane Teixeira Moraes da Luz
Janildes Maria Silva Gomes

DOI 10.22533/at.ed.61119131119

CAPÍTULO 10 102

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA LARVA MIGRANS CUTÂNEA

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Juliana de Araújo Barros
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Andressa Gislanny Nunes Silva
Angela Nascimento da Silva
Alex Vandro Silva de Oliveira
Rayani Reinalda Xavier Dias
Pedro Henrique Ferreira Monteiro
Tharcia Evaristo Soares de Carvalho
Ramon Carvalho Campos
Isis Dennisy de Freitas Florêncio
Ionara da Costa Castro
José Alberto Lima Carneiro
Maria Bianca Nunes de Albuquerque
Elziabeth Christina Silva Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.61119131110

CAPÍTULO 11 111

ASPECTOS FILOSÓFICOS E ANTROPOOLÓGICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Johnata da Cruz Matos
Silvia Maria Ferreira Guimarães

DOI 10.22533/at.ed.61119131111

CAPÍTULO 12 122

ASPECTOS NUTRICIONAIS RELACIONADOS À DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jéssica Cyntia Menezes Pitombeira
Sanmera Sayonara Gomes Duarte
Antônia Aline Araújo Rodrigues
Maria Isabelle Cabral de Queiroz
Maryana Monteiro Farias
Aline Almeida da Silva
Celso Lourenço de Arruda Neto
Cristiano Silva da Costa
Ana Ilmara Almeida Maciel
Francisca Alcina Barbosa de Oliveira
Cleber de Sousa Silva

DOI 10.22533/at.ed.61119131112

CAPÍTULO 13 134

ASSOCIAÇÃO DA *HELICOBACTER PYLORI* E O CÂNCER NO ESTÔMAGO

Lennara Pereira Mota
Hyan Ribeiro da Silva
Camilla Ribeiro Martins Borges

Nayane Braga de Sousa
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Yanka Bárbara Leite Ramos Araújo
Talita de Arêa Santos
Raissa Kelly Lopes da Silva
Luis Gustavo Oliveira Coelho
Mércia da Silva Sousa
Isabella Nunes Veloso
Érika Vicêncio Monteiro Pessoa
Natália Monteiro Pessoa
Thayz Ferreira Lima Morais
Lillian Lettiere Bezerra Lemos Marques

DOI 10.22533/at.ed.61119131113

CAPÍTULO 14 141

**ASSOCIATION BETWEEN CHRONIC PERIODONTITIS AND SERUM ALBUMIN:
LITERATURE REVIEW**

Walder Jansen de Mello Lobão
Vandilson Pinheiro Rodrigues
José Eduardo Batista
Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira
Antonio Luiz Amaral Pereira

DOI 10.22533/at.ed.61119131114

CAPÍTULO 15 152

SÍNDROME URÊMICA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Luciano de Oliveira Siqueira
Augusto Poloniato Gelain
Luiz Casemiro Krzyzaniak Grando

DOI 10.22533/at.ed.61119131115

CAPÍTULO 16 163

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS COM DEPRESSÃO

Iara Nadine Vieira da Paz Silva
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Samara Cristina Dos Reis Nascimento
Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha
Elivelton Sousa Montelo
Elielma Ferreira Leite
Maria Janaina Oliveira Sousa
Denize Evanne Lima Damacena
Maria Divina dos Santos Borges Farias
Gabriel Barbosa Câmara
Erika dos Santos Pinheiro
Jordan Da Silva Soeiro
Luana Ribeiro dos Anjos
Natanael Damacena Sousa
Woodyson Welson Barros da Silva Batista

DOI 10.22533/at.ed.61119131116

CAPÍTULO 17 170

BENEFÍCIOS DO TESTE DA ORELHINHA E AS SINALIZAÇÕES DOS POSSÍVEIS PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS COM A PERDA AUDITIVA

Ingrid Carlos Gomes
Ilma Alessandra Lima Cabral

DOI 10.22533/at.ed.61119131117

CAPÍTULO 18 179

BIÓPSIA LÍQUIDA NA CONDUTA E PROGNÓSTICO DA MUTAÇÃO T790M DO EGFR DO CPNPC COM RESISTÊNCIA A TKI

Pedro Hidekatsu Melo Esaki
Rodrigo Bovolin de Medeiros
Rodrigo Siguenza Saquicela
Rafael Luiz Alcântara Nascimento Amorim
Willyclay Jordan dos Santos Borges
João Pedro Cavalcante Roriz Teixeira
Tatiana Paranhos de Campos Ribeiro
Joaquim Alberto Barbosa Mariano de Castro
João Paulo Cavalcante Roriz Teixeira
Rômulo Di Tomaso Pereira Milhomem

DOI 10.22533/at.ed.61119131118

CAPÍTULO 19 185

COMPREENSÃO DAS ALTERAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR DO INDIVÍDUO PORTADOR DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Jurcelene de Sousa Sena
Carla Araújo Bastos Teixeira
Isabella Cristina Cunha Carneiro
Janine Silva Ribeiro Godoy
Ariadne Siqueira de Araujo Gordon
Juliana Ramos Pereira
Adriana Ramos Leite Matalobos
Rômulo Dayan Camelo Salgado
Paula Alexandra Trindade Mota
Janildes Maria Silva Gomes

DOI 10.22533/at.ed.61119131119

CAPÍTULO 20 197

COMPREENSÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Manoela Lais Pereira Nolêto
Bruna Lorena Soares Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.61119131120

CAPÍTULO 21 206

CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO: UMA NOVA PERSPECTIVA PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE

Mônica de Oliveira Santos
Mayara Tobias da Costa Pires
Mônica Santiago Barbosa
Carla Afonso da Silva Bitencourt Braga
Aroldo Vieira de Moraes Filho

DOI 10.22533/at.ed.61119131121

CAPÍTULO 22 216**CRIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE UM BLOG COMO INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

José De Siqueira Amorim Júnior
Diego Rodrigues Ponciano
Fernanda Nascimento Severo
Francisco Arlysson Da Silva Veríssimo
Rosa Maria Sobreira De Sousa
Tobias Júnior Do Bomfim Ferreira
Raphaela Mota Feitosa Vasconcelos
Paola Gondim Calvasina

DOI 10.22533/at.ed.61119131122

CAPÍTULO 23 220**DENGUE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Cássio Almeida de Sousa
Tacyana Pires de Carvalho Costa
Juciara Carvalho de Oliveira
Rai Pablo Sousa de Aguiar
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Marcio Marinho Magalhães
Myllena Maria Tomaz Caracas
João Pedro da Silva Franco
Érika Maria Marques Bacelar
Pablo Rafael Araújo Lima
Ramon Freitas Silva
Camylla Layanny Soares Lima
Pedro Igor Barros Santos
Mariana Dantas Coutinho

DOI 10.22533/at.ed.61119131123

CAPÍTULO 24 229**EFEITO DO MÉTODO PILATES DURANTE PERÍODO GESTACIONAL**

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Sheila Ruth Da Silva Campelo
Osmar Ferreira da Silva Filho
João Victor de Sousa Costa
Abimael de Carvalho
William Gomes Silva
Antônio filho Alves Rodrigues
Eulália Caroline de Sousa Santos Fonseca
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Marcio Marinho Magalhães
Ana Adélya Alves Costa
Gabriel Gardhel Costa Araujo
Ranyele Lira da Silva
Adryele Jacó de Sousa
Fernando Ribeiro Castro

DOI 10.22533/at.ed.61119131124

CAPÍTULO 25 237**TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO ÀS GESTANTES NA TESTAGEM RÁPIDA DO HIV**

Ana Rita Santos de Lima
Diego Figueiredo Nóbrega
Rodrigo Neves-Silva
Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa
Kristiana Cerqueira Mousinho
Giane Meyre de Assis Aquilino
Maria Suzymille de Sandes Filho
Ednar do Nascimento Coimbra Melo
Geisa Gabriella Rodrigues de Oliveira
Sylvia Amélia Vasconcelos de Albuquerque
Natanael Barbosa dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.61119131125

CAPÍTULO 26 248**USOS CONTRASTANTES DE PLANTAS MEDICINAIS POR JOVENS E IDOSOS NO CONTROLE DE DISTÚRBIOS NERVOSOS**

Wesley Rick Cordeiro de Lima
Maria Clara Inácio de Sá
Carla Caroline Gonçalves do Nascimento
Leonidas Lima da Silva Filho
Tarcio Correia de Campos
Tatiane Gomes Calaça Menezes
Lidiany da Paixão Siqueira

DOI 10.22533/at.ed.61119131126

CAPÍTULO 27 259**POTENCIALIDADES & LIMITAÇÕES DA/O ATUAÇÃO DA/O PSICÓLOGA/O NO NASF-AB: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Taís Nogueira Gomes
Juliane dos Santos Almeida
Angélica da Silva Calefano
Isadora Lucena Andrade

DOI 10.22533/at.ed.61119131127

SOBRE OS ORGANIZADORES 270**ÍNDICE REMISSIVO 271**

“RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA”, UM GRUPO DE SENTIMENTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marli Kronbauer

Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ). Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR). Santa Rosa, RS.

Maria Cristina Ehler

Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR). Santa Rosa, RS.

Sara Gallert Sperling

Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ). Ijuí, RS.

Janice de Fátima Pavan Zanella

Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ). Cruz Alta, RS

atendimentos clínicos, e também, pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que realizam convites aos pacientes identificados pela equipe como apropriados para esse recurso terapêutico grupal. **Resultados:** O grupo se reúne mensalmente, em local na comunidade próximo à ESF, ministrado por uma enfermeira e uma psicóloga, com auxílio dos ACS e de profissionais de saúde residentes. A presença varia entre 5 e 15 participantes. O grupo consolidou-se com a participação exclusiva de mulheres, devido à maior adesão pelas mesmas.

Conclusão: a terapia comunitária integrativa na Atenção Primária à Saúde proporciona ao usuário, o protagonismo no seu cuidado, com promoção da sua saúde mental, melhora significativa das dores do corpo, prevenção de doenças, empoderando-o para o enfrentamento dos problemas do cotidiano e (re)inserção social através do resgate da autonomia.

PALAVRAS-CHAVE: Psicoterapia de grupo; Atenção primária à saúde; Assistência à Saúde.

“COMMUNITY THERAPY WHEEL”, A GROUP OF FEELINGS: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: **Introduction:** Integrative Community Therapy has emerged as an alternative to cope with suffering situations, a new care tool in the Mental Health policy. **Objective:** The objective of this study was to

report experience on a community therapy group (feelings group). **Methodology:** This is an experience report. The “Wheel of Therapy” group has been developed for seven years in a FHS team in the northwest region of Rio Grande do Sul-RS, in order to demonstrate the therapeutic potential in situations of suffering. Users are invited to present some psychological distress. Invitations are made by the FHS professionals themselves when hearing complaints in clinical care, and also by the Community Health Agents (CHA), who make invitations to patients identified by the team as appropriate for this group therapeutic resource. **Results:** The group meets monthly at a community location near the FHS, hosted by a nurse and a psychologist, with the help of CHW and resident health professionals. Attendance ranges from 5 to 15 participants. The group was consolidated with the exclusive participation of women, due to their greater adherence. **Conclusion:** the integrative community therapy in Primary Health Care provides the user with the leading role in their care, promoting their mental health, significant improvement of body aches, disease prevention, empowering them to cope with everyday problems and social (re) insertion through the rescue of autonomy.

KEYWORDS: Group psychotherapy; Primary health care; Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

Na atualidade, tem se tornado cada vez mais presente a procura de pacientes à serviços de saúde, em especial na Atenção Básica, com relato de queixas e sintomas relacionados a doenças da saúde mental (BRASIL, 2013), como depressão, ansiedade, fobias, estresse.

Com impactos significativos sobre a saúde, os transtornos mentais trazem consequências não somente aos indivíduos acometidos, como também sociais, de direitos humanos e econômicas em todos os países do mundo (OPAS, 2018).

No Brasil, pesquisa realizada pelo IBGE no ano de 2013, verificou que cerca de 1.347.449 pessoas referiram possuir diagnóstico de alguma doença mental como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC, e Depressão, sendo esta última, a doença mais referida, chegando a alcançar um número de 11.179.069 pessoas acometidas (IBGE, 2013).

Além dos dados de pessoas que já possuem a doença estabelecida, há que se considerar a realidade em que todos vivemos atualmente, e o quanto isso pode trazer influência para que doenças mentais venham a ocorrer nas pessoas. Vive-se numa realidade de constantes desafios, onde o avanço tecnológico, a competitividade no ambiente de trabalho e ao acesso à informação associado a falta de tempo e a pressa pode trazer por vezes vertigens, síncope, dores e até doenças graves.

Com isso, verifica-se a importância do oferecimento de cuidados e assistência na saúde mental oferecida nos serviços de saúde, principalmente da Atenção Básica, que possui como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso às pessoas ao sistema de saúde (BRASIL, 2013).

Na atenção básica, o trabalho com grupos na Atenção Básica associado ao

campo da saúde mental pode tornar-se um dos grandes desafios dos profissionais de saúde (BRASIL, 2013). Porém, é possível realizar ações que proporcionam resolutividade através desta metodologia (grupal). Nesse sentido, diferente dos modelos de saúde mental que centram suas atenções na patologia, nos atendimentos individuais e privativos, onde ainda a medicalização (muitas vezes excessiva) é uma das principais ferramentas de apoio, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) propõe-se a cuidar da saúde coletiva, da comunidade, da prevenção, a estimular os grupos a usarem a criatividade, a desenvolver potencialidades e a construir seu presente e seu futuro a partir de seu processo de crescimento pessoal (SANTOS et al, 2017).

Reconhecida e adotada como estratégia de atenção em saúde mental pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), onde as principais ferramentas são a ajuda mútua e o respeito para a prevenção de doenças psíquicas através de uma abordagem grupal numa prática social (SANTOS et al, 2017), a TCI é uma tecnologia leve, com base nas relações partilhadas, vínculos e responsabilizações. Criada pelo antropólogo e psiquiatra Dr. Adalberto Barreto da Universidade do Ceará - Fortaleza, aplicada em vários países, em diversas áreas e propõe novos paradigmas para uma ação terapêutica criativa e efetiva, tais como: perceber o homem e seu sofrimento em rede relacional; ver além do sintoma apresentado; identificar a extensão da patologia, bem como, o potencial daquele que sofre; fazer da prevenção uma preocupação constante e uma tarefa de todos (SILVA et al, 2016).

Na prática, constitui-se de uma oportunidade de encontros interpessoais e intercomunitários que valoriza as histórias de vida e o resgate de identidades e visa auxiliar as pessoas a atingir liberdade e autonomia (BARRETO, 2013).

Este trabalho busca relatar a experiência de trabalho de “Roda de Terapia Comunitária” a um grupo de usuários do SUS em sofrimento psíquico, acompanhado por profissionais de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul com embasamento teórico-científico.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, baseado na vivência de profissionais de saúde da atenção básica, na participação e realização de grupo de promoção à saúde mental, denominado Roda de Terapia Comunitária Integrativa, realizado em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizada no bairro Beatriz, no município de Santa Rosa, Rio Grande do Sul.

O grupo “Roda de Terapia Comunitária” foi criado no ano de 2012 na ESF Beatriz/Oliveira, partindo da formação de profissionais de saúde em um curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa fomentado pela Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR) e 14^a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), tendo sua

funcionalidade até os dias atuais.

A partir disso, delimitaram-se como participantes do grupo, usuários (as) foram identificados, selecionados e convidados a participar da TCI pela própria equipe da ESF, após o recorrente relato de sofrimentos psíquicos durante os atendimentos clínicos. As Agentes Comunitárias de Saúde, que também ouvem os relatos de sofrimentos psíquicos dos usuários durante as visitas domiciliares que realizam, convidam os mesmos a participarem desse recurso terapêutico oferecido pela ESF.

Os encontros acontecem mensalmente (última segunda-feira do mês), no salão do Clube de Mães da comunidade próximo à ESF, ministrado por uma enfermeira e uma psicóloga, com auxílio dos ACS e de profissionais de saúde residentes, que informam sobre o sigilo de todos os envolvidos sobre as informações adquiridas no grupo, bem como a inexistência de julgamentos pelos profissionais e participantes.

Como método, a Terapia Comunitária propõe princípios básicos que cria novos paradigmas para uma ação terapêutica criativa e efetiva, tais como: perceber o homem e seu sofrimento em rede relacional, ver além do sintoma apresentado, identificar a extensão da patologia, bem como, o potencial daquele que sofre, e fazer da prevenção uma preocupação constante e uma tarefa de todos (BARRETO, 2013).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de participantes nos encontros é variável entre cinco e quinze pacientes. O grupo conta com a participação exclusiva de mulheres, devido à maior disponibilidade e adesão pelas mesmas. A cada encontro o grupo é disposto num círculo de forma que todas as participantes ficam sentadas lado a lado e consigam olhar umas para as outras. As participantes são informadas da metodologia da TCI e são estimuladas pelos profissionais a celebrar a vida. Após a exposição inicial dos objetivos da TCI as participantes são motivadas a partilharem seus sofrimentos, relatarem suas vivências, aflições, sentimentos e situações de vida/superação.

Os temas trabalhados pelo terapeuta e co-terapeuta em cada roda necessitam de escuta sensível e qualificada, despertando sentimentos e partilhas no decorrer do encontro. Conforme Barreto (2008), o terapeuta, para estimular a fala das participantes, usa o provérbio “Quando a boca cala o corpo fala e quando o corpo fala a boca sara” ou ainda: “Quando guarda, azeda; quando azeda, estoura; quando estoura, fede”.

Nesse período de sete anos utilizando essa “tecnologia do cuidado”, os assuntos mais eleitos, discutidos e trocados foram ancorados na promoção da saúde mental: estresse, violência a mulher, maus tratos à criança, dificuldade de cuidados com idosos, abandono, rejeição, depressão, exploração patrimonial e familiar, problemas no trabalho, dependência química, separações, abuso sexual, entre outros menos relevantes.

Tais ações são reconhecidas através da TCI, a qual é utilizada como um disparador importante no estabelecimento da relação do cuidado na qual o objeto de intervenção

é o usuário e não a doença. Esta prática da saúde mental na atenção básica contribui para a promoção da cidadania e autonomia da população (ESLABÃO et al, 2019), e contribui na redução do quadro de adoecimento, provocado pelo estresse contínuo, desesperança, abandono e insegurança existentes em uma “síndrome de miséria psíquica” que resulta em muitos usuários que vem ao atendimento com queixas da perda da confiança em si, nos outros e no futuro (FILHA; LAZARTE; BARRETO, 2015).

Nesse contexto, o grupo de sentimentos ou roda de terapia, tornou-se um recurso terapêutico potente, que aprende a não julgar o outro, a falar de si, a não dar conselhos e a não dar “sermão”, traz a troca de saberes e experiências, busca o respeito mútuo e o empoderamento das que aproveitam esse espaço para exteriorizarem emoções reprimidas, sentimentos sufocantes e com isso aliviar seu sofrimento.



Figura 1. Participantes da “Roda de Terapia” em momento de integração. Santa Rosa, RS, Brasil. 2019

Nota: Imagens autorizadas pelas participantes da roda de terapia comunitária.

Faz-se destaque ainda, para a participação e apoio dos Agentes Comunitário de Saúde no grupo, sendo fundamental para o êxito e continuidade dos encontros da roda terapêutica, pois são elos dos profissionais da unidade de saúde com a comunidade; são eles, muitas vezes, através de seu conhecimento e sensibilidade, que identificam situações de vulnerabilidade e sofrimento mental e ajudam a organizar o grupo.

O resultado é a consolidação do grupo de Roda de Terapia Comunitária na ESF se mantém há sete anos, com participação de pessoas da comunidade que comparecem por vontade própria ou por indicação da equipe.



Figura 2. Participantes e profissionais de saúde em momento de conversa na “Roda de Terapia”.

Nota: Imagens autorizadas pelas participantes da roda de terapia comunitária.

Outro fator salientado nos resultados do grupo, é a formação continuada de profissionais de saúde nas práticas em saúde mental, como exemplo, a participação ativa de multiprofissionais residentes, pós-graduandos em Saúde da Família neste grupo. A participação destes, faz com que compreendam melhor as situações de saúde física e mental nas quais se encontram os usuários de sua ESF, e lhes proporcionam maior valorização, satisfação e gratificação com eficácia nas intervenções.

De acordo com Albuquerque et al (2008), a universidade também deve se preocupar em identificar necessidades dos serviços e dos cenários de prática, estabelecendo pactos de Integração do ensino e serviço com contribuição dos docentes/discentes incluindo negociação de espaços, horários e tecnologias para adequação das atividades do serviço e das práticas educacionais. Além disso, é essencial a participação de profissionais e usuários nas discussões educacionais de formação na área da saúde e a criação de mais espaços para a interlocução dos cursos, serviços, gestores e, principalmente, usuários.

Os profissionais devem sentir-se corresponsáveis pela formação dos futuros profissionais e os docentes devem considerar-se parte dos serviços de saúde. Sem o diálogo permanente não será possível gerar novas formas de interferir no processo de trabalho, na organização da assistência, nem no processo educativo da formação de um novo trabalhador. É preciso colocar no centro do diálogo o usuário, que deveria ser o beneficiário dos dois processos que se engrenam mesmos espaços, pois cada usuário tem suas próprias necessidades, suas limitações e expectativas quanto à solução de suas demandas (ALBUQUERQUE et al, 2008).

O conhecimento e as competências transformam-se velozmente, por isso é essencial o uso de metodologias que mantenham o profissional ativo e apto a “aprender a aprender” para garantir a integralidade da atenção à saúde com qualidade,

eficiência e resolutividade. O uso das abordagens pedagógicas progressivas auxilia a formação de profissionais aptos a tratarem com sensibilidade e responsabilidade as questões da vida e da comunidade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades (MITRE et al, 2008).

Para os profissionais, sujeitos da pesquisa e que participaram dos encontros ou rodas de TCI, há uma contribuição importante na melhoria da relação e vínculo entre a comunidade, além de auxiliar numa melhor compreensão das pessoas e de seus problemas. Por isso, a escolha por espaços que possibilitem a elaboração de uma rede de apoio interligadas entre a própria comunidade e os profissionais impulsiona o estabelecimento de uma relação de cuidado onde o objeto de intervenção passa a ser a pessoa, e não a doença (ESLABÃO et al, 2019). O resultado são intervenções com resolubilidade na saúde mental dos usuários.

É fundamental a valorização e o compartilhamento de saberes prévios, na busca de abrir novos horizontes de conhecimentos reflexivos, coletivos, de construir novos conhecimentos científicos e de resolver questões da prática profissional nas diferentes situações, mas com escuta qualificada, respeito mútuo e vínculo com a comunidade, numa prática envolvente, que valoriza laços de afeto e de sentimentos.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da confiança do grupo entre si e nos terapeutas, a exposição dos problemas num espaço comunitário, gera empatia e as estratégias de solução surgem da própria comunidade, através daqueles que já passaram por situações semelhantes. Isto resulta num sentimento de autonomia e protagonismo frente aos problemas enfrentados por cada um, evitando a dependência e o assistencialismo.

Todas as participantes que “se utilizam do grupo de roda de terapia” nestes sete anos, o frequentam de forma livre e espontânea, sendo um grupo aberto, sem obrigatoriedade presencial, cada um comparece de acordo com sua necessidade, de apoio, conhecem as regras, se enquadram de uma forma muito positiva e tranquila. Ao propor a dinâmica da roda num espaço protegido, com o tema votado, o usuário sente-se acolhido. Sentimos a satisfação das participantes em conseguirem compartilhar suas angústias e terem seus conhecimentos e experiências validadas. Observamos alívio de sintomas físicos e psíquicos, de dores no corpo e na alma; bem-estar pelo ressignificado do pensamento, desenvolvimento de resiliência com fortalecimento e empoderamento frente às questões do cotidiano.

Pode-se afirmar que esta prática integrativa com revisão de conceitos através do diálogo, reflexão e vínculo, contribui de forma efetiva para o resgate da autoestima das participantes, uma estratégia muito interessante de promoção de saúde e prevenção de doenças. Além disso, diminui a demanda da unidade de saúde, já que muitas queixas são parecidas, (amplia o leque de possibilidades de resolução dos

problemas), onde os mesmos podem ser resolvidos durante as rodas de terapia.

No entanto é preciso investimento na atenção básica, estímulo dos gestores na educação permanente/qualificação dos profissionais com implementação da ferramenta de TCI, a fim de que as equipes de ESF a utilizem como mais uma alternativa na saúde mental. Também é necessário o compromisso dos profissionais que já possuem formação em TCI, de aplicá-la à população, pois desenvolverão maior vínculo, interação, empatia e harmonia com a população e consequentemente menos medicalização do sofrimento mental.

Torna-se fundamental que as academias também avancem nas discussões de seus planos político-pedagógicos a fim de introduzir em seus currículos novas metodologias de ensino-aprendizagem e buscar alternativas no atendimento à saúde mental dos usuários, somando a proposta da terapia comunitária aos atendimentos já prestados. Esperam-se novos estudos sobre a TCI para proporcionar o preenchimento desta lacuna que existe na comunidade científica; e que tais estratégias possibilitem ampliar o acesso às ações de saúde mental oferecidas a população em busca constante da integralidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos; GOMES, Andréia Patrícia; REZENDELL, Carlos Henrique Alves de; SAMPAIO, Marcelo Xavier; DIAS, Orlene Veloso Dias; LUGARINHO, Regina Maria Lugarinho. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 29 ago 2019.

BARRETO, Adalberto. **Terapia Comunitária Integrativa.** Consciência net. 30 abril 2013. Disponível em: <<http://consciencia.net/adalberto-barreto-terapia-comunitaria-integrativa/>>. Acesso em: 28 fev 2019.

BARRETO, Adalberto. **Terapia Comunitária passo a passo.** 4^a ed. Gráfica LCR. Fortaleza, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

ESLABÃO, Adriane Domingues; SANTOS, Elitiele Ortiz dos; SANTOS, Vilma Constancia Fioravante dos; RIGATTI, Roberta; MELLO, Rita Mello de; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Saúde Mental na Estratégia da Saúde da Família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **Journal of Nursing and Health.** v. 9, n. 1, p. 1-23, 2019.

FILHA, Maria de Oliveira Ferreira; LAZARTE, Rolando; BARRETO, Adalberto de Paula. Impacto e Tendências do uso de Terapia Comunitária Integrativa na Produção de cuidados em saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 17, n. 2, p. 172-173, abr-jun, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/reev.17i2.37270>>. Acesso em: 10 set 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde – PNS:** doença crônica, 2013. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns>>. Acesso em: 02 set 2019.

MITRE, Sandra Minardi; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; MENDONÇA, José Márcio Girardi; PINTO, Neila Maria de Moraes; MEIRELLES, Cynthia de Almeida Brandão; PORTO, Cláudia Pinto, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.

Ciência & saúde coletiva. Rio de Janeiro. v. 13 (Sup 2), p. 2133-2144, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em: 10 set 2019.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde, Brasil. **Folha informativa - Transtornos mentais.** Abr. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em: 02 set 2019.

SANTOS, Jaqueline de Lima Braz; SAMPAIO, Janaina Maria Vidal; JÚNIOR, Ebenezer Teixeira de Souza; PEDRO, Fabiane de Souza; BRAGA, Lídia Cristina da Silva. Terapia Comunitária Integrativa e Seu Diálogo com a Gestalt-Terapia. **Revista IGT na Rede**, v. 14, n. 27, p. 201-217, 2017. Disponível em:<<http://www.igt.psc.br/ojs>>. Acesso em: 15 ago 2019.

SILVA, Geslaney Reis da; REIS, Helca Franciolli Teixeira; DOS-SANTOS, Edirlei Machado; SOUZA, Marcos Paulo Almeida; AZEVEDO, Renata Lessa. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Percepções da Equipe de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**. v. 21, n. 2, p. 01-08, abr-jun, 2016.

A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO SOCIAL NA LUTA PELA SAÚDE EM ARATIBA DENTRO DO PROCESSO SAÚDE–DOENÇA E CUIDADO

Marcia Fatima Balen Matte

Programa de Pós Graduação em Política Social
e Serviço Social Universidade Federal do Rio
Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, Rio
Grande do Sul

Paulo Antônio Barros Oliveira

Programa de Pós Graduação em Política Social
e Serviço Social Universidade Federal do Rio
Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, Rio
Grande do Sul

comunitário.

PALAVRAS-CHAVE: Movimento social;
Cuidado; Saúde.

THE CONTRIBUTION OF SOCIAL MOVEMENT ON THE ACHIEVEMENT FOR HEALTH IN ARATIBA WITHIN THE HEALTH- DISEASE AND CARE PROCESS

ABSTRACT: The aims of this article are to highlight the importance of the contribution of the Social Movement that organized the local health system, today a reference in SUS care, which is an important institution in health care and life defense. The results indicate that the reality was constituted of much sacrifice, but also by the workers' achievements, that transformed the historical context of health lived in the municipality of Aratiba, Rio Grande do Sul, and interpret the process of organization and health care of poor people and the important bias constituted with the social issue, which was fundamental within the history of struggle of rural workers, in the construction of the local health system and the achievement of care free from the purchase of a community hospital.

KEYWORDS: Social Movement; Care; Health

INTRODUÇÃO

A crise do modelo agroexportador, a partir

de 1930, proporcionou o surgimento de novas forças econômicas, sociais e políticas. A partir da organização combativa, de enfrentamento e mobilização, o povo organizado passou a lutar por melhorias e um papel de sujeito protagonista da história. Dentro da conjuntura política da época, o povo passou a acreditar que, quando organizado poderia promover mudanças, tornando-se sujeito histórico fundamental na transição democrática. A luta pela Saúde como direito de cidadania e como parte integrante e ativa passa a ser uma das bandeiras contra a ditadura militar. O *slogan* “saúde é democracia” designava o direito à saúde e era a expressão de um conjunto de condições das quais não se poderia abrir mão.

Com a retomada da democracia, a sociedade civil e a união das forças de oposição política se reorganizaram, e com a participação do povo nas decisões sociais e políticas levaram a sociedade a um clima de esperança. Antes da Constituição Federal de 1988, a saúde pública estava na parte substancial da saúde, enquanto a assistência médica estava no setor da previdência social. O acesso à saúde no âmbito da assistência às doenças nas cidades do interior do estado estava garantido apenas pelo tratamento médico de forma particular, perante pagamento, em hospitais de pequeno e médio porte, geralmente de propriedade do médico da cidade. Já a promoção da saúde e prevenção de doenças estava garantida apenas aos agravos e eventos de elevada prevalência ou impacto na saúde pública. A saúde adquiria um conceito ampliado resultante da compreensão de seus fatores condicionantes em defesa da superação das dicotomias entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica), como vigente até então (CECCIM; FERLA, 2006).

Portanto, resgatar essa história de luta dos trabalhadores rurais pela saúde, que levou à fundação da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (ACHA), indiscutivelmente nos remete ao contexto histórico que se vivia na época e à forma de organização utilizada pelos agricultores familiares, que perceberam que somente com organização e luta seria possível conquistar os direitos e as melhorias de qualidade de vida até então negados aos trabalhadores. Para tanto, era importante e necessário três fatores: trabalhar, organizar e lutar.

A organização social presente nos diferentes movimentos populares, dentre os quais se destacam o Movimento Sindical dos Trabalhadores Rurais, o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) e o Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTR), representa a busca pelo cumprimento de direitos previdenciário, e principalmente pela saúde pública para todos. No período de mobilização desses movimentos, a principal bandeira proposta era da garantia do atendimento gratuito a todos os pacientes.

A aproximação da autora com o movimento social, em especial no caso da luta pela saúde que se deu nos anos 1980/90, deve-se à atuação ativa de sua mãe, a líder sindicalista e política, assassinada em outubro de 1996, Paulina Balen, fundadora do Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais do Alto Uruguai (MMTR), líder

participante assídua das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Aratiba, no Rio Grande do Sul. A líder deixou um grande legado de luta social para sua família e também para toda a comunidade, em especial para sua filha, que busca superar a tragédia inspirando-se nessa história elucidando as conquistas obtidas a partir da organização dos trabalhadores rurais da época, que culminou na compra de um hospital comunitário, hoje referência em saúde gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), naquela região.

Segundo Testa (1986), os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir do social, pois a totalidade social não é divisível e não pode ser separada em partes. Contextualizando a história a ser elucidada por este trabalho, esta organização social culminou com um marco importante, em dezembro de 1985, com a compra do hospital comunitário, que vinha ao encontro da grande necessidade da população no município de Aratiba, e região.

Fazendo um resgate histórico dos acontecimentos, e questões de luta e conquista do movimento social e sindical, através da compra de um hospital, que além de prestar assistência aos trabalhadores e a população em geral, almejava um projeto ainda mais amplo de saúde preventiva, o presente artigo pretende fazer uma reflexão teórica acerca de uma importante questão social, o cuidado da saúde e a defesa da vida. Assim, relata-se a luta dos diferentes setores do movimento social na busca de um projeto ousado, de uma instituição de saúde que pudesse ofertar atendimento médico hospitalar gratuito para os trabalhadores, e a importância desta organização sindical e social frente à construção da luta pela saúde, no final da década de 80. Busca-se entender e analisar o momento da história, em um contexto político histórico, no qual o papel do Estado passou a ser questionado pela classe trabalhadora, contextualizando como foi fundado um hospital comunitário, que se tornou referência na construção do sistema de saúde local e regional, na pequena cidade de Aratiba, norte do estado do Rio Grande do Sul.

Portanto, o objetivo deste estudo, é buscar entender o momento da história e o contexto quando a associação comunitária Hospitalar de Aratiba foi fundada, e os motivos que levaram os trabalhadores dos mais diferentes Movimentos Sociais, a participarem da luta pela conquista de direitos e melhorias na qualidade de vida da população. Acredita-se que estas são informações de grande importância, para elucidar a história desse processo de organização de luta pelo direito à saúde, que brotou do sonho de um grupo de trabalhadores rurais e se concretizou, a partir da organização social.

METODOLOGIA

Para consecução do estudo, a metodologia eleita foi à pesquisa bibliográfica, ou seja, delimitou-se um “[...] conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atentando ao objeto de estudo” (LIMA; MIOTO, 2007, p.38). A pesquisa

bibliográfica possibilitou elucidar o objeto de estudo, respondendo às questões propostas e conferindo materialidade ao objetivo estabelecido. Este movimento social foi estudado no período de 1985 a 2018. Como técnicas para obtenção dos dados utilizou-se de documentos, entrevistas e análise de material impresso, como as atas das reuniões da ACHA e do Conselho Municipal de Saúde, recortes de jornais e informativos com entrevistas e relatos da história, de 1985 a junho de 2018. Os dados foram registrados de forma escrita como “notas copiosas” com ênfase na captura das palavras, frases e fotos exatas no material escrito. A análise de conteúdo será adotada como procedimento analítico dos dados coletados. (YIN,2005)

A sistemática para análise dos dados incluiu a pré-análise, a descrição analítica dos dados e a interpretação inferencial (BARDIN, 1977). A pesquisa bibliográfica permite a análise teórica do objeto de estudo e “difere da revisão bibliográfica uma vez que vai além da simples observação dos dados contidos nas fontes pesquisadas, pois imprime sobre eles uma teoria, a compreensão crítica do significado neles existente” (LIMA e MIOTO, 2007, p. 44). Os resultados foram apresentados e discutidos através de uma abordagem qualitativa. A categoria considerada central para análise dos dados foi à contradição. “Entende-se, que as categorias analíticas”... retêm historicamente as relações sociais fundamentais, e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto em seus aspectos gerais. Elas comportam vários graus de abstração, generalização e aproximação” (MINADO, 1992, p.94).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em Aratiba, no início da década de 80, eram inúmeros os problemas enfrentados pela população com relação à saúde. O alto custo das consultas, dos tratamentos e o do atendimento hospitalar impossibilitavam a população, especialmente os agricultores, de arcar com as despesas, tendo que na maioria das vezes, se desfazerem de seus bens em suas propriedades para pagar a conta. Os agricultores, não raras às vezes, vendiam juntas de boi e vacas de leite, terras e/ou gastavam suas economias para não ficarem devendo ao hospital. Dentro deste contexto, aqui aparece muito bem o que vários autores chamam atenção para a transferência da responsabilidade do Estado com relação às políticas sociais e em especial da área da saúde, onde o estado deveria assumir a assistência, ao invés de repassar para o Terceiro Setor. Muito bem enfatizado por Montaño (2002), onde refere “uma nova modalidade de trato à questão social”, com a transferência da responsabilidade da questão social do Estado para o indivíduo, que a resolverá através da autoajuda, ajuda mútua ou, ainda, adquirindo serviços como mercadorias. Aqui podemos correlacionar à compra de serviços médicos e hospitalares pelo próprio cidadão com as políticas sociais que passam a ser focalizadas, perdendo, assim, seu princípio universalista.

Os agricultores procuravam o hospital em busca de saúde, porém começaram a perceber que a cada atendimento hospitalar estavam mais empobrecidos. O medo

de ficar doente estava impregnado nas famílias, pois sabiam que em grande medida, trabalhavam para ter reservas caso alguém viesse adoecer. Os agricultores contribuíam no FUNRURAL que descontava impostos para ter direito a saúde. A lei dizia que os agricultores tinham direito ao atendimento pelo INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - mas na prática só tinham um pequeno desconto, de acordo com a quantidade de contribuição no FUNRURAL. O Estado que deveria assumir essa responsabilidade, transfere para setores terceirizados, contratados e financiados com dinheiro público, para que este, também chamado de terceiro setor, preste assistência aos contribuintes do FUNRURAL e outros.

Com a descentralização administrativa, as políticas tornam-se ainda mais precárias, porque são transferidas as competências sem os recursos correspondentes e necessários para executá-las. Mesmo com a transferência de fundos públicos para o Terceiro Setor, já que ele, em geral, não tem condições de autofinanciamento, estas políticas continuam deficitárias. Esta transferência é chamada, ideologicamente, de 'parceria' entre o Estado e a sociedade civil, com o Estado supostamente contribuindo, financeira e legalmente, para propiciar a participação da sociedade civil". (MONTAÑO, 2002, p. 199). Além de assumir algumas atividades que seriam do Estado, como a promoção ou a manutenção de bem estar social, o Terceiro Setor acaba também assumindo certo poder (econômico/político), principalmente quanto à definição de seu próprio campo de cooperação internacional, no que se refere ao repasse e prestação de contas dos recursos financeiros, diretamente para as agências internacionais sem a intermediação do Estado.

Mediante os problemas que os trabalhadores rurais enfrentavam em relação ao atendimento à saúde nesse período, que não era falta de hospital, tendo em vista que existiam no município três hospitais, (02 na Sede e um no Distrito de Barra do Rio Azul, hoje, Município e cada um tendo um médico como proprietário, trabalhando isoladamente, para ter mais freguesia e lucro) o Sindicato dos Trabalhadores Rurais começa então um trabalho de conscientização e organização. Deste trabalho surgiu a comissão de previdência, com a finalidade de resolver os problemas da área da saúde, e discutir junto à população, a promessa de campanha assumida pelo então candidato Ivar Pavan: "*se nós ganharmos a eleição vamos assumir como prioridade a luta da saúde e vamos comprar o hospital*".

O Sindicato, nessa época buscava fazer com que as lideranças das comunidades, iniciassem discussões políticas mais avançadas, através de programas de formação a nível municipal, mantendo a população informada, despertando a consciência de classe, a clareza da existência dos problemas e suas causas. Neste período, o acesso gratuito aos serviços de saúde, era muito difícil e vigorava as normas estabelecidas pelo INAMPS, uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, criada pela Lei 6.439, de 01 de setembro de 1977. Por pressão e mobilização da sociedade, o então presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro de Albuquerque 1985-1988, ciente que o quadro onde a urgência por soluções na

área da saúde era imperativa, estabeleceu, com o respaldo do MPAS, um conjunto de prioridades, entre elas as estratégias de ações integradas de saúde, o sistema unificado e descentralizado de saúde, os convênios e contratos com entidades filantrópicas, hospitais universitários e sindicatos e a assistência prestada ao trabalhador rural. Porém, estas prioridades demoravam muito para serem implementadas e, muitas vezes, a população não era ciente dos direitos conquistados.

Os donos dos hospitais, como era a situação de Aratiba, pareciam não muito interessados em conhecer as normas e continuavam cobrando ‘caro’ pelos serviços que prestavam. Na época, ouviam-se comentários do tipo: “Se a lei garante gratuidade, que o sindicato atenda de graça os agricultores”. A partir de então, começa-se a discutir em todo o município a grande questão da gratuidade aos serviços de saúde. O sindicato, através de suas lideranças, disseminava nas comunidades que o atendimento médico-hospitalar deveria ser de graça e que, se tivesse um hospital, atenderia gratuitamente. Uma vez que o sindicato defendia que a lei garantia esse direito, a questão começou a fluir em torno da compra de um dos hospitais, onde o trabalhador pudesse ter acesso a assistência médica gratuita. A bandeira e suas ideias perpassavam as diversas reuniões e assembleias que eram realizadas, a partir do trabalho de base das lideranças sindicais junto às comunidades, reunindo por muitas vezes mais de 700 pessoas.

O sindicato então convocou uma assembleia geral para decidir se comprariam ou não o hospital, uma das maiores assembleias realizadas em termos de participação, aproximadamente 2.000 (duas mil) pessoas. Em entrevista, Ivar Pavan recorda a grande assembleia:

Poderíamos dizer que foi o dia em que a vida parou, eu nunca vi uma assembleia com tanta gente num dia só. Eu não sei se ficou alguém em casa, o salão da paróquia estava lotado tinha gente que queria entrar e não conseguia. O comércio rendeu pela quantidade de pessoas que aproveitaram para fazer suas compras. (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006)

A assembleia aprova a criação da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba – ACHA, em 19/12/1985, com uma diretoria provisória para os encaminhamentos legais e para o aprofundamento sobre a compra do Hospital Nossa Senhora da Saúde, hoje, a sede da ACHA. A viabilização da compra do hospital se daria através da venda de cotas aos interessados, que se tornariam associados. Pesquisando os documentos da Entidade não foi possível encontrar a definição do por que o nome ACHA (Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba), mas pode-se concluir que o nome traz em si a finalidade da Instituição: *Associação* – ser formada por muitas pessoas; *Comunitária* – estar a serviço do bem comum; *Hospitalar* – local destinado a cuidar da vida doente, ferida, local de promover saúde e prevenir doenças e *Aratiba* – porque foi o chão onde foram semeadas muitas lutas e os ‘brotos’ começaram a surgir, mostrando a resistência e a força da organização.

Realizada as negociações, a Associação fez um contrato de compra e venda com o proprietário do hospital no valor de Cr\$ 2.500.000.000,00 (dois bilhões e quinhentos milhões de cruzeiros). Valor este que foi transferido para cruzados, atualizando o valor da dívida, dificultando ainda mais a quitação da compra. Na época não foi levantado o dinheiro suficiente para saldar a dívida, pois nem todos os agricultores se comprometeram com a aquisição das cotas, cálculo estimado pela Associação para saldar o compromisso de compra (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006). Para enaltecer este estudo e dar visibilidade da ousadia do projeto para a época, buscamos atualizar os valores para os diais atuais com dados básicos da correção pelo IPC-SP (Fipe) com data inicial de 12/1985 e data final 11/2018, índice de correção nos períodos 2.086.362.008,3961179. O valor percentual correspondente 208.636.200.739,61179005%, que resulta no valor corrigido na data final de R\$ 1.896.692,73. Pelos dados básicos da correção pelo IPC-A (IBGE), levando em conta a data inicial 12/1985 e data final 11/2018 e o índice de correção no período 3.382.983.454,1940558, o valor percentual correspondente 338.298.345.319,4055800% resulta em um valor corrigido na data final de R\$ 3.075.439,50.

Com esta conquista, era necessário buscar formas de financiamento e organização da Entidade, para poder prestar atendimento à população. Para tanto, foi eleita através de assembleias dos sócios e a comunidade em geral, uma comissão de saúde, formada por sócios gestores, que de posse da autorização de compra da instituição, passaram a construir formas de viabilizar o seu funcionamento (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006). A direção da época não mediou esforços para que a ACHA se concretizasse. A falta de recursos atrelada à falta de experiência em administração deixava sempre no ar a seguinte questão: Será que vai dar certo? Pelo fato de que nem todos os engajados, até então, na luta pela saúde gratuita, colaboraram na compra e venda das cotas, os associados fundadores, passaram por inúmeras dificuldades financeiras para colocar o Hospital em funcionamento. As críticas não faltaram, o Poder Público Municipal da época não apoiou a ideia. Porém a garra, a coragem, a ousadia, a determinação e o apoio de muitos com a vontade de mudar o jeito de fazer saúde em Aratiba, fizeram com que, aos poucos a ACHA, se tornasse uma experiência em saúde que buscou unir o atendimento médico-hospitalar e a saúde comunitária, com diversos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Num primeiro momento, logo após a compra do hospital, o mesmo foi fechado por 11 meses, para que a equipe que estava acompanhando mais de perto a situação pudesse tomar conhecimento e fazer as adequações mais urgentes para poder atender a população. O encaminhamento da documentação e dos registros, a mudança da razão social e a falta de recursos para contratar profissionais foram os fatores relevantes para esse acontecimento. Lucir de Conto Diretor do hospital na época relata :

Dificuldades no início foi encaminhar a documentação, pois não se tinha experiência. Éramos agricultores sem experiência na questão burocrática. Procuramos, na época, a Irma Zélia Luza. Sabíamos que tinha experiência, tanto de movimentos populares, trabalhava na CRABE, quanto em administração hospitalar, pois trabalhou no Hospital de Gaurama. Depois de muito andar, alguns moradores informaram onde ela morava. Chegamos lá conversamos com ela e colocamos nossa preocupação. Tínhamos comprado um hospital, porém não tínhamos experiência em administrá-lo. Conversamos bastante e ela colocou a possibilidade de contribuir só que precisávamos com a superiora da Província. Certo dia, ela ligou dizendo que a superiora estaria em Erechim e fomos conversar. Convencemos a superiora de que precisávamos da Irma Zélia e acordamos que a mesma iria a Aratiba uma vez por semana. Ela começou a ajudar a organizar toda a documentação, inclusive nos registros necessários nos diversos conselhos e nas exigências na documentação. (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 29):

Muitas viagens foram feitas para a legalização da ACHA nos Conselhos na Junta Comercial de Porto Alegre e o interessante é que como não dispunham de recursos, os membros da diretoria assumiam as despesas. Percebe-se com essas atitudes tamanha dedicação e compromisso com a ACHA, pois, sem legalizar o hospital, o atendimento à população era parcial, somente em casos urgentes (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006). Esse período foi de muita luta e garra para que o sonho não morresse e para que a população tivesse acesso novamente à saúde. A direção da Associação não mediou esforços para alcançar o objetivo proposto. Realizou assembleias, encontros, reuniões e visitas nas comunidades para organizar uma estrutura mínima para o funcionamento, pois além da dificuldade financeira, faltava material, documentação e profissionais. Para amenizar a situação enquanto se aguardava a abertura do hospital foi estruturado um consultório médico na sala do Sindicato dos Trabalhadores. Foram onze meses de trabalho árduo, porém de grande satisfação porque o esforço e a luta coletiva garantiram que no dia 13 de novembro de 1986 o hospital fosse reaberto.

O momento foi histórico para o povo, um grande público compareceu no ato de reabertura. A rua em frente ao prédio do hospital foi totalmente ocupada, o sol escaldante não tirou dos rostos suados o sorriso da conquista popular. Muitas pessoas compareceram, em especial, um grande número de mulheres ligadas ao Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais que entoavam cantos de luta. Este dia ficou marcado pela alegria da conquista. Ao abrirem-se as portas do hospital a população foi entrando, ocupando os dois andares do prédio. A alegria estava estampada em cada face e no grito dos agricultores “este é o nosso hospital, hospital do povo”. O sonho se concretizava. O hospital era dos agricultores. A euforia era tamanha que o povo gritava refrões, como: “povo unido jamais será vencido”, “povo organizado jamais será pisado” (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 29). O dia 13 de novembro marcou a conquista dos agricultores, mas também foi um dia de fortalecimento da caminhada, pois estavam dando apenas os primeiros passos.

Muito tinha que se fazer. A responsabilidade era ainda maior. O sistema precisava ser organizado. O hospital a partir desse momento passou a funcionar,

mas os desafios ainda estavam por vir. Além de toda a organização necessária para o bom andamento, a comunidade estava ansiosa em saber o rumo que o hospital tomaria, bem como os resultados, uma vez que era dirigido por agricultores. No fim do ano de 1986, o hospital começa a realizar atendimentos de forma gratuita a comunidade, mantido até então por mutirões, campanhas de arrecadação financeira, bem como participação societária através da venda de cotas. Além do atendimento médico hospitalar, o hospital passa a desenvolver campanhas preventivas, pesagem das crianças e orientação alimentar alternativa, cria-se a Pastoral da Criança entre outras.

A bandeira proposta, sempre foi à de garantir atendimento gratuito a todos os pacientes, já que esta Associação Comunitária Hospitalar ACHA, foi fundada a partir da problemática da saúde. Os envolvidos com a luta pela saúde e com a causa da ACHA recordam os momentos e dificuldades que enfrentaram. Um dos momentos lembrados é descrito por Zélia Luza administradora do Hospital :

Na cozinha a gente não tinha nada, tudo era difícil. Quando estávamos paradas (com o hospital fechado) pensamos um pouco, deu para organizar um pouco. Como não tínhamos como trabalhar o Hospital porque não tínhamos funcionários, foram criados os Conselhos nas Comunidades, com representantes nas Comissões. Sem a Prefeitura concordar. O pessoal estava por dentro, era um grupo grande. Depois a gente começou a saúde preventiva. O pessoal falou que estávamos treinando para a guerrilha. Não tinha como andar um Hospital sem dinheiro, sem funcionários, sem nada, somente se a comunidade ajudasse. Era à maneira do trabalho popular, hoje se fugiu um pouco disso, mas na época estava em alta se trabalhar com as bases. Eu tinha feito um curso em Santa Maria que era voltado para o trabalho popular. Nós fizemos projetos com a Cáritas. Conseguimos dinheiro e pagamos o empréstimo aos credores para abrirmos logo o Hospital, pois o povo precisava de uma resposta. O Hospital ficou totalmente fechado, nós tínhamos um médico para atender casos urgentes, mas no prédio do Sindicato. (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 32):

Foi um período em que o sonho de construir um modelo novo de hospital falou mais alto, mesmo diante de tantas dificuldades que eram enfrentadas. Os agricultores não estavam preparados para o trabalho técnico-burocrático, a ausência de recursos financeiros, a falta de veículos para o trabalho de saúde comunitária, poucos equipamentos para a realização de exames além da falta de profissionais com experiência e comprometidos com a luta. Entretanto, isso não foi motivo para a ACHA, através de suas lideranças, desistirem do Projeto de construir saúde com a participação da Comunidade. Em 1986, a ACHA começa a dar seus primeiros passos,

São criados Conselhos Comunitários de Saúde, com a finalidade de discutir os problemas nas comunidades, apontar soluções e levar sugestões para a Comissão Institucional Municipal de Saúde (CIMS). Dessa forma a população poderia participar do projeto de Saúde do Município. Através desta conscientização, as comunidades se organizavam para exigir a participação popular na CIMS (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006). No início, encontrou-se resistência por parte das autoridades municipais

que defendiam uma CIMS formada por representantes das entidades e apenas um representante dos trabalhadores. Devido à organização da população e a consciência pelos seus direitos houve uma pressão para que os trabalhadores participassem da CIMS por região e o Prefeito teve que convocar a população e entidades para a criação da Comissão de acordo com a proposta (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Com a organização das Comissões de Saúde, Aratiba foi um dos únicos municípios da região, no qual os agricultores, além de definirem as prioridades sobre saúde, administraram os recursos de saúde para a área hospitalar, através de convênios, mesmo contrariando os interesses do poder público. Com a cidadania à flor da pele, os agricultores já estavam cientes de que o objetivo era evitar a hospitalização, o consumo desnecessário de remédios, através de um bom trabalho preventivo. Entretanto, estavam cientes de que era preciso ter uma estrutura hospitalar de qualidade para os casos de urgência/emergência, internações e outros serviços.

Fruto da organização, no dia 13 de fevereiro de 1987 foi assinado o 1º Convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS), com o Governo Federal. A nova proposta ou projeto de saúde destacou-se por visar à participação do povo no planejamento dos projetos de saúde, na aplicação dos recursos, organização dos trabalhadores para uma mudança da política de saúde e para a conquista dos direitos ao atendimento gratuito, sendo um projeto comunitário, participativo e transformador. Os participantes desse projeto de saúde foram e ainda perduram até os dias atuais, advindos de todas as comunidades do município, representando as comissões locais de saúde (agricultores), das lideranças, dos funcionários, dos profissionais, dos trabalhadores urbanos que acreditaram e continuam acreditando que é possível fazer saúde com a participação direta da comunidade na deliberação da política de saúde.

A compra do Hospital não significou a resolução de todos os problemas, mas foi uma segurança maior no que diz respeito à saúde para a população. Adquirir um hospital em que “o lucro” seria aproveitado em melhorias próprias para atendimento da população, diminuir o número de internações e evitar a continuidade de uma prática que tinha por objetivo “faturar” em cima da doença, significou um grande avanço para os que estavam empobrecendo com as dívidas hospitalares e para a mudança de concepção em relação ao cuidado a saúde (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006). Nessa perspectiva, uma das grandes preocupações da ACHA foi a formação de lideranças no interior do município, através de contatos constantes, visitas, encontros, estudos, assembleias para que os agricultores tivessem a consciência de que a luta por saúde é uma luta popular e que o hospital era para os agricultores, cujas decisões seriam tomadas e supervisionadas pelas mais de mil famílias, com o apoio do Sindicato dos Trabalhadores Rurais visando uma maior participação política.

Os objetivos que nortearam e continuam sendo aplicados no trabalho em curto, médio e longo prazos são: luta por assistência gratuita em saúde; formação para prevenção das doenças; atenção às gestantes e crianças; conscientização e formação de lideranças; novo conceito de saúde; acompanhamento aos agentes e

comunidades; aperfeiçoamento constante da equipe técnica; ampliação dos serviços prestados; ampliação e melhorias no prédio; buscando consolidar um projeto de saúde que não visa apenas cuidar das doenças, mas antes, cuidar da vida trabalhando a prevenção à saúde. Assim, a principal meta da ACHA é desenvolver ações integrais de cura, reabilitar e prevenir as doenças com acesso universal e igualitário dos cidadãos e participação da população em seu planejamento, execução e avaliação.

Nesse sentido, conforme relata o prefeito atual da cidade Guilherme Eugênio Granzotto em entrevista ao jornal bom dia, “busca-se valorização da vida humana, dos trabalhadores e da luta por saúde popular”. Está aqui uma experiência inovadora exemplo para organizações que desperta o interesse de conhecimento, pois envolver a comunidade na gestão é o grande segredo do sucesso alcançado nestes trinta e quatro anos de ACHA à serviço do povo”.

Fundar e manter um hospital onde o envolvimento da comunidade é permanente chamou a atenção não só de entidades que trabalham na área da saúde, mas também de instituições de ensino, administrações municipais e população em geral, tanto da região Alto Uruguai como também de regiões de outros estados. A experiência desenvolvida na ACHA foi e continua sendo um incentivo para outras experiências. É procurada como objeto de estudo, bem como de fortalecimento e modelo para novas alternativas. Portanto, garantir que a experiência da ACHA seja divulgada e sirva de base para novas experiências é uma das estratégias para que o trabalho continue sendo desenvolvido com o mesmo ardor do período em que foi fundada. Por isso, em várias ocasiões os integrantes da Associação participam de seminários, de encontros de troca de experiência e de cursos, fortalecendo ainda mais o compromisso que assumiram com a população como explica Lucir de Conto:

Participamos muitas vezes de encontros e seminários no Estado, para divulgar a experiência. Participamos de um Seminário Latino Americano, seminário de religiosos, onde apresentamos a experiência, foi classificada como uma experiência libertadora. Com certeza trabalhos parecidos, foram implementados, tanto no Estado do Rio Grande do Sul como em outros Estados a partir do nosso relato. (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 57):

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Poder contribuir para que novas alternativas sejam constituídas em prol da saúde pública, gratuita e de qualidade a partir da apresentação da experiência da ACHA renova a força de luta e o desejo de que os cidadãos exerçam sua cidadania e organizem-se em busca de democracia. Como podemos perceber, a ACHA foi fundada a partir da problemática da luta por saúde. Foi concebida, gestada e nasceu como fruto da organização dos agricultores que, mesmo com grandes dificuldades organizaram um processo de mudança no que diz respeito ao atendimento médico-hospitalar e um novo jeito de que é possível cuidar da saúde de forma comunitária/participativa, possibilitando que as pessoas tenham uma melhor qualidade de vida.

A compra de um hospital, que além de prestar assistência aos trabalhadores e a população em geral, é um projeto ainda mais amplo de saúde preventiva, envolvendo toda a comunidade no campo da formação de lideranças, bem como no debate e intervenções do Controle Social em Saúde, podemos dizer que a conquista da atenção integral e gratuita à saúde, assistencial e da promoção de saúde por políticas específicas, foram fundamentais. Em se falando de processo de planejamento em saúde e de mudança social, pensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade, e intervir na construção da história. Pensar o planejamento como prática histórica, passa pela discussão de estratégias de transformação social. Uma gestão participativa, com o envolvimento da comunidade de uma forma mais democrática sempre será assertiva.

O avanço do conhecimento popular, a partir do trabalho de orientação e campanhas preventivas realizadas na área da saúde no Campo Social é perceptível a cada dia, porém, tornou-se imperativo avançar enquanto hospital e sua missão social, de atender o maior número possível de pessoas pelo (Sistema único de Saúde) SUS - contribuindo assim para o desenvolvimento e a organização da saúde na Região do Alto Uruguai.

A ACHA - Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba, Instituição de saúde Filantrópica, conveniado ao Sistema Único de Saúde – SUS, teve sua fundação em 19 de dezembro 1985, como um hospital de porte pequeno e com poucos recursos, muitos advindos através das parcerias com as prefeituras em convênios com o SUS. Nos dias atuais tem avançando no atendimento, apresentando crescimento contínuo e beneficiando um grande número de pessoas com atendimento gratuito, sendo considerado referência regional em algumas especialidades médicas. Dentro dos fatos históricos correlacionados é importante destacar, que o movimento social foi o grande agente transformador nesse período de organização do sindicato e, consequentemente, dos agricultores frente às bandeiras de luta, também a atuação da igreja que foi relevante e contribui na no processo de conscientização do povo na luta pelos seus direitos

Assim, acredita-se ser uma experiência importante a ser divulgada, ao passo que poderá contribuir para que novas alternativas sejam constituídas em prol da saúde pública, gratuita e de qualidade, a partir da elucidação desta Instituição de organização social , que renova a cada ano que passa a força da luta e o desejo de que os cidadãos exerçam sua cidadania e organizem-se em busca de democracia. Apesar dos avanços conquistados ao longo das décadas na descentralização do setor saúde, o SUS ainda possui desafios que precisam ser superados para que funcione eficientemente, conforme os princípios e diretrizes estabelecida. Porém existem muitas experiências belíssimas, mostrando que o SUS funciona e que precisam ser divulgadas .

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

LIPSCH, V. T.; LIMA, E. F.; THAINES, E. **A saúde brota da luta do povo**: vida, saúde, vitórias, lutas, participação, organização. Erechim, RS: GraffoLuz, 2006.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim. Tradução de Daniela Bueno**. Revisão técnica de Dirceu da Silva. Porto Alegre, RS: Penso, 2016.

LUZA, Z. M.; MELO, J. L. B. **Educação popular e saúde comunitária em Aratiba -RS**. Trabalho de Conclusão do Curso de especialização Popular. São Leopoldo, 1988.

LIMA T.C.S de; MIOTO,R.C.T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Katál, Florianópolis, v.10, spe, 2007.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 12 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

TESTA, Mario. **Planificación Estratégica en el Sector Salud**. Caracas. CENDES/UCV. 1986. Mimeo.

A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E SEUS IMPACTOS NOS GASTOS DA SAÚDE PÚBLICA COM O AUMENTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Joanderson Nunes Cardoso

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Lorena Alencar Sousa

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Izadora Soares Pedro Macêdo

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Sara Beatriz Feitoza Ricardino

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Lindiane Lopes de Souza

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Amanda Cristina Araújo Cavalcante

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Juliana Maria da Silva

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Mabel Maria Sousa Figueiredo

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Edglê Pedro de Sousa Filho

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Uilna Natércia Soares Feitosa

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

RESUMO: Muito se tem discutido, recentemente, acerca dos impactos para a saúde pública referente aos gastos com patologias bastante presente na sociedade atual, por exemplo a insuficiência cardíaca. Um dos fatores que mais tem contribuído para isso, são as reincidências de hospitalização destes pacientes, sejam por complicações da própria doença ou pelo fato dos indivíduos não tomarem a medicação ou continuarem com maus hábitos de vida. Sendo assim este trabalho objetiva-se identificar os principais impactos ocasionados pela a insuficiência cardíaca para o setor da saúde pública. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com busca de dados nas bases Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), a coleta dos artigos para a pesquisa ocorreu nos meses de fevereiro a março de 2019. Utilizou-se os descritores: “Insuficiência Cardíaca” AND “Impactos na Saúde” AND “Gastos em Saúde”. Sendo utilizado o operador booleano AND para intersecção dos descritores. Critérios de inclusão: Artigos gratuitos e disponíveis em meios digitais, publicados na língua portuguesa, disponível na íntegra, publicados entre os anos 2014 e 2018. Critérios de exclusão: Artigos editoriais, closed access, publicados em língua estrangeira, e somente publicado em versão impressa. Mediante os critérios mencionados

acima, obteve êxito com o total de 12 amostra para a pesquisa. Percebe-se que os estudos relatam que alguns pacientes terminam por contribuir com a piora do seu quadro clínico, pelo os seus maus hábitos de vida. Outro fator relevante abordado dentro dos trabalhos é a questão da idade, onde muitos desses pacientes são idosos e possuindo maiores predisposição para complicações. Desta forma os profissionais de saúde que acompanham estes pacientes, podem contribuir com a diminuição da re-hospitalização, orientando-os a respeito da importância de ser fazer um tratamento adequado e optar por uma mudança de hábitos de vida. Assim sendo, conclui-se que apesar dos diversos tratamentos ofertados para o controle da insuficiência cardíaca, ainda é significativo o número de internações hospitalares, sendo consequência do tratamento ineficaz ou hábitos de vida não saudável. Cabe aos profissionais de saúde trabalharem educação em saúde, afim de orientar os pacientes a respeito da importância do tratamento eficaz, proporcionando assim a diminuição de hospitalização e gastos públicos com esta patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Cardíaca, Mortalidade, Impactos na Saúde, Saúde Pública, Gastos em Saúde.

HEART FAILURE AND ITS IMPACTS ON PUBLIC HEALTH COSTS WITH INCREASED HOSPITAL INTERMISSION

ABSTRACT: Much has recently been discussed, about the impacts on public health regarding the expenditure on pathologies quite present in today's society, for example heart failure. A of the factors that have contributed most to this is the recurrence of hospitalization of these patients, either due to complications of the disease itself or the fact that individuals do not take the medication or continue with bad habits of life. Thus, this work aims to identify the main impacts caused by heart failure for the public health sector. This is an integrative literature review with data search in Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). The research articles were collected in February. March 2019. The keywords used were "Heart Failure" AND "Impacts on Health" AND "Health Expenditure". Being used the boolean operator AND for intersection of descriptors. Inclusion criteria: Free articles available in digital media, published in Portuguese, available in full, published between 2014 and 2018. Exclusion criteria: Editorial articles, closed access, published in foreign language, and only published in print. By the criteria mentioned above, it was successful with a total of 12 samples for the research. It is noticed that studies report that some patients end up contributing to the worsening of their clinical condition, due to their bad habits of life. Another relevant factor addressed in the papers is the age issue, where many of these patients are elderly and have a greater predisposition to complications. Thus, the health professionals who accompany these patients can contribute to the reduction of rehospitalization, guiding them about the importance of being properly treated and choosing a change in lifestyle. Thus, it is concluded that despite the various treatments offered to control heart failure, the number of hospitalizations is still significant, resulting from ineffective treatment or unhealthy

lifestyle habits. It is up to health professionals to work on health education in order to guide patients about the importance of effective treatment, thus providing a reduction in hospitalization and public spending on this pathology.

KEYWORDS: Heart Failure, Mortality, Impacts on Health, Public Health, Health Expenditure.

1 | INTRODUÇÃO

No século XXI, algumas patologias se destacam pelo o fato de serem verdadeiros desafios para a saúde pública, exemplo disso temos a insuficiência cardíaca, onde na maioria das vezes o seu resultado final não é satisfatório ocasionando várias internações hospitalares e em casos mais graves a morte. Ainda que tenhamos inúmeros tratamentos desenvolvidos ao longo dos anos para tratamento desta doença, isto não tem diminuído o número de internações, apesar da diminuição da mortalidade (MESQUITA et al., 2016).

Em decorrência do avanço das tecnologias desenvolvidas para área de saúde, o número de pessoas acometidas com Insuficiência Cardíaca tem aumentado em todo mundo, isto está indiretamente ligado a doenças de cunho isquêmico e da própria IC, por exemplo os gastos com medicamentos e equipamentos para prestação de serviços, uso de marca-passos e ventrículos artificiais; outro fator importante é o envelhecimento da população, o que termina elevando os gastos do sistema de saúde tanto público como privado (MOZAFFARIAN et al., 2016).

No caso da realização da transição do paciente que estava internado para um paciente ambulatorial, torna-se um processo complicado, por causa de sua debilidade ocasionada pela complexidade da própria doença. Deste modo o paciente está sempre retornando a unidade hospitalar no caso de complicações, implicando em mais gastos para a saúde pública, este processo de transição pode levar um longo período após a alta hospitalar (MESQUITA et al., 2016).

As readmissões que ocorrem ao longo da vida do paciente acometido com IC termina sendo bem frequente nas instituições de saúde de todo país, além do mais estes retornos ocasionam desconforto ao paciente e familiares. Porque os mesmos necessitam estarem acompanhando o internado, afetando assim a sua saúde psíquica devido o estado clínico do paciente, assim como os gastos necessários para locomoção e alimentação do acompanhante. Vale salientar que um dos problemas graves em decorrência disso é a sobrecarga ocasionada para o sistema público de saúde (CHEN et al., 2016).

Independente do estágio que a Insuficiência Cardíaca (IC) se encontre, seja ela com a fração de ejeção sanguínea reduzida, faixa média de redução ou até mesmo a ejeção preservada; se tem um alto custo no tratamento da mesma, principalmente quando trata-se dos gastos com internações em Unidade de Terapia Intensivas (UTI's) (NICHOLS et al., 2015).

A prevenção desta patologia seria um meio viável para diminuir estes gastos, resultando em benefícios para a população e preservando também a economia, visto que estes custos terminam por impactar na sociedade em geral, gerando perda de produtividade no emprego e do próprio bem-estar do paciente, que fica sempre a depender da saúde pública para se tratar (STEVENS, 2018).

Deste modo através de estudos científicos voltados para a área de cardiologia especificamente a patologia em questão, é que será possível a identificação e análise dos principais motivos das readmissões destes pacientes nos serviços especializados, sendo possível um planejamento e desenvolvimento de uma melhor assistência hospitalar, com o intuito de diminuir estes motivos (BARREIROS, 2016).

Desta maneira o presente estudo tem por objetivo compreender, como o grande número de pacientes internados e readmitido nas unidades hospitalares por consequência de insuficiência cardíaca, podem trazer impactos significativos para os gastos públicos com a saúde. A identificação precoce desta patologia pode contribuir com seu controle e evitar maiores complicações que possam levar a internação destes pacientes. O tratamento ineficaz e a falta de colaboração do paciente para mudanças de hábitos de sua vida, termina por contribuir de forma indireta com os impactos desta doença para a saúde pública. Levantando desta forma o seguinte questionamento: Quais os tratamentos e cuidados destinados ao paciente com insuficiência cardíaca e os principais impactos desta patologia para a saúde pública em relação ao aumento de internações hospitalares?

2 | MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem como finalidade sintetizar os resultados apresentados sobre determinados temas de pesquisas anteriores, de forma a sistematizar, ordenar e explanar estes estudos. Recebe o nome de integrativa por fornecer informações ampliadas sobre a temática, estabelecendo um conjunto de conhecimento. O pesquisador quando decide desenvolver uma revisão integrativa, pode ter diferentes finalidades, podendo analisar conceitos ou teorias (ERCOLE, 2014).

As principais fontes de informações utilizadas para construção de uma revisão integrativa são bibliográficas, identificando os principais resultados apresentados de outros autores ao longo dos anos (GALVÃO, 2003).

Durante a construção de uma revisão integrativa é preciso seguir seis etapas importantes: A primeira é a escolha do tema e selecionar a hipótese para a pesquisa; a segunda criação dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos a serem incluídos na pesquisa; a terceira definição das informações que serão extraídas dos estudos analisados, os organizando em categoria; a quarta avaliar os estudos incluídos na pesquisa; quinto, explanar os resultados coletados dos estudos; sexto, apresentação

da revisão através da discussão referente os resultados coletados e o conhecimento identificado (MENDES, 2008).

Realizou-se um processo de busca bibliográfica minuciosa dentro das bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) no mês de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019. As bases de dados foram selecionadas por serem consideradas como os principais periódicos que apresentam publicações a respeito da temática abordada neste estudo.

Os descritores foram escolhidos de acordo com a temática para facilitar a busca dos artigos nas bases de dados, sendo efetuada a busca no DeCS. Deste modo escolheu-se os seguintes descritores: “Insuficiência Cardíaca”, “Mortalidade”, “Impactos na Saúde”, “Saúde Pública” e “Gastos em Saúde”. Dentro das bases de dados disponíveis em meio eletrônico, optou-se a utilização do booleano AND, para fazer a união dos descritores e ser possível localizar artigos que tivessem em seu título, objetivo ou nas palavras chaves algo remetente a temática da pesquisa. Estabelecendo deste modo: “Insuficiência Cardíaca” AND “Hospitalização”, “Insuficiência Cardíaca” AND “mortalidade” e “Insuficiência Cardíaca” AND “Saúde Pública”. Inicialmente foram localizados sem os critérios de inclusão: 21.150 artigos, sendo 20.615 da base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e 535 da Scientific Electronic Library Online.

Os critérios de inclusão foram: Artigos gratuitos e disponíveis em meios digitais, publicados na língua portuguesa, disponível na íntegra, entre os anos 2014 a 2018. Os critérios de exclusão escolhidos para este trabalho: Artigos editoriais, closed access, publicados em língua estrangeira, e somente publicado em versão impressa. Mediante os critérios mencionados acima, após aplicá-los nas bases de dados restaram 279 artigos sendo (164 da LILACS e 115 SCIELO). Destes 279 trabalhos foram selecionados 12 artigos com base nos seus resultados e conclusão, que contribuíram com a temática da pesquisa para realização de uma análise mais aprofundada. Para melhor organização dos artigos, os mesmos foram agrupados no Microsoft Word 2016.

21.150 RESULTADOS: 20.615

LILACS e **535** SCIELO.

20.871 artigos eliminados de acordo com os critérios de inclusão:

- Artigo completo e disponíveis gratuitamente.
- Artigos publicados de 2014 a 2018.
- Linguagem portuguesa.

279 selecionados: **164** artigos (LILACS) e **115** artigos da (SCIELO para análise mais detalhada.

268 artigos foram eliminados após leitura minuciosa dos objetivos, resultados e conclusão por não contemplarem o objetivo da pesquisa.

12 artigos inclusos pela análise, sendo **4** da LILACS e **8** da SCIELO.

Fluxograma 1 - Método de busca com os descritores e utilização do operador booleano AND: “Insuficiência Cardíaca” AND “Hospitalização”, “Insuficiência Cardíaca” AND “mortalidade” e “Insuficiência Cardíaca” AND “Saúde Pública”.

3 | RESULTADOS

Após a leitura dos artigos selecionados para esta pesquisa, identificou-se que um artigo foi publicado em (2014), dois em (2015), três em (2016), quatro em (2017) e dois em (2018). Evidenciando que o ano de 2017 houve mais publicações científicas sobre a temática estudada quando comparado com os outros anos.

No que tange aos estados referentes aos locais das publicações, observou-se com maior predominância os estado de Minas Gerais com dois trabalhos; e um trabalho por cada estado a seguir: Santa Catarina, Ceará, São Paulo, Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Alguns trabalhos não foi possível identificar o estado de origem, constavam-se apenas as seguintes informações: “Sul do Brasil”, “Brasil”. E além do mais dois trabalhos não possuíam nenhum tipo de identificação quanto ao local onde foi realizado o estudo.

Um dos trabalhos analisados chamou atenção por ser uma pesquisa que faz parte de um estudo maior, que fora realizado na América Latina, oferecendo identificação

de resultados específicos para cada país pesquisado, os resultados referente ao Brasil foram expostos no Congresso Cardiovascular Mundial em junho de 2016 e posteriormente no Congresso Europeu ISPOR no estado de Viena (Áustria) no mês de novembro de 2016.

Periódico e Ano	Área de atuação dos autores	Tipo de estudo	Objetivo	Conclusão
1. International Journal of Cardio-vascular Sciences. 2017	Não identificado	Estudo transversal, retrospectivo	Identificar e comparar o perfil clínico-epidemiológico e o tratamento instituído entre os pacientes sobreviventes e não sobreviventes internados com insuficiência cardíaca aos dados da literatura internacional.	A mortalidade intra-hospitalar foi elevada quando comparada à média internacional, mas foi semelhante a de outros serviços de referência brasileiros.
2. International Journal of Cardio-vascular Sciences. 2017	Não identificado	Epidemiológico	Avaliar a evolução dos índices de internações hospitalares em pacientes adultos com insuficiência cardíaca, taxa de permanência e mortalidade no Sistema Único de Saúde.	Mesmo com a diminuição das internações hospitalares, a IC é uma síndrome de elevado custo para o Sistema Único de Saúde, com elevados índices de mortalidade.
3. International Journal of Cardio-vascular Sciences. 2015	Medicina	Estudo observacional, retrospectivo e quantitativo	Avaliar o impacto do tratamento de insuficiência cardíaca no Hospital de Messejana (HM), Fortaleza, CE, Brasil.	Os pacientes tratados de IC no HM receberam o esquema terapêutico clássico preconizado, incluindo-se o uso de dispositivos e de procedimentos cirúrgicos como o transplante cardíaco e tiveram evolução satisfatória na maioria dos casos, apesar de ainda exibirem alta taxa de mortalidade intra-hospitalar.
4. Rev Med Minas Gerais. 2015	Medicina	Transversal, descritivo e observacional, de natureza exploratória	Traçar perfil epidemiológico e assistencial de pacientes com insuficiência cardíaca internados em hospital de referência regional.	São necessários programas de educação permanente voltados para a abordagem dos fatores de risco para insuficiência cardíaca, avaliação de adesão ao tratamento e busca ativa de casos na atenção primária, bem como do diagnóstico de insuficiência cardíaca e seu manejo adequado.
5. Arq Bras Cardiol. 2018	Medicina	Estudo de coorte	Avaliar o impacto da infecção em pacientes com IC descompensada que internaram em hospital universitário terciário de São Paulo.	Infecção é uma comorbidade frequente entre os pacientes com IC internados para compensação, causando um aumento da mortalidade durante a hospitalização. Entretanto, após a alta, os pacientes inicialmente com infecção apresentaram melhor evolução.

6. Rev Esc Enferm USP. 2016	Enfermagem e matemática	Estudo longitudinal retrospectivo, quantitativo	Identificar Diagnósticos de Enfermagem de fadiga, intolerância à atividade e diminuição débito cardíaco em pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca e verificar a associação entre as características definidoras e os Diagnósticos de Enfermagem.	O débito cardíaco diminuído foi mais prevalente nos pacientes pacientes com insuficiência cardíaca, e as características definidoras associadas foram fatores para este diagnóstico de enfermagem.
7. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016	Sem identificação	Estudo de coorte	Verificar associação entre o autocuidado e o número de readmissões hospitalares de pacientes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada, bem como testar a aplicabilidade de dois instrumentos de avaliação de autocuidado. Estudo longitudinal, realizado em um hospital de referência cardiológica do sul do Brasil.	Ambas as escalas avaliam o autocuidado de forma relevante, sendo correlacionados os seus índices.
8. Arq Bras Cardiol. 2016	Sem identificação	Estudo de coorte	Desenvolver um score preditor de eventos prognósticos desfavoráveis em doentes admitidos com síndromes de IC aguda e caracterizar um grupo de maior risco quanto às suas características clínicas, terapêutica e resultados.	Este score de risco permitiu identificar um grupo com pior prognóstico aos 12 meses.
9. Arq Bras Cardiol. 2017	Sem identificação	Coorte histórica de pacientes	Identificar causas e preditores de mortalidade intra-hospitalar em pacientes que internam por IC aguda descompensada (ICAD), comparativamente aqueles que possuem IC e internam por outras condições (ICND).	Pacientes internados com IC apresentam elevada mortalidade intra-hospitalar, independentemente do motivo primário de internação. Poucos óbitos são diretamente atribuídos à IC; Idade, alteração na função renal e níveis séricos de potássio, tempo de permanência, comorbidades e ECCharlson foram preditores independentes de morte intrahospitalar em hospital terciário brasileiro.
10. Int J Cardiovasc Sci. 2017	Medicina	Coorte prospectiva de pacientes	Avaliar se o principal preditor de recorrência de desfechos em pacientes com IC é o grau de descompensação na admissão ou o estado volêmico obtido após controle clínico.	Diferente do grau de descompensação que motivou a internação, o estado volêmico obtido após compensação da IC se associa a eventos recorrentes. Este achado sugere que, independentemente da gravidade inicial, é a resposta ao tratamento durante o internamento que determina a vulnerabilidade do paciente para nova descompensação.

11. Arq Bras Cardiol. 2018	Medicina	Sem identificação	Este estudo avaliou o custo de quatro importantes doenças cardíacas no Brasil: hipertensão, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e fibrilação atrial. Além disso, avaliou a relação de custo-efetividade de telemedicina e suporte telefônico estruturado para o manejo de insuficiência cardíaca.	As doenças cardíacas determinam substanciais custos financeiros e perda de bem-estar no Brasil e deveriam ser uma prioridade de saúde pública.
12. Rev Saúde Pública. 2014	Medicina	Estudo ecológico	Analizar taxas de permanência hospitalar e de proporção de óbitos por internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde, caracterizando-as segundo cobertura pela Estratégia de Saúde da Família.	A taxa média de internações por condições sensíveis foi significativamente menor em 2010 do que em 2000, mas não foi observada correlação com a expansão de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família. As taxas de permanência hospitalar e proporção de óbitos entre os anos avaliados comportaram-se de forma distinta entre as diversas regionais de saúde, apontando necessidade de priorização de atenção primária resolutiva e de qualidade.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos na pesquisa: Periódico e Ano, Área de atuação dos autores, Tipo de estudo, Objetivo e Conclusão.

Fonte: Elaboração própria (2019).

Paramelhor explanação do tema criou-se a seguinte categorização: Características das internações hospitalares dos pacientes acometidos por insuficiência cardíaca; Tratamento assistencial ofertado pelos profissionais de saúde ao indivíduo com insuficiência cardíaca; Planejamento estratégico realizado pela equipe de saúde para diminuição das internações hospitalares.

4 | DISCUSSÃO

4.1 Características das internações hospitalares dos pacientes acometidos por insuficiência cardíaca

Diante do cenário atual da saúde, a insuficiência cardíaca ainda é uma das patologias que mais elevam o número de internações hospitalares, além dos inúmeros registros de mortalidade e dos diversos casos de readmissão dos pacientes, acendendo um alerta a respeito das drogas de tratamento da insuficiência cardíaca. Será que as mesmas estão sendo realmente eficazes, ou precisa-se desenvolver urgentemente novas drogas? (WAJNER et al., 2017).

A equipe de saúde precisa estar atenta para qualquer sinal de alteração do estado de saúde do paciente cardíaco, entretanto pesquisas apontam que quanto

mais tempo for a internação destes pacientes acometido por insuficiência cardíaca, maiores serão os riscos da mortalidade intra-hospitalar (POFFO et al., 2017).

Pacientes internados por insuficiência cardíaca que adquirem infecção hospitalar terminam agravando seu quadro de saúde; até mesmo quando se trata de um quadro clínico não tão grave. Este fator termina por ocasionar uma descompensação cardíaca levando a piora da saúde do paciente (CARDOSO et al., 2018).

Alguns pacientes acabam não seguindo o tratamento da maneira correta, deixando de fazer uso das medicações que são prescritas, deste modo quanto menor o autocuidado, mais se elevam o número de internações e reinternações hospitalares por IC (LINN, AZZOLIN e SOUZA 2016).

Apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde que sempre estão buscando o melhor tratamento para estes pacientes, os gastos com a internação dos mesmos mais do que dobrou no período de dez anos, sendo que em 2001 para se manter um paciente internado por insuficiência cardíaca (IC) gastava-se R\$ 519,54, já em 2011 R\$ 1 164,95, o mais preocupante é que isso não diminui o número da mortalidade hospitalar (KAUFMAN et al., 2015).

Entretanto o autor relatado acima, não especificou em seu estudo se os valores gastos são diários, semanais ou mensais. Ainda observa-se que diversos fatores podem ter contribuído para o aumento destes gastos, por exemplo novos tratamentos e procedimentos, e o aumento da inflação sobre os materiais utilizados no atendimento hospitalar.

Em dados mais recentes, estima-se que no Brasil as doenças cardíacas apresentaram no ano de 2015 elevadíssimos custos financeiros chegando a ser investido cerca de R\$ 56,2 bilhões de reais, deste total boa parte deve-se a custo do sistema de saúde (STEVENS et al., 2018).

Quando procura-se levantar as principais características dos pacientes que são internados com IC, identifica-se que são fumantes e hipertensos que terminam por agravar o seu estado de saúde atual (SILVA et al., 2015). Além do mais indivíduos etilistas, principalmente do sexo masculino com histórico familiar de doenças cardíacas, são mais suscetíveis a sofrerem por insuficiência cardíaca, o grupo masculino em geral possui uma certa resistência em relação à procura da unidade de saúde, deste modo a ausência de exames complementares e de rotina dificultam o diagnóstico da doença e consequentemente o agravo do prognóstico (GRACIANO et al., 2015).

A população idosa tende a ser a mais acometida por problemas cardíacos, por causa do maior número de comorbidades múltiplas, cardíacas e extracardíacas, e pelo o fato de apresentarem um alto grau de disfunção ventricular esquerda, hipertensão arterial, fibrilação atrial, doença arterial coronariana, diabetes, doença renal crônica e depressão (DELGADO et al., 2016). Um fator de risco bem presente na população que é admitida nas unidades hospitalares para tratamento de IC é o baixo nível socioeconômico, que por vez incide no maior número de readmissão hospitalar o que termina por piorar o prognóstico dos mesmos e contribuir para o aumento também

das reinternações (RODRIGUES-BASTOS et al., 2014).

4.2 Tratamento assistencial ofertado pelos os profissionais de saúde ao indivíduo com insuficiência cardíaca

O índice de mortalidade intra-hospitalar ainda é alto, mesmo com tratamento medicamentoso sendo aplicado da maneira correta, deste modo é importante que os profissionais de saúde façam a identificação precoce dos grupos de maiores riscos de mortalidade; por exemplo os pacientes que são acometidos com IC que apresentam idade avançada, internações prévias ou até mesmo a presença de doença arterial coronariana (POFFO et al., 2017).

É valiosa a conscientização dos pacientes acerca da importância da realização do tratamento da maneira correta e no tempo estipulado, pois isto terá impactos na melhora do prognóstico, devendo a equipe de saúde ficar atenta ao número de medicações utilizadas por este paciente, bem como a dosagem e os efeitos colaterais dos mesmos (KAUFMAN et al., 2015).

Na maioria dos casos de agravamento do estado de saúde do paciente acometido por insuficiência cardíaca são necessárias as realizações de intervenções cirúrgicas, por exemplo a valvoplastia, cirurgia de revascularização do miocárdio, transplante cardíaco, colocação de marca-passo e a mais comum e conhecida pela a população que é a ponte de safena (SILVA et al., 2015).

A política nacional de saúde, reconhecendo que os indivíduos do sexo masculino são os mais acometidos por IC, lançou algumas propostas com a intenção de romper as barreiras culturais e organizacionais que terminam por impedir um maior contato destes pacientes com a equipe de saúde, estimulando que os mesmos começem a frequentar por mais vezes estes serviços, facilitando a identificação precoce das patologias (GRACIANO et al., 2015).

Das 48h a 72h após admissão do paciente, é iniciado o tratamento medicamentoso com inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), o inicio precoce dessa medicação garante benefícios para os pacientes como a redução da taxa de internação e mortalidade, essas são algumas das recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia (DELGADO et al., 2016).

A prevenção certamente é o melhor mecanismo para controle do número de casos de pacientes acometidos com insuficiência cardíaca, trazendo benefícios para o bem-estar da população e diminuindo os gastos públicos (STEVENS et al., 2018).

Pesquisas apontam que independente do estado de saúde que se encontre o paciente no momento de sua internação hospitalar, a resposta ao tratamento determinado pelo o médico e realizado pela a equipe de enfermagem durante o seu período de internação é que será decisivo para estimar a vulnerabilidade do paciente à apresentação de descompensação cardíaca no período de 60 dias após sua alta hospitalar (MAGALHÃES et al., 2017).

4.3 Planejamento estratégico realizado pela equipe de saúde para diminuição das internações hospitalares

Os enfermeiros que acompanham e cuidam dos pacientes acometidos com IC identificam diversos sinais clínicos ao longo da internação, que se não for analisado de maneira precisa pelo o profissional poderá ocasionar confusões a respeito do diagnóstico real do paciente, atrapalhando deste modo o planejamento de intervenções eficazes (PEREIRA et al., 2016).

As atividades educativas realizadas pela a equipe de enfermagem deve ter como propósito observar o indivíduo como um todo proporcionando assim efeitos benéficos para o mesmo, principalmente no requisito de orientações de autocuidado. Comprova-se que quanto maior a escolaridade do indivíduo, mais fácil torna-se a explicação e compreensão a respeito de sua patologia, reduzindo assim as readmirações hospitalares, pois o paciente terminar por adquirir autonomia para cuidar da sua própria saúde sendo acompanhado pela equipe multidisciplinar (LINN, AZZOLIN e SOUZA, 2016).

A identificação das características dos pacientes que são acometidos por insuficiência cardíaca facilita traçar planos para prevenir a evolução desta doença, melhorando a qualidade assistencial e consequentemente diminuindo os gastos associados aos cuidados direcionados ao paciente com IC (WAJNER et al., 2017).

Atualmente os profissionais de saúde contam com a utilização do genograma, que é de suma importância para identificação dos possíveis indivíduos que possuem riscos de serem acometidos por insuficiência cardíaca, a mesma traça um perfil epidemiológico de determinada família identificando as patologias que mais acometeram os antepassados. Outra ferramenta que tem contribuído para o planejamento estratégico da saúde é o ecomapa, este possibilita identificar na área de atuação do profissional, mecanismos que possam contribuir para o tratamento do indivíduo, por exemplo áreas de lazer, centros de apoio, academias populares entre outros.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos grandes avanços da medicina para o tratamento da insuficiência cardíaca, o número de pacientes internados por complicações ocasionadas por esta patologia é crescente. Nos trabalhos incluídos na pesquisa percebe-se que muitas vezes estas internações são reincidentes, seja pelo o tratamento inadequado ou pelo o fato de não haver mudanças dos hábitos de vida dos pacientes.

A educação em saúde pode ser utilizada como uma forma de conscientização dos pacientes e seus familiares sobre a importância de se realizar corretamente o tratamento, e que em conjunto a este tratamento é necessário iniciar uma reeducação alimentar, além de eliminar maus hábitos de vida. Para que estas ações educativas

sejam realizadas, faz-se necessário que os profissionais envolvidos neste processo estejam capacitados para orientar e lidar com as diversas situações que venham a surgir.

O presente trabalho alcançou seu objetivo, identificando os principais impactos que esta patologia pode trazer para a saúde pública, dando destaque para o aumento de gastos hospitalares com medicações, equipamentos, equipe profissional e todo o suporte necessário para tratamento destes indivíduos, quando se encontram internados.

Desta forma, esta pesquisa tem potencialidade de impulsionar a produção de novos trabalhos a respeito do assunto abordado, que possam contribuir para o planejamento e implementação de ações para diminuir os gastos hospitalares originado pela a insuficiência cardíaca.

REFERÊNCIAS

BARREIROS, Bárbara Rodrigues Nunes et al. Causas de readmissão hospitalar após cirurgia cardíaca. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2016.

CARDOSO, J. N. et al. Infecção em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Descompensada: Mortalidade Hospitalar e Evolução. **Arq Bras Cardiol**, p. 364 – 370, 2018.

CHEN Joy C. et al., The role of the hospital and health care system characteristics in readmission after major surgery in California. **Surgery**. 2016.

DELGADO, A. et al. Registro de Insuficiência Cardíaca Aguda: Modelo de Avaliação de Risco na Insuficiência Cardíaca Descompensada. **Arq Bras Cardiol**, p. 557 – 567, 2016.

ERCOLE, Flávia Falcí; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Integrative review versus systematic review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.9-11, 2014.

ERCOLE, Flávia Falcí; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Integrative review versus systematic review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, 2014.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; MENDES, Isabel Amélia Costa. A busca das melhores evidências. **Rev. esc. enferm. USP**, 2003.

GRACIANO, M. M. de C. et al. Perfil epidemiológico e assistencial de pacientes com insuficiência cardíaca em município de referência regional. **Rev Med Minas Gerais**, p. 199 – 207, 2015.

KAUFMAN, R. et al. Insuficiência Cardíaca: Análise de 12 Anos da Evolução em Internações Hospitalares e Mortalidade. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**, p. 276 – 281, 2015.

LINN, A. C.; AZZOLIN, K.; SOUZA, E. N. de. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Bras Enferm [Internet]**, p. 500 – 506, 2016.

MAGALHÃES, J. et al. O NT-ProBNP da Admissão Versus da Alta como Preditor Prognóstico na Insuficiência Cardíaca Agudamente Descompensada. **Int J Cardiovasc Sci**, p. 469 – 475, 2017.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina

Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, 2008.

MESQUITA, Evandro Tinoco et al. Understanding Hospitalization in Patients with Heart Failure. **International Journal Of Cardiovascular Sciences**, 2016.

MOZAFFARIAN, Dariush et al., Heart disease and stroke statistics-2015 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**. 2016.

NICHOLS, Gregory A. et al., Comparison of risk of re-hospitalization, all-cause mortality, and medical care resource utilization in patients with heart failure and preserved versus reduced ejection fraction. **Am J Cardiol**. 2015.

PEREIRA, J. de M. V. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca hospitalizados: estudo longitudinal. **Rev Esc Enferm USP**, p. 929 – 936, 2016.

POFFO, M. R. et al. Perfil dos Pacientes Internados por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, p. 189 – 198, 2017.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. **Rev Saúde Pública**, p. 958 – 967, 2014.

SILVA, F. A. de Lima e. et al. Avaliação do Impacto do Tratamento da Insuficiência Cardíaca em Hospital do Sistema Único de Saúde. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, p. 130 – 138, 2015.

STEVENS, B. et al. Os Custos das Doenças Cardíacas no Brasil. **Arq Bras Cardiol**, p. 29 – 36, 2018.

STEVENS, Bryce et al. The Economic Burden of Heart Conditions in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2018.

WAJNER, A. Causas e Preditores de Mortalidade Intra-Hospitalar em Pacientes que Internam com ou por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário no Brasil. **Arq Bras Cardiol**, p. 321 – 330, 2017.

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, A VULNERABILIDADE DA MULHER E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Virginia Santos de Camargo Barros Lazzarini

Advogada OAB/SP. Enfermeira Obstetra. Docente convidada Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein/Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brasil – FEHIAE.

Mônica Bimbatti Nogueira Cesar

Enfermeira Obstetra Doutoranda e Mestre Enfermagem UNIFESP, Docente Graduação Enfermagem Centro Universitário São Camilo e Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein/Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brasil – FEHIAE.

RESUMO: **Objetivos:** Analisar a vivência da parturição pelas mulheres brasileiras e detectar as possíveis causas que desencadeiam a Violência Obstétrica (VO). **Método:** Revisão integrativa de literatura com buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de 2005 a 2015, em português, e bibliografia complementar jurídica e da saúde. **Resultados/ Discussão:** Condutas obstétricas podem se tornar violentas diante da vulnerabilidade da mulher, acarretando-lhe danos físicos, morais e sexuais. O avanço tecnológico, a situação econômica, a formação acadêmica e o déficit no manejo emocional dos profissionais de saúde contribuem para que as mulheres sejam tratadas com descaso às suas manifestações da dor, angústia e medos,

e com discriminações social, ética e cultural. Reflexões sobre a criminalidade e a punição da VO no Brasil. **Conclusão:** A VO pode ser combatida com a participação conjunta da paciente e equipe de enfermagem que devem estar capacitadas e instrumentalizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Obstétrica, Parto, Enfermagem Obstétrica, Responsabilidade

ABSTRACT: **Objectives:** To analyze the experience of parturition by Brazilian women and to detect the possible causes that trigger Obstetric Violence. **Method:** Integrative literature review with searches in the Virtual Health Library, from 2005 to 2015, in Portuguese, and complementary legal and health bibliography. **Results/ Discussion:** Obstetric behavior can become violent due to women's vulnerability, causing physical, moral and sexual harm. Technological advancement, economic status, academic education and a deficit in the emotional management of health professionals contribute to women being treated with disregard for their manifestations of pain, anguish and fears, and with social, ethical and cultural discrimination. Reflections on the criminality and punishment of Obstetric Violence in Brazil. **Objectives:** To analyze the experience of parturition by Brazilian women and to detect the possible causes that trigger Obstetric Violence. **Conclusion:**

Obstetric Violence can be countered with the joint participation of the patient and the nursing staff who must be trained and instrumentalized.

KEYWORDS: Obstetric Violence, Childbirth, Obstetric Nursing, Responsibility

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (DAHLBERG E KRUG, 2007).

No Brasil, a violência está presente também na assistência obstétrica seja em instituições de saúde públicas ou privadas (SILVA et al, 2014).

A Violência Obstétrica (VO), termo recente que se difundiu após a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, em 2010 (CARNEIRO, 2015), é qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher; é o desrespeito à sua anatomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (SILVA et al, 2014).

Ocorre quando profissionais da saúde apropriam-se do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres através do tratamento desumanizado, alta medicalização e patologização dos processos naturais provocando às mesmas a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida. Aponta que o grande desafio no enfrentamento da VO é a visão distorcida que parte da sociedade tem sobre a violência, concebendo-a como um processo normal e até necessário na parturição (SÃO PAULO, 2015).

A fragilidade/vulnerabilidade da mulher é preexistente à VO; é própria da gestação e decorre de fatores físicos, emocionais, culturais, dentre outros, deixando-a suscetível às condutas abusivas; é uma fragilidade reconhecida pelo Código Civil Brasileiro (CC) nos artigos 152 e 156 concedendo-lhe proteção especial (BRASIL, 2012).

A VO pode ocorrer durante o pré-natal, no trabalho de parto e parto, pós-parto e abortamento, atingindo cerca de 25% das brasileiras (CARNEIRO, 2015; DPESP, 2015).

Do exposto, o objetivo deste artigo é analisar como o processo de parturição tem sido vivenciado pelas mulheres no Brasil e detectar as possíveis causas que desencadeiam a VO.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Revisão integrativa de literatura com buscas na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Utilizando as palavras-chave Violência Obstétrica *and* Parto, filtrando para

artigos completos e disponíveis publicados em português nos últimos dez anos (2005 a 2015), foram levantados 30; após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura minuciosa, foram selecionados 4 (Scielo e Rev.Rene). Para responder à questão norteadora “o que é Violência Obstétrica e quais suas consequências?” foi necessária uma segunda busca com os descriptores Enfermagem Obstétrica *and* Responsabilidade, obtendo-se 104 resultados; feitas as filtragens, texto completo e publicação em português nos últimos cinco anos, restaram 11. Após aplicação dos critérios e leitura minuciosa, foram selecionados 2 artigos (Scielo). Complementarmente, foram utilizados Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem e suas legislações Federal (COFEN) e regional (COREN), informativos publicados pelo Conselho Regional de Medicina dos Estados de São Paulo e de Santa Catarina, livros de doutrina jurídica brasileira dos últimos cinco anos que abordam o tema da responsabilidade e suas consequências legais, Cartilhas oficiais e legislação.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo parturitivo que até o século XIX constituía-se num evento exclusivamente doméstico aceito pelas mulheres como uma fatalidade em que enfrentavam, no mínimo, a dor fisiológica mas, por outro lado, podiam contar com o respaldo emocional dos familiares. A Bíblia Sagrada, Gênesis, associa o parto normal à dor e à purgação feminina (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

A dor é um sinal vital subjetivo percebida de diferentes formas e intensidade, de acordo com o estado emocional, cultural, ambiental, ético e histórico da paciente. e o trabalho de parto, embora fisiológico, sofre estas influências. A hospitalização dos partos ocorrida no século passado deu-se com o desenvolvimento das técnicas de analgesia desenvolvidas pela medicina moderna que ofereceram à mulher a garantia de controle da dor, segurança na parturição pois passou a ser assistida pelos médicos, os detentores da capacidade técnico-científica para o procedimento (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006). Com o tempo e práticas reiteradas, a relação médico-paciente foi se distorcendo ao ponto de transformar-se em autoritarismo-submissão (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006). Concomitantemente, a realidade também mudou, acarretando mudanças científicas, tecnológicas, comportamentais, econômicas, sócio culturais, além da crescente conquista de direitos pelas mulheres. Hoje, as parturientes, frágeis pela própria condição gestacional, dirigem-se às instituições de saúde e lá se deparam com um ambiente muitas vezes hostil, desumano, permeado pela dor e sofrimento físico e emocional, além da solidão e do desamparo (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006). Encontram na equipe obstétrica, formada por homens e mulheres, na rede pública ou privada, a falta de preparo e de cuidado com elas que clamam pela preservação das suas integridades física e emocional (SILVA et al, 2014).

A VO pode manifestar-se verbal, física, psicológica e até sexualmente (BRASIL, 2015) provocando danos físicos, morais e sexuais às mulheres, bebês e familiares

(SÃO PAULO, 2015). A Defensoria Pública de São Paulo (2015) elenca como condutas violentas: o atendimento de saúde no pré-natal sem acolhimento às necessidades e dúvidas da gestante; os comentários constrangedores à mulher; ofensas, humilhações ou xingamentos pessoais ou direcionadas a algum membro da família; ameaças à mulher em caso de não aceitação de algum procedimento; realização da episiotomia de maneira indiscriminada ; infusão intravenosa para acelerar o trabalho de parto sem informação e concordância da mulher; realizar intervenções no corpo da mulher sem que lhes sejam explicadas e sem seu consentimento; direito ao acompanhante negado; amarrá-la durante o parto; negar a direito à segunda opinião médica, em caso de divergência entre a mulher e o profissional de saúde; tricotomia; manobra de Kristeller; uso rotineiro de enema; realizar frequente de exame de toque, de forma dolorosa, para verificar a dilatação; ausência de hidratação ou alimentação da parturiente durante o trabalho de parto; agendamento de cesárea sem a devida recomendação e sem consentimento da mulher; obrigar a mulher a permanecer sempre deitada; negar a analgesia (farmacológica e não-farmacológica) – ANVISA resolução n. 36/2008; no abortamento, recusar a internação ou mantê-la esperando em demasia para o atendimento (Código Penal, artigo 128: abortamento legal). Destaca que é direito da mulher receber “um atendimento justo e humanizado desde o início da gestação, até o nascimento da criança, além dos direitos de um bom atendimento para o recém-nascido”.

A OMS fomenta o parto normal e, no Brasil, a Enfermagem Obstétrica conquistou o direito à assistência do parto normal de risco habitual, ampliando suas competências. Por conseguinte, seu rol de responsabilidade também cresceu e abrange as esferas ética, civil, penal e administrativa (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012).

Assim, questiona-se sobre o limite da autoridade do obstetra sobre sua paciente. Se o médico é detentor da capacidade técnico-científica, possui domínio das intervenções necessárias para cada caso, nasce uma relação hierárquica entre profissional e o paciente baseada na confiança: o vínculo (AGUIAR; d'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Quando esta autoridade é embasada na ética, há o exercício de um poder legítimo entre obstetra e parturiente. Entretanto, na ausência da ética, a mulher passa a ser vista como um corpo biomédico. Rompe-se o vínculo, a autoridade transforma-se em autoritarismo, exige-se a submissão da mulher às condutas realizadas, retira-lhe o direito dela exercer sua autonomia, e fere sua dignidade, princípio fundamental no qual se embasa a nossa Constituição Federal, art. 1º (Equipe RT, 2017) (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

Alguns profissionais da rede pública de saúde relacionam estas más condutas à precariedade do sistema de saúde. No entanto, não há justificativa ao desrespeito à mulher, com traços de discriminação social, étnica e cultural (AGUIAR; d'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Esta violação aos direitos da paciente gera o consequente dever de reparação dos danos morais e/ou materiais ocasionados decorrente da responsabilidade que é o dever jurídico de responder por atos lesivos (WINCK;

Muito se fala da responsabilidade médica mas o enfermeiro obstetra que assumiu o direito de assistir o parto normal também é responsável pelas falhas da assistência tendo em vista que nenhum profissional deve considerar-se infalível (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012). O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) dispõe no artigo 38 que o Enfermeiro é responsável pelas faltas cometidas em atividades profissionais próprias e/ou da sua equipe (COFEN, 2007). Todos os profissionais envolvidos na assistência do parto respondem por seus atos, não existindo elementos livres de responsabilização (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012). O CC de 2002, em seu art. 186, dispõe que *“Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”* (BRASIL, 2012). A natureza da responsabilidade legal do Enfermeiro Obstetra é contratual e sua obrigação é de meio, assim como a do médico, pois há o compromisso de prestar o serviço com prudência e diligência para atingir um resultado, sem se vincular a obtê-lo. Para seu cumprimento, ele deve utilizar de todos os meios materiais, técnico-científicos, éticos e morais evitando expor a parturiente e o nascituro a riscos desnecessários (WINCK; BRUGGEMANN, 2010). Em sendo contratual, tem que haver consentimento pois contrato é convergência de vontades (CAMILO; SMANIO, 2015) (VENOSA, 2005).

Os danos provocados podem ser materiais e/ou morais, decorrer de conduta omissiva ou comissiva e, quanto à intenção, culposos ou dolosos. Consequentemente, podem caracterizar infrações administrativa, ética, civil e penal (WINCK; BRUGGEMANN, 2010).

Na infração administrativa, o profissional da saúde responde à instituição de saúde em que está vinculado a qual também pode ser responsabilizada. O Código de Defesa do Consumidor (CDC), no art. 14, considera que existe uma relação de consumo entre a instituição e o cliente, pois ela é uma prestadora de serviços (WINCK; BRUGGEMANN, 2010).

Na infração ética do Enfermeiro, a apuração e consequente punição são realizadas pelos Conselhos de Enfermagem (COREN e COFEN). São casos de ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância ao CEPE, conforme disposto no art. 113 (COFEN, Resolução 311/2007). A infração, seja por parte dos profissionais de Enfermagem, seja por parte das instituições de saúde no que diz respeito ao atendimento e cuidados da equipe de Enfermagem, deve ser denunciada ao COREN. A denúncia pode ser feita por qualquer pessoa que julgue tê-la presenciado e deve ser elaborada com base no art. 22 do CEPE. Apurados os fatos e sendo instaurado o processo ético-disciplinar, serão cumpridas as etapas processuais e, por fim, será julgado em sessão plenária composta pelos Conselheiros (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). As conciliações entre as partes são possíveis em qualquer fase do processo, exceto em ocorrências que envolvam óbito (art. 23 § 1º do CEPE). As penalidades previstas são: advertência verbal, multa,

censura, suspensão do exercício profissional e cassação do direito ao exercício profissional (artigo 118, CEPE). Em caso de cassação, o processo é encaminhado ao COFEN que possui competência para julgá-lo. Em recente informativo do COREN-SP, verifica-se que entre os anos de 2012 e 2015 o número de sindicâncias envolvendo profissionais de Enfermagem aumentou em mais de 300% em relação aos anos anteriores mas este número está aquém da realidade devido à subnotificação (COREN, 2016).

Na infração civil, surge a obrigação de reparação de acordo com o art. 927 do CC, que pode ocorrer judicial ou extrajudicialmente. Os atos danosos podem decorrer de culpa ou dolo. Havendo culpa, verifica-se se é decorrente de negligência (omissão, inércia, inobservância dos deveres) ou imprudência (falta de cautela manifestada na conduta comissiva, intempestiva e insensata) (WINCK; BRUGGEMANN, 2010).

Na infração penal, a via utilizada para reparação é sempre a judicial. As condutas puníveis devem estar descritas na legislação penal. Também podem ser dolosas ou culposas. De acordo com o delito praticado, a ação penal será pública incondicionada, pública condicionada, ou privada. Na ação pública incondicionada, havendo indícios da autoria e materialidade do fato, o Ministério Público (MP) deve propor a ação, por meio da denúncia e manter sua condução até a decisão final; não necessita de quaisquer manifestações ou autorizações da vítima; é a regra nas ações penais. Exemplo, art. 129, § 6º do Código Penal (CP): crime de lesão corporal culposa (BRITO; FABRETTI; LIMA, 2014) (EQUIPE RT, 2013). Na ação pública condicionada o MP necessita de uma autorização da vítima ou de outra autoridade (requisição do Ministro da Justiça); neste caso, o interesse da vítima deverá ser seriamente considerado, mesmo em se tratando de um crime público. Por exemplo, art. 147 do CP: crime de ameaça (BRITO; FABRETTI; LIMA, 2014) (EQUIPE RT, 2013). A ação penal privada depende exclusivamente da ação da vítima que faz a acusação através da queixa-crime; o interesse privado sobrepõe ao coletivo, pois a “vítima poderá preferir o sigilo do fato à condenação do criminoso, pelos prejuízos morais e sociais que a exposição dos acontecimentos e os incômodos de um processo poderão causar”. Trata-se de uma exceção e deverá ter previsão na lei penal ou legislação especial, por exemplo, art. 140 do CP que prevê o crime de injúria (BRITO; FABRETTI; LIMA, 2014) (EQUIPE RT, 2013).

“A tipificação de determinadas condutas como ilícitos penais (...) demonstram a relevância que alguns bens jurídicos possuem em certas comunidades” (BRITO; FABRETTI; LIMA, 2014). Neste contexto, pergunta-se: a Violência Obstétrica é crime? Sim, na Argentina e Venezuela. No Brasil, não (BRITO; FABRETTI; LIMA, 2014) (SÃO PAULO, 2015). No Brasil, ainda não há a lei penal que tipifique a Violência Obstétrica. Compete privativamente à União legislar sobre Direito Penal, em conformidade com o art. 22, da Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88) (EQUIPE RT, 2017). Aplica-se o brocado jurídico “*Nullum crimen, nulla poena sine lege*”, ou seja, “não haverá crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal”

- CF/88, art. 5º, inc. XXXIX, e CP art. 1º (EQUIPE RT, 2017). Desta forma, para que a VO seja penalmente punida, seus atos são individualizados em diversas condutas criminais como, por exemplo, ameaça, lesão corporal, dentre outras, previstas pela legislação penal pois, de acordo o Princípio da Legalidade, a lei deve definir com precisão e de forma cristalina a conduta proibida (MICHAELIS, 2016).

Embora possa ocorrer em qualquer momento da gestação até o puerpério, a VO predomina durante o parto e pós-parto, haja vista a situação de extrema vulnerabilidade da mulher (SÃO PAULO, 2015) que é entendida por “qualidade ou estado do que é vulnerável; suscetibilidade de ser ferido; característica de algo que é sujeito a críticas por apresentar falhas ou incoerências; fragilidade” (MICHAELIS, 2016). A maternidade é um momento angustiante para a mulher vivenciada como o início de um novo ciclo, repleto de expectativas, medos e sofrimento. A este quadro somam-se falta de vínculo com o profissional da saúde, desconhecimento do tipo de assistência prestada, desconhecimento de seus direitos sexuais e reprodutivos e do processo fisiológico do parto agravando sua situação de vulnerabilidade (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006). Diante disto, necessário o resgate do acolhimento da mulher, do cuidado respeitoso, orientação desde o pré-natal preparando-a física, social e emocionalmente para participar efetivamente do seu parto normal ou cesariana, e puerpério (SILVA et al, 2014) (BRASIL, 2015).

A OMS indica normas de boas práticas para o parto que garantem o direito à dignidade da pessoa humana e alerta para os riscos que intervenções desnecessárias possam causar à mãe e ao bebê (BRASIL, 2015). A humanização do parto, mais que uma escolha, é um direito conquistado – art. 1º, inc. III da CF/88 (BRASIL, 2015) (EQUIPE RT, 2013).

Mas para que a de violência obstétrica não ocorra, é fundamental investir no saber científico e no manejo do controle emocional dos profissionais. A confiança na equipe pela qual são assistidas é fator determinante para as mulheres terem uma experiência de parto positiva (SILVA et al, 2014). Tão importante quanto o conhecimento científico é o da responsabilidade legal da equipe obstétrica que contribui para a melhora da autoconfiança profissional e a consequente prevenção do erro, reforçando a necessidade de uma atuação comprometida, ética e criteriosa (BRASIL, 2015). Por outro lado, a gestante tem o direito à informação (SÃO PAULO, 2015). Desta forma, são elencadas algumas ferramentas já existentes que respaldam os obstetras e empoderam a mulher: Consentimento Informado, Plano de Parto, Cartão da Gestante, Partograma e Prontuário.

O Consentimento Informado é uma exigência ética e legal, que obriga o profissional a esclarecer o paciente sobre os procedimentos e tratamentos necessários e suas consequências, de forma clara e precisa e, em contrapartida, obter o consentimento informado correspondente (CORREA, 2015). A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) expõe que o princípio da autonomia enfatiza o importante papel que a mulher deve adotar na tomada de decisões com

respeito aos cuidados de sua saúde (CREMESP, 2016).

O Plano de Parto é um documento que deve ser desenvolvido durante o pré-natal, em conjunto pelo obstetra e gestante contendo as suas preferências para seu pré-parto, parto e pós-parto; serve de orientação aos profissionais de saúde que prestarão assistência à parturição (BRASIL, 2015). Trata-se de uma das recomendações feitas pela OMS para melhoria das condições do parto (SÃO PAULO, 2015) e deve ser entregue à equipe de saúde no momento da internação (SÃO PAULO, 2016).

O Cartão da Gestante é o instrumento que contém os registros das consultas do pré-natal, resultados de exames, vacinas e outras informações como, amamentação, cuidados para a gestante, mãe e bebê, planejamento reprodutivo, formando um histórico da gestação; é uma publicação dirigida aos profissionais e usuárias do SUS, cujo fornecimento é obrigatório; é informativa, explicativa, descriptiva e interativa (SÃO PAULO, 2015); é importante apresentá-lo na instituição de saúde quando for ocorrer o parto porque servirá de balizador do mesmo (BRASIL, 2015).

O Partograma é o registro gráfico da evolução do trabalho de parto e sua correta utilização auxilia o obstetra no diagnóstico de anormalidades que possam surgir justificando, inclusive, a indicação da operação cesariana (BRASIL, 2015); de acordo com a OMS, “a cesariana só deve ser realizada quando medicamente necessário...”; e, assim sendo, “uma cesariana pode efetivamente prevenir a mortalidade materna e neonatal...”; “o uso do Partograma em maternidades foi amplamente difundido pela OMS em 1994” (WHO, 2016).

O Prontuário é o registro das informações inerentes ao processo de cuidar necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência sendo responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem de acordo com a Resolução COFEN nº 429/2012. Deve ser minuciosamente preenchido, com todos os registros e relatórios tendo em vista que é um dos elementos mais valorizados quando da avaliação de um procedimento, podendo ser feito em suporte tradicional (papel) ou eletrônico (WINCK; BRUGGEMANN, 2010) (COFEN, 2012). É direito de todo paciente ou seu responsável legal, por si ou por advogado constituído, que pode solicitar sua cópia integral a qual deve ser cedida *incontinenti* (CREMESC, 2000).

4 | CONCLUSÃO

Ações educativas voltadas para a gestante e desenvolvidas principalmente pela enfermagem tem o condão de empoderá-la, dando-lhe condições físicas e emocionais para participar ativamente da parturição. A equipe de saúde deve estar capacitada a prestar um atendimento digno, respeitoso, holístico e humanizado, preservando a integridade física e emocional da mulher. A formação dos profissionais da saúde, a informação, o diálogo e a ética, garantem partos humanizados. Embora a VO não seja crime, não basta tipificar penalmente uma conduta e punir seus infratores para que a conduta desapareça. É necessária uma conscientização e desenvolvimento de

um trabalho conjunto, multiprofissional, profundo e sério, requerendo mudanças de comportamento para que a marca indelével do parto seja positiva.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; d'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas;

SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.11, p. 2287-2296, nov. 2013.

BITENCOURT, Cesar Roberto. **Tratado de direito penal**: parte geral. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. v.1. 954 p.

BRASIL. **Código civil brasileiro**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. 160p.

BRASIL. Ministério Público de Pernambuco. **Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos**. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015. Disponível em: <<http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

BRITO, Alexis Couto de; FABRETTI, Humberto Barrionuevo; LIMA, Marco Antônio Ferreira. **Processo penal brasileiro**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Atlas, 2014.

CAMILLO, Carlos Eduardo Nicoletti; SMANIO, Giampaolo Poggio. A iatrogenia e sua repercussão na responsabilidade civil do médico. In: SCALQUETTE, Ana Claudia Silva; CAMILLO, Carlos Eduardo Nicoletti (Coord.). **Direito e medicina**: novas fronteiras da ciência jurídica. São Paulo: Atlas, 2015. Cap.6, p. 77-92.

CARNEIRO, Rosamaria. Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor: sofrimento no parto e suas potencialidades. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 91-112, ago. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 311/2007, de 09 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em: 13 maio. 2016.

_____. Resolução COFEN nº 429/2012, de 8 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 2012 Jun 8. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 13 maio. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. São Paulo. Panorama do processo ético no Coren-SP. **Enfermagem Revista**, São Paulo, n.14, p.55-57, 2016. Disponível em: <http://www.corensp.gov.br/sites/default/files/revista_coren_sp_marco_2016.pdf>. Acesso em: 3 set. 2016.

CORREA, Márcia Maria de Barros. Direito de informação e consentimento informado. In: SCALQUETTE, Ana Claudia Silva; CAMILLO, Carlos Eduardo Nicoletti (Coord.). **Direito e medicina: novas fronteiras da ciência jurídica**. São Paulo: Atlas, 2015. Cap. 2, p.19-28.

CREMESC. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Manual de orientação ética e disciplinar**. 2a ed. rev. e atual. Florianópolis: 2000.

CREMESP. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de ética em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Cremesp; 2016. Disponível em: <<http://www.bioetica.org>>.

br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53&cod_publicacao=6>. Acesso em: 14 abr.2016.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. **Violência: um problema global de saúde pública** ... Division of Violence Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, WHO. Atlanta GA. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;11(Sup):1163-78.

EQUIPE RT. **RT Mini código 2017**: código penal, código de processo penal, constituição federal, legislação penal e processual penal. 18 ed. São Paulo: RT, 2017. 1296p.

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce .Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. Texto contexto - enferm. [online]. 2006, vol.15, n.1, pp.107-114. ISSN 0104-0707. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100013>>

MICHAELIS DICIONÁRIO BRASILEIRO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Melhoramentos. 2017. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. WHO/RHR, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017.

PÁDUA, Elizabeth Matallo Marchesini de. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 18 ed. rev. ampl. Campinas: Papirus, 2016. p. 139-142.

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo: DPESP, 2015. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2016.

_____. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Plano de Parto**. São Paulo: Artemis, 2016. Disponível em: <<http://www.warmis.org/images/Modelo-de-plano-de-Parto-Artemis-Defensoria.pdf>>. Acesso em: 29 fev.2016.

SILVA, Michelle Gonçalves da et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n.4, p. 720-728, 2014.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia , PEREIRA, Wilza Rocha. **Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT**. Rev. bras. enferm. [online]. 2006, vol.59, n.6, pp.740-744. ISSN 0034-7167. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000600004>>

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil. Teoria geral das obrigações e teoria geral dos contratos**. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2015. v. 2. 672p.

WINCK, Daniela Ries; BRUGGEMANN, Odálea Marira. **Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia**. Rev. Bras. Enferm. [online]. 2010, vol.63, n.3, pp.464-469. ISSN 0034-7167. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300019>>

WINCK, Daniela Ries; BRUGGEMANN, Odálea Maria; MONTICELLI, Marisa. A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 363-370, abr./jun. 2012.

ABSENTEÍSMO EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Thyciane Tataia Lins de Melo

UNINOVAFAPI

Teresina-PI

Ana Hévila Marrinho Bezerra

UFPB

João Pessoa-PB

Larisse Souza Cerqueira

Faculdade Pitágoras

Linhares-ES

Maria da Cruz Oliveira Ferreira Moura

UNB

Teresina-PI

Adriana Kirley Santiago Monteiro

UFPI

Teresina-PI

Laís Moreira Alves de Freitas

UECE

Teresina-PI

artigo trata de um relato de experiência, através da supervisão de enfermagem no Hospital Universitário de Brasília – HUB – UnB, no qual foi utilizado o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários da rede EBSERH – AGHU. O mesmo teve como objetivo identificar as causas do absenteísmo em atendimento ambulatorial, implementar ações para melhoria, bem como monitorizar sua efetividade. Foi realizada busca aos pacientes faltosos através do aplicativo AGHU, no mês de novembro de 2014, no qual 65 pacientes fizeram parte da amostra, que se deu por conveniência. Após identificação das principais causas do absenteísmo, foi realizado um plano de ação para resolução dos problemas, com data programada para resposta das ações. Para monitorização da efetividade das soluções implementadas foi realizado um estudo comparativo entre novembro de 2014 e o bimestre março-abril de 2015. Através do estudo comparativo observou-se que o percentual de absenteísmo ambulatorial diminui após a implementação das ações.

PALAVRAS-CHAVE: absenteísmo. gestão em saúde. tecnologia biomédica. assistência ambulatorial

**ABSENTEEISM IN AMBULATORY CARE:
A REPORT OF EXPERIENCE AT THE
UNIVERSITY HOSPITAL OF BRASILIA**

ABSTRACT: Absenteeism of users in public health services is a Brazilian reality that demands a broad and integrated approach to the management of the Unified Health System (SUS). Missing care is a missed opportunity to offer care to another individual who needs attention to their health, as well as wasting resources, suppressed demand and discontinuity in care. However, the article deals with an experience report, through nursing supervision at the University Hospital of Brasília - HUB - UnB, in which the Management Application for University Hospitals of the EBSERH - AGHU network was used. It aimed to identify the causes of absenteeism in outpatient care, implement actions for improvement, as well as monitor its effectiveness. Missing patients were searched through the AGHU application in November 2014, in which 65 patients were part of the convenience sample. After identifying the main causes of absenteeism, a problem-solving action plan was prepared, with a date scheduled for response. To monitor the effectiveness of the implemented solutions, a comparative study was conducted between November 2014 and the two-month period March-April 2015. Through the comparative study, it was observed that the percentage of ambulatory absenteeism decreases after the implementation of the actions.

KEYWORDS: absenteeism. health management. biomedical technology. outpatient care

1 | INTRODUÇÃO

O absenteísmo dos usuários nos serviços de saúde pública é uma realidade brasileira que demanda uma abordagem ampla e integrada da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento não realizado é uma oportunidade perdida de oferecer assistência a outro indivíduo que necessita de atenção a sua saúde, como também gera desperdício de recursos, demanda reprimida e descontinuidade no atendimento.

No âmbito da saúde pública, a discussão sobre absenteísmo em consultas e exames nos ambulatórios deve ser enfatizada já que traz, de maneira direta, desperdícios de recursos, estruturais e financeiros, à disposição do cidadão, além do custo social. A literatura internacional mostra que esta situação não é particularidade dos ambulatórios brasileiros.^{3,4,5,6}

A prática e o cuidado à saúde podem e devem ser atividades - fim e primordiais. Desta forma envolve uma variedade de aspectos a se considerar: o da arte, que trata da criatividade e da estética na saúde, o ético, que envolve respeito, compreensão entre os atores sociais envolvidos, e o da ciência, que trata do conhecimento e da pesquisa necessários às intervenções em saúde.¹¹

Poucos são os estudos brasileiros que abordam esse tema, principalmente se nos ativermos à percepção do usuário. Os estudos existentes nacionais e internacionais que buscam analisar as razões das faltas às consultas e exames referem como fatores determinantes a distância entre a data do agendamento e a

consulta/exame, esquecimento, dificuldade de liberação do trabalho e de locomoção, paternidade, melhora do sintoma que ocasionou o agendamento e atendimento médico prévio sem que seja agendado, além de relatos do usuário não ter sido avisado da marcação.^{1,7,8,9,10,11,12,13}

O objetivo deste artigo é identificar as causas do absenteísmo em atendimento ambulatorial, implementar ações para melhoria, bem como monitorizar sua efetividade.

2 | METODOLOGIA

O artigo trata de um relato de experiência, através da supervisão de enfermagem no Hospital Universitário de Brasília – HUB – UnB, no qual foi utilizado o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários da rede EBSERH – AGHU.

A busca aos pacientes faltosos foi realizada através do aplicativo AGHU (ANEXO A), no mês de novembro de 2014, no qual 65 pacientes fizeram parte da amostra, que se deu por conveniência, tendo em vista que o total de pacientes faltosos neste mês ultrapassou 4000 pessoas. Desta forma objetivou-se a busca fidedigna das causas.

Foi realizado o contato com os pacientes através de ligação telefônica, na qual foi aplicada a ferramenta de questionário (ANEXO B), para identificar as possíveis causas do absenteísmo ambulatorial.

Após identificação das principais causas do absenteísmo, foi realizado um plano de ação, bem como cronograma de negociação para resolução dos problemas, com data programada para resposta das ações.

Para monitorização da efetividade das soluções implementadas foi realizado um estudo comparativo entre novembro de 2014 e o bimestre março-abril de 2015.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da aplicação do questionário foi possível identificar as causas do absenteísmo ambulatorial, a saber:

Causa	Quantidade
<i>A máquina que realiza o exame quebrou e está em manutenção</i>	23
<i>Esqueceram da consulta</i>	14
<i>Não puderam esperar para serem atendidos;</i>	04
<i>Estavam viajando durante a consulta;</i>	02
<i>Falta de transporte, greve de ônibus;</i>	08
<i>O profissional responsável pela consulta/exame faltou</i>	05
<i>Não fizeram o preparo adequado</i>	09
Total	65

Tabela 1. Causas do absenteísmo ambulatorial, relatadas pelos pacientes em aplicação de questionário. 2014 – Hospital Universitário de Brasília-DF

Fonte: HUB-UnB

O absenteísmo nas consultas ambulatoriais é um dreno de recursos; dependendo da especialidade, há variação de 10,0 a 25,0%, com média de 14%.²

Durante o processo de aplicação de questionário observou-se algumas dificuldades encontradas no que diz respeito ao acesso às informações através dos pacientes, como desatualização dos números de contato, além disso, os pacientes em sua maioria, por se tratarem de pacientes de longa data do HUB, apresentaram dificuldade em lembrar porque não compareceram a consulta/exame. Outra dificuldade encontrada foi a falta do registro de telefone no sistema AGHU, o que aumentou o tempo de busca para conseguir o telefone da amostra coletada.

Após identificação das causas do absenteísmo ambulatorial foi construído um plano de ação, juntamente com cronograma de negociação para resolução dos problemas identificados com data programada para resposta das ações.

Problemas identificados	Resolução	Responsável	Data para resposta das ações
<i>Máquina que realiza o exame quebrou: tomógrafo Toshiba</i>	Realizar manutenção preventiva nos aparelhos necessários para realização de exames.	Engenheiro clínico	09/02/2015
<i>Pacientes esqueceram a consulta</i>	Confirmar consultas através de ligações telefônicas.	Central de marcação de consultas e exames	09/02/2015
<i>Pacientes não puderam esperar para serem atendidos por demora</i> <i>Profissional responsável por exame/consulta faltou</i>	Otimização do serviço. Cumprimento de carga horária do profissional responsável por consulta/exame. Compromisso com horário agendado.	Divisão médica; Setores responsáveis pela realização de exames: laboratório, iminologia, endoscopia, broncoscopia/colonoscopia, pneumologia, cardiologia, nutrição, fisioterapia	16/02/2015
<i>Não fizeram o preparo adequado</i>	Enfatizar orientações descritas no formulário entregue ao paciente no ato da marcação do exame. Profissional enfermeiro para implantar consulta de enfermagem no pré-exame.	Central de marcação de consultas e exames; Colonoscopia/Endoscopia/Broncoscopia	09/02/2015

Tabela 2. Cronograma de negociação para resolução dos problemas identificados, através das causas do absenteísmo ambulatorial. 2014 – Hospital Universitário de Brasília-DF

Fonte: HUB-UnB

As causas referentes a pacientes que estavam viajando durante a consulta e pacientes que faltaram por falta de transporte/greve de ônibus não há possibilidade de resolução pelo Hospital Universitário de Brasília, pois são inerentes a fatores externos.

Para monitorizar a efetividade das soluções implementadas foi realizado 01 (um) estudo comparativo entre o período utilizado para identificar as causas do absenteísmo ambulatorial- nov/2014 – e o período de mar e abr/2015, que compreende o período posterior à implementação das ações.

A busca foi feita através do demonstrativo mensal de estatística e faturamento/ HUB/EBSERH, fornecido pelo Serviço de Estatística e Faturamento. Esta deu-se por análise do quantitativo de consultas e exames ambulatoriais realizadas e o percentual de absenteísmo nos 2 períodos.

Em NOV/2014 o número de pacientes marcados e não atendidos totalizou **4.112** pacientes, no total de 17.985 pacientes marcados, apenas 13.873 consultas foram realizadas, alcançando dessa forma o percentual de **22,86%** de absenteísmo.

No mês de MAR/2015 esse número caiu para **3.569** pacientes marcados e não atendidos. Gerando um percentual de **20,64%** de absenteísmo. No mês de ABR/2015 o número de pacientes marcados e não atendidos foi de **3.267**, atingindo o percentual de **19,61%** de absenteísmo. Segue tabela para melhor visualização:

Período	Consultas/Exames marcadas	Consultas/Exames realizados	Abstenções	Percentual de absenteísmo
NOV/2014	17.985	13.873	4.112	22,86%
MAR/2015	17.289	13.720	3.569	20,64%
ABR/2015	16.664	13.397	3.267	19,61%

Tabela 3. Percentual de absenteísmo ambulatorial conforme demonstrativo mensal de estatística e faturamento. 2015 – Hospital Universitário de Brasília-DF

Fonte: Serviço de estatística e faturamento/HUB-Um

Foi constatada a taxa de absenteísmo nos atendimentos agendados (consultas e exames), variando de 10,0 a 30,0%. Com a otimização da gestão da agenda com confirmação de comparecimento, houve redução de 2,0 a 4,0% em 62,0% das especialidades, resultado das articulações do trabalho em rede e sensibilização dos gestores locais visando pactuações e uso de vagas de bolsões (corresponsabilidade entre os serviços).¹¹

No caso de não confirmação de presença antecipadamente, o serviço de saúde pode ofertar essa vaga de saúde.

Em estudo na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, relata ter reduzido o absenteísmo de 27,0 para 18,0% nos casos contatados pelo call center e aumento de 5,0% nas vagas canceladas. As ações desenvolvidas foram: implantação de uma central de confirmação de agendamento (call center), contatando os pacientes com 15 dias de antecedência e relembrando-os, via SMS, dois dias antes; gestão da fila de espera com implantação do overbooking para melhor aproveitamento das vagas; novos contratos para incrementar a oferta dos procedimentos; implantação de novos serviços de unidades fixas e móveis para realização de exames.¹²

A partir do estudo detalhado do demonstrativo foi possível identificar as clínicas que possuem os maiores percentuais de absenteísmo dentro do ambulatório. O cálculo foi realizado inicialmente pela soma das consultas e exames ambulatoriais marcados e dos pacientes marcados e não atendidos, em subsequência foi realizado o cálculo para alcançar o percentual de absenteísmo específico de cada clínica. O período para estudo foi ABR/2015, por ser o mais atual. Para melhor visualização foi confeccionada a seguinte tabela:

Consultas e exames ambulatoriais ABR/2015

CLÍNICA	Consultas/ exames marcados	Consultas/ exames realizados	Abstenções	Percentual Absenteísmo
CARDIOLOGIA	415	388	77	18,5%
ANESTESIOLOGIA	254	207	47	18,5%
CLÍNICA MÉDICA	356	251	105	29,4%
DERMATOLOGIA	1076	858	218	20,2%
DIP	260	209	51	19,6%
ENDOCRINOLOGIA	447	392	55	12,3%
GASTROENTEROLOGIA	416	336	80	19,2%
GENÉTICA	97	82	15	15,4%
GERIATRIA	210	178	32	15,2%
NEFROLOGIA	347	270	77	22,1%
NEUROLOGIA	238	213	25	10,5%
PNEUMOLOGIA	381	343	38	9,9%
SAÚDE COLETIVA	82	63	19	23,1
PSIQUIATRIA	571	432	139	24,3%
REUMATOLOGIA	540	486	54	10%
ONCOLOGIA CLÍNICA	384	381	3	0,7%
HEMATOLOGIA	87	76	11	12,6%
RADIOTERAPIA	88	88	0	0%
CIRURGIA GERAL	189	153	36	19%
CIR. PLÁSTICA	78	64	14	17,9%
NEUROCIRURGIA	47	39	8	17%
OFTALMOLOGIA	570	453	117	20,5%
ORTOPEDIA	156	138	18	11,5%
OTORRINOLARINGOLOGIA	807	584	223	72%
SAÚDE AUDITIVA	179	141	38	21,2%
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	149	118	31	20,8%
PROCTOLOGIA	211	158	53	25,1%
UROLOGIA	329	264	65	19,7%
CIR. TORÁCICA	127	126	1	0,7%
CENTRO DE CLÍNICAS PEDIÁTRICAS	1370	1110	260	18,9%
CENTRO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA	72	53	19	26,3%
GINECOLOGIA GERAL	584	437	147	25,1%
MASTOLOGIA	354	292	62	17,5%
PRÉ-NATAL	619	511	108	17,4%
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO PULMONAR	1556	1171	385	24,7%
FARMÁCIA	10	10	0	0%

SERVIÇO SOCIAL	488	445	43	8,8%
TERAPIA OCUPACIONAL	141	133	8	5,6%
FONOAUDIOLOGIA	383	289	94	24,5%
IMPLANTE COCLEAR	70	47	23	32,8%
PSICOLOGIA	673	428	245	36,4%
NUTRIÇÃO	325	254	71	21,8%
ENFERMAGEM	837	685	152	18,1%

Tabela 3. Percentual de absenteísmo ambulatorial por clínica/especialidade conforme demonstrativo mensal de estatística e faturamento. 2015 – Hospital Universitário de Brasília-DF

Fonte: Serviço de estatística e faturamento/HUB-UnB

Através de análise da tabela acima, foi possível identificar as especialidades que possuem maior número de absenteísmo por ordem decrescente de percentual: Psicologia, Implante Coclear, Clínica Médica, Cirurgia pediátrica, Ginecologia e Proctologia.

4 | CONCLUSÃO

Mensurar é instrumento imprescindível na administração dos serviços de saúde. O conhecimento das causas e a extensão das consequências permitem a tomada de decisões que levem à correção ou minimização de riscos que imputam no mínimo prejuízo econômico, e no caso do absenteísmo, o aumento das chamadas filas de espera.

Através do estudo comparativo observou-se que o percentual de absenteísmo ambulatorial apresentou acentuada redução após a implementação das ações. Dessa forma fica claro a importância da identificação das causas do absenteísmo, bem como a mobilização e responsabilidade mútua dos setores envolvidos em sanar os problemas identificados que dizem respeito ao sistema de saúde.

Assim, algumas mudanças no serviço podem ser benéficas para reduzir o absenteísmo, tais como: facilitar a desmarcação e o agendamento; ampliar as formas de comunicação da população com a unidade por meio de telefones e correio eletrônico; melhor gerenciamento e monitoramento de agenda dos profissionais; manutenção preventiva dos aparelhos indispensáveis a realização e exames, entre outros fatores que demandam ações simples para redução do absenteísmo.

A metodologia da pesquisa-ação demonstrou potencial para o enfrentamento de desafios na atenção em saúde - dentre os quais o absenteísmo -, já que aliou o conhecimento e a reflexão da realidade local com a possibilidade de construção das mudanças necessárias por parte dos atores envolvidos.

REFERÊNCIAS

A Gazeta [Internet]. **Faltas em consultas médicas chegam a 70% na rede pública.** Espírito Santo; 2011 [acesso em 2014 Dec 06]. Disponível em: http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2014/05/noticias/a_gazeta/dia_a_dia/847876-faltas-em-consultas-medicas-chegam-a-70-na-rede-publica.html.

Albieri FAO, André LDSM, Malaquias AK, Moreira RA, Fillipi Jr. J, Misso O, et al. Gestão de fila de espera da atenção BEPA 2014;13(152):19-32 página 32. **Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo/Bittar OJNV et al. especializada ambulatorial: resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro.** São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2014. (Relatórios de fila de espera e vagas ofertadas e SIGA-Saúde/SP)

Barron WM. **Failed appointments: Who misses them, why they are missed, and what can be done.** Prim Care. 2001;7(4):563-74.

Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. **Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica.** Revista Espaço para a Saúde 2010; 11(2):56-65.

Correio da Manhã [Internet]. **Doentes faltam mais às consultas e exames.** Portugal, Lisboa; 2012 [acesso em 2014 Dez 05]. Disponível em: <http://www.cmjornal.xls.pt/detalhe/noticias/nacional/actualidade/doentes-faltam-mais-as-consultas-e-exames>.

Ferreira J. **A saúde em comprimidos: influências socioculturais na interpretação de sintomas e terapias medicamentosas em uma vila de classe popular de Porto Alegre.** Saúde Debate. 2011;25(59):67-72.

Giacchero KG, Miasso AI. **Ambulatório de psiquiatria em hospital geral: caracterização da adesão de usuários ao agendamento.** Rev RENE. 2008 [acesso em 2015 Fev 04];9(2):20-7. <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/547>.

G1 [Internet]. **Falta às consultas marcadas gera prejuízo de R\$ 500 mil em Canoas, RS.** Rio Grande do Sul; 2012 [acesso em 2014 Dez 04]. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2012/06/falta-consultas-marcadas-gera-prejuizo-de-r-500-mil-em-canoas-rs.html>.

Husain-Gambles M, Neal RD, Dempsey O, Lawlor DA, Hodgson J. **Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals.** Br J Gen Pract. 2014;54(499):108-13.

Kwintner M. **When absence speaks louder than words: an object relational perspective on no-show appointments.** Clin Soc Work J. 2011;39:253-61. <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-011-0313-x>.

Perron NJ, Dao MD, Kossovsky MP, Miserez V, Chuard C, Calmy A et al. **Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: randomized controlled study.** BMC Fam Pract. 2010;11:79. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-11-79>.

Portal da Cidadania [Internet]. **Excesso de faltas em exames e consultas prejudica a saúde de Biguaçu.** Santa Catarina: Prefeitura Municipal de Biguaçu; 2011[acesso em 2014. Dec 05]. Disponível em: <http://www.bigua.sc.gov.br/excesso-de-faltas-em-exames-e-consultas-prejudica-a-saude-de-biguacu/>.

Van der Meer G, Loock JW. **Why patients miss follow-up appointments: a prospective control-matched study.** East Afr J public Health. 2008;5(3):154-6.

ANEXO A

Busca aos pacientes faltosos realizada através do aplicativo AGHU

The screenshot shows a web-based application for managing hospital agendas. The top navigation bar includes links for Patients, Internation, Prescription, Ambulatory, Exams, Suprimentos, Enfermagem, and Other Modules. The main search interface allows filtering by various criteria: Setor, Grade, Esp/Agenda, Equipe, Profissional, Pagador, Autorização, Condição Atendimento, Situação, and Retorno do Paciente. A search button labeled 'PACIENTE FALTOU' is present. The results table displays 4144 records, showing columns for Esp/Agenda, Grade, Data/Hora, Condição Atendimento, Situação, Prontuário, Paciente, Retorno, and Município. The data includes names like MIGUEL BATISTA DOS SANTOS, MAIRON DE SOUSA ARRUDA, and several entries for 'SANDRA GOMES DA FONSECA ALVES'. The bottom of the screen shows session time (28:19) and user information (LARISSE SOUZA CERQUEIRA).

ANEXO B

Ferramenta de Questionário

Regulação de Exames e Consultas - HUB									
Formulário para identificar a não realização de exame ou interconsulta									
Tipo de Procedimento para pacientes <i>AMBULATORIAL</i>:									
Consulta					Exame				
Especialidade:									
Nome do paciente:									
Nº do prontuário:									
Motivo da não realização:									
Paciente não fez o preparo adequado.									
Profissional responsável pelo exame ou consulta faltou. Qual profissional:									
Material que realiza o exame está em falta; Qual?									
Máquina que realiza o exame quebrou ou está em manutenção. Qual?									
Falta de transporte (não levaram o paciente internado)									
Paciente mudou de clínica e não foi avisado que tinha exame marcado.									
Outros									
Data:									
Responsável pelo preenchimento:									

APLICAÇÃO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATOOL-BRASIL) EM SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

Edenilson Cavalcante Santos

Médico pela Universidade Federal de Campina Grande. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba. Campina Grande-Paraíba.

Jória Viana Guerreiro

Nutricionista pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Doutor em Saúde Coletiva pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / FIOCRUZ. João Pessoa- Paraíba.

Nemório Rodrigues Alves

Enfermeiro pela Universidade Federal de Campina Grande. Residente Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió- Alagoas.

Hugo Ricardo Torres da Silva

Médico pela Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande-Paraíba.

Eclélio Cavalcante Santos

Médico pela UNIFACISA-Centro Universitário. Mestre em Ciência e Tecnologia Ambiental pela Universidade Federal da Paraíba. Campina Grande-Paraíba.

Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande-Paraíba.

do PCATool-Brasil, em relação aos atributos essenciais encontrados nesta ferramenta avaliativa. Aplicou-se a estratégia PRISMA na coleta e análise sistemática de conhecimento em bases de periódicos indexadas. Foi guiado pela questão norteadora: “quais são os resultados que estão sendo obtidos a partir da aplicação do PCATool-Brasil em suas três versões no tocante aos atributos essenciais?” Foram consultadas as bases CINAHL, LILACS e a biblioteca virtual SciELO, a partir da combinação dos descritores. Seguindo os critérios de exclusão e inclusão, analisaram-se sete artigos. Os resultados obtidos demonstram o atributo coordenação da atenção como sendo o mais bem avaliado, em contrapartida o atributo acesso apresenta os piores escores, implicando substancialmente na qualidade da Atenção Primária à Saúde. Pode-se constatar que os escores totais, produzido a partir da junção de todos atributos essenciais e derivados, em sua grande maioria são insatisfatórios, média $\leq 6,6$. Torna-se evidente a importância da ampliação de novos estudos e divulgações das estratégias e intervenções que priorizem a qualidade da Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação dos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo revisar sistematicamente e descrever os resultados obtidos a partir da aplicação

APPLICATION OF THE PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool-Brasil) IN HEALTH SERVICES OF PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: This study aimed to systematically review and describe the results obtained from the application of PCATool-Brazil, in relation to the essential attributes found in this evaluative tool. The PRISMA strategy was applied in the collection and systematic analysis of knowledge in databases of indexed journals. It was guided by the guiding question: "What are the results that are being obtained from the application of PCATool-Brazil in its three versions regarding the essential attributes?". CINAHL, LILACS and the SciELO virtual library were consulted from combination of descriptors. Following the exclusion and inclusion criteria, seven articles were analyzed. The results obtained demonstrate the attribute of coordination of care as the best evaluated, in contrast the attribute access presents the worst scores, implying substantially in the quality of Primary Health Care. It can be observed that the total scores produced from the junction of all essential attributes and derivatives, are mostly unsatisfactory, mean ≤ 6.6 . It is evident the importance of conducting new studies and dissemination of strategies and interventions that prioritize the quality of Primary Health Care.

KEYWORDS: Health Services Evaluation. Primary Health Care. Health Care Quality, Access, and Evaluation.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como um conjunto indissociável de elementos estruturantes, de valores e princípios (BRASIL, 2010). A partir do início da década de 1990, a APS tem se voltado predominantemente para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possui como objetivos principais a consolidação dos princípios dos Sistema Único de Saúde (SUS) bem como a reorganização do modelo de atenção à Saúde. A introdução, propagação e fortalecimento da APS no Brasil culminou com a produção de conhecimento sobre formas de avaliação da qualidade dos cuidados primários prestados à população.

Nesse ínterim, Starfield, Xu e Shi (2001) definem os quatro atributos essenciais para os serviços orientados ao modelo da APS: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Avaliar estes atributos é fundamental para que se compreenda a implementação dos programas e políticas de saúde. Outrossim, a partir de tais processos avaliativos pode-se mensurar a qualidade das ações e serviços em saúde que estão sendo ofertadas.

Com o exposto acima, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil) se apresenta como uma ferramenta elaborada nos Estados Unidos e validada em 2006 para aplicação no Brasil. Através dela, pode-se avaliar as interações no contexto da APS e medir aspectos relacionados ao processo de atenção e estrutura. É no território em que pode-se enxergar as diversas complexidades encontradas no cenário da APS. Deste modo, a avaliação deste nível de atenção constitui uma das melhores

formas de se coletar informações para os gestores e tem como intuito responder as interrogações que antecedem à tomada de decisão em saúde (BRASIL, 2010).

O PCATool-Brasil é encontrado em três versões autoaplicáveis: Criança, Adulto e Profissionais. A primeira deve ser aplicada aos pais das crianças ou cuidadores destas identificando, deste modo, quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento em saúde destas. A versão Adulto é utilizada para indivíduos maiores de 18 anos. E a versão Profissionais foi criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança (BRASIL, 2010).

A importância da implementação do PCATool-Brasil reside na inexistência de outras ferramentas avaliativas validadas que possam quantificar os atributos relacionados à APS, em diferentes serviços de saúde, produzindo *escores*. Com isto em mente e partindo da necessidade desse tipo de avaliação, buscou-se responder a seguinte indagação: quais são os resultados que estão sendo obtidos a partir da aplicação do PCATool-Brasil em suas três versões no tocante aos atributos essenciais?

Para tanto, o presente estudo tem como objetivo revisar sistematicamente e descrever os resultados obtidos a partir da aplicação do PCATool-Brasil, mediante estudos disponíveis na literatura nacional e internacional, em relação aos atributos essenciais encontrados nesta ferramenta avaliativa.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão sistemática da literatura onde objetiva-se descrever e analisar os resultados obtidos a partir da aplicação do PCATool-Brasil. Para alcance do resultado foi utilizado o instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), que consiste em ajudar os autores a melhorar o relato das revisões sistemáticas e meta-análises (MOHER et al., 2009). O PRISMA organiza a seleção dos estudos de revisão através de um fluxograma explicativo contendo os seguintes tópicos: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão.

Para nortear esta revisão, foi elaborada a seguinte questão: “quais são os resultados que estão sendo obtidos a partir da aplicação do PCATool-Brasil em suas três versões no tocante aos atributos essenciais?”

A partir dessa indagação, a coleta de dados se deu através de pesquisa por via eletrônica, no período de Junho a Julho de 2018 incluindo artigos publicados até Maio de 2018. O levantamento bibliográfico se deu através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram selecionadas as bases de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE). Somado a isso, também foi pesquisado na biblioteca on-line *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na base de dados *Cumulative*

Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) acessada por meio do Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para a localização dos estudos relevantes, que respondessem à pergunta de pesquisa, utilizaram-se de descritores indexados nos idiomas português, inglês e espanhol. A busca se deu através de combinações dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Avaliação dos serviços de saúde” “Atenção primária à Saúde” e “Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde”. E, por conseguinte, foram utilizados os seus correspondentes em inglês incluídos no *Medical Subjects Headings* (MeSH), sendo eles: “Health Services Evaluation”, “Primary Health Care” e “Health Care Quality, Access, and Evaluation”. Os descritores foram combinados com os operadores booleanos “E”, “OU”, “AND” e “OR”.

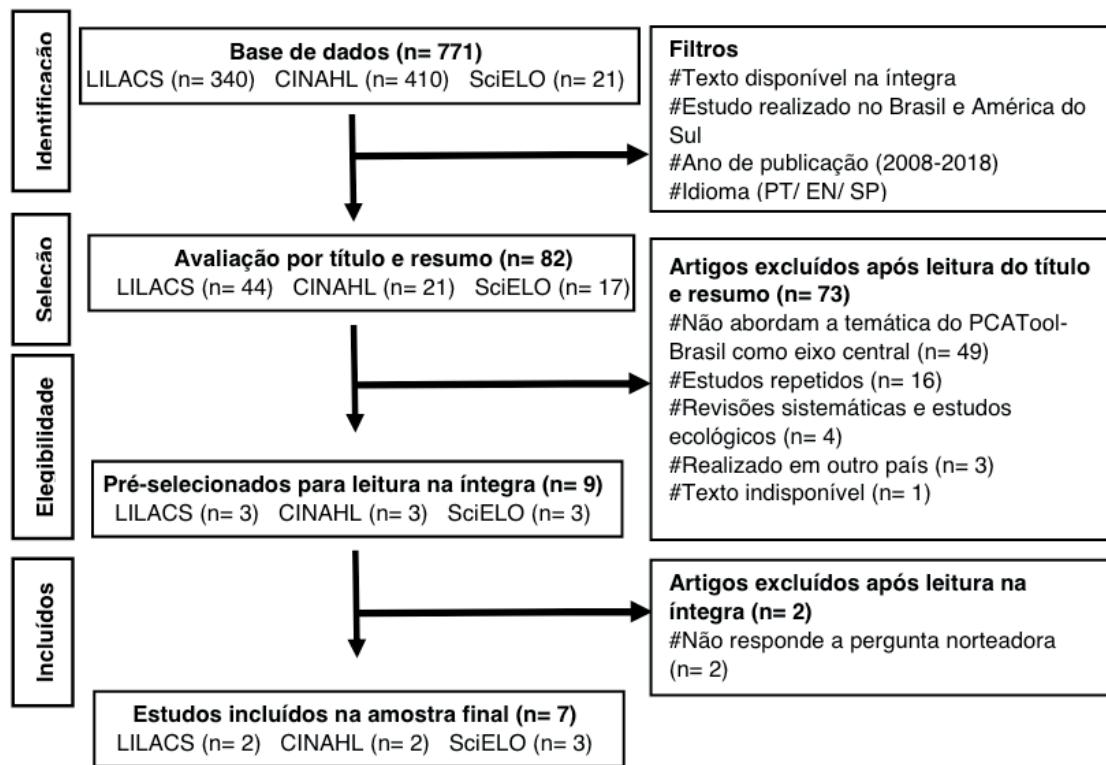
Os estudos recuperados a partir de estratégias de busca foram avaliados conforme o título e o resumo, identificando-se aqueles pertinentes ao tema proposto, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Nos casos em que os dados fornecidos não eram suficientes para definir a inclusão ou exclusão do estudo, o mesmo foi considerado para a pré-seleção, evitando-se desta forma exclusões equivocadas.

Após a leitura de títulos e resumos, dois revisores selecionaram os artigos para leitura na íntegra, tomando como referência a questão do estudo. Nos trabalhos em que geraram dúvidas, um terceiro pesquisador realizou a análise para definição por consenso sobre a classificação do mesmo, prevalecendo a opinião da maioria. Para a extração dos dados dos artigos e sua posterior organização, utilizou-se de um instrumento contendo as seguintes informações: Título, autor e ano, desenho do estudo, objetivos e principais resultados.

Para interpretação crítica dos artigos, procedeu-se às discussões entre os autores obtendo, ao final, consenso acerca do conteúdo apresentado. É válido ressaltar que o atual trabalho fez uso de informações de domínio público, acessadas na internet, e dessa maneira não se faz uso de dados que exijam o sigilo ético. Devido à heterogeneidade da metodologia dos estudos incluídos na revisão, não foi possível realizar meta-análise. Após arguta análise nos títulos, resumos e textos na íntegra, foram selecionados sete artigos científicos para compor a amostra.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da estratégia de busca empregada e por meio da aplicação dos DeCS obteve-se a recuperação de 771 pesquisas potenciais nos bancos de dados, entretanto, após a aplicação dos filtros somente 82 artigos estavam disponíveis na íntegra. Nesta revisão foram incluídos apenas trabalhos que elencavam pesquisas nacionais e internacionais onde foram aplicados os PCATool-Brasil como ferramenta da avaliação da APS nos estados brasileiros, como apresentado no Fluxograma 1.



Fluxograma 1. Descrição da estratégia de busca realizada para compilação dos estudos analisados na atual pesquisa, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão.

Fonte: Dados da Pesquisa, – Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

Após a leitura dos títulos, resumos e considerando os critérios de elegibilidade, observou-se que o número total de publicações selecionadas para a pesquisa reduziram-se ao total de sete artigos, a qual compõe a amostra da atual revisão sistemática. Os estudos elencados para nossa pesquisa estão nas respectivas base de dados LILACS (n=2), CINAHL (n=2) e SciELO (n=3).

É válido ressaltar que todos os sete artigos (100%) foram incluídos nesta revisão e estão organizados a partir de seu delineamento metodológico. Todas as pesquisas desta revisão atenderam a pelo menos 50% dos itens dos instrumento.

Após a estratégia de busca demonstrada no Fluxograma 1, todos os sete artigos continham em sua composição resultados a partir da aplicação do PCATool-Brasil em um determinado serviço de saúde. Abaixo pode-se observar no Quadro 1 a distribuição dos artigos selecionados para compor a amostra do estudo, segundo título, autor, ano, desenho do estudo, objetivos.

TÍTULO	AUTOR e ANO	DESENHO DO ESTUDO	OBJETIVOS
Primary care assessment from a male population perspective.	Silva et al. (2018) ⁴	Estudo descriptivo, abordagem quantitativa	Avaliar a Atenção Primária à Saúde, na perspectiva de usuários masculinos da Estratégia Saúde da Família.
Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children.	Araújo et al. (2018) ⁵	Estudo avaliativo, de abordagem quantitativa	Identificar presença e extensão dos atributos essenciais em serviços de atenção primária à saúde da criança com enfoque na avaliação de estrutura e processo.
Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde.	Maia (2017) ⁶	Tese de Doutorado	Avaliar a Atenção Primária à Saúde a partir de seus atributos, na perspectiva dos profissionais, por meio do <i>Primary Care Assessment Tool</i> .
Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children.	Baldani et al. (2017) ⁷	Estudo transversal, com abordagem quantitativa	Avaliar a associação entre a qualidade da atenção primária em saúde e o uso de serviços de saúde bucal por pré-escolares atendidos pela ESF, ajustada por determinantes sociodemográfico e necessidade percebida.
Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.	Harzheim et al. (2016) ⁸	Estudo quantitativo	Avaliar os limites e as possibilidades dos avanços obtidos na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro, desde a experiência dos usuários, tanto adultos como crianças.
Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy	Silva et al. (2015) ⁹	Natureza avaliativa, abordagem quantitativa	Avaliar os atributos da atenção primária à saúde quanto a acesso; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar e orientação comunitária na ESF, triangulando e comparando o ponto de vista de atores sociais implicados no processo assistencial.
Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros.	Turci et al. (2015) ¹⁰	Estudo descriptivo, abordagem quantitativa	Avaliar o desempenho da APS, por meio dos seus atributos, na opinião de gestores e profissionais de saúde.

Quadro 1. Descrição dos artigos selecionados em nossa amostra final (n= 7), segundo: título, autor e ano, desenho do estudo e objetivos.

Fonte: Dados da Pesquisa, – Campina Grande, PB, Brasil, 2018

Como descrito nos critérios de inclusão (filtros), somente teremos estudos realizados com a população brasileira, a grande totalidade de artigos foram publicados em revistas nacionais, com relevância internacional. Com relação ao idioma em que os artigos foram publicados a maioria estava indexada na língua portuguesa, um total de seis (85,71%) artigos, apenas um (14,28%) estavam disponíveis em língua inglesa. Dos sete artigos identificados observou-se que a grande maioria eram recentes, com ano de publicação inferior a uma década. Como apresentado no Quadro 1, todos

os artigos que compunham nossa amostra são estudos qualitativos, representando 100% da amostra com o tipo de estudo similar.

Após leitura dos artigos inseridos na revisão sistemática, e em decorrência da descrição feita no Quadro 1, pode-se verificar a predominância de construções semânticas semelhantes nos objetivos, dentre elas: Avaliar atributos da APS, Qualidade da APS, Desempenho da APS, Características organizacionais. Esses descritores presentes nos artigos selecionados para leitura na íntegra apontam para a convergência do assunto abordado.

Nota-se que a produção sobre o instrumento abordado (PCATool-Brasil) ainda é discreta, mesmo com tamanha importância na avaliação e desempenho da APS da saúde. Apesar dos artigos constituírem uma amostra relativamente pequena, a sua variedade é expressa nas diferentes versões (Criança, Adulto e Profissional) e denotam a capacidade multifacetada dos estudos relativos ao PCATool-Brasil.

A seguir, o Quadro 2 apresenta os escores médios obtidos em cada atributo, respeitando um intervalo de confiança de 95%. É válido ressaltar que, não houve diferença estatisticamente significativa para os escores quando realizada a comparação dos estudos que participam da nossa revisão.

ATRIBUTOS ESSENCIAIS	VERSÃO	ACESSO	LONGITUDINALIDADE	INTEGRALIDADE	COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO	ESCORE TOTAL
Silva et al. ⁴	Criança	8,6	6,1	6,1	6,9	6,6
Araújo et al. ⁵	Criança	8,6	6,1	6,1	6,9	6,3
Maia ⁶	Profissional	3,71	7,29	7,24	8,04	7,26
Baldani et al. ⁷	Profissional	4,56	6,24	7,55	6,95	6,61
Harzheim et al. ⁸	Adulto	4,26	6,27	4,02	6,57	5,77
	Criança	4,78	6,11	5,35	5,84	6,11
Silva et al. ⁹	Profissional	4,13	7,86	8,01	6,91	7,40
	Adulto	3,21	7,26	4,92	6,10	5,92
	Criança	4,87	6,66	6,50	6,88	6,21
Turci et al. ¹⁰	Profissional	4,5	8,3	8,3	7,8	7,5

Quadro 2. Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com o tipo de versão aplicada em cada estudo.

Fonte: Dados da Pesquisa, – Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

Com o propósito de homogeneizar as discussões, optou-se por analisar as médias referentes aos aspectos relacionados ao processo de atenção dos quatro atributos essenciais dos serviços da APS. Excluindo-se os demais atributos derivados

e os componentes relacionados à estrutura.

Já o escore geral da APS foi obtido pela média dos escores de todos os atributos da APS dividido pelo número de atributos. Entre as três versões existentes do programa, os escores que mais se destacaram na avaliação através da aplicação do instrumento foi a versão Profissional, todas apresentando média acima de $\geq 6,6$. Por enquanto, alerta-se para o possível declínio na qualidade da APS com enfoque nas versões Criança e usuário Adulto.

Após análise numérica dos dados pode-se verificar que atributos como longitudinalidade e coordenação da atenção apresentam os escores mais elevados e contribuem substancialmente para scores totais mais elevados, como confirmado por Harzheim et al. (2016) e Maia (2017).

3.1 Acesso

Constata-se que escore essencial da APS consiste num valor $\geq 6,6$. Quando o mesmo encontra-se num valor abaixo significa que os serviços de saúde avaliados não proporcionam os atributos em sua total extensão. A avaliação desse atributo é fundamental pois “o acesso propicia atenção oportuna para identificar e resolver os problemas dos pacientes, reduzindo a morbimortalidade. “A dificuldade de acesso se configura como um dos principais problemas dos sistemas de saúde” (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

No Quadro 2, pode-se observar que apenas os estudos de Silva et al. (2018) e Araújo et al. (2018) apresentam um escore superior ao ponto de corte, vale salientar que foram aplicados apenas a Versão Criança do PCATool-Brasil. Por outro lado, fazendo comparativo com a aplicação da mesma versão da ferramenta, observou-se que os trabalhos de Silva et al. (2015) e Harzhein et al. (2016) trazem escores bem inferiores: 4,87 e 4,78, respectivamente.

Quando se faz menção à aplicação da Versão Adulto, verifica-se que os escores são muito baixo, considerado insatisfatório. Silva et al. (2018) bem como Harzhein et al. (2016) evidenciaram em seus estudos os seguintes escores para essa aplicação: 3,21 e 4,26, respectivamente. “Destaca-se este resultado, pois não se trata apenas de insatisfação de usuários para com o atendimento, ele significa que a introdução da saúde da família não implicou necessariamente uma melhoria de acesso distanciando a ESF da reorientação do modelo de saúde preconizada nos discursos oficiais” (SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015).

O atributo acesso também foi avaliado pela aplicação da Versão Profissional. O maior escore encontrado foi no estudo de Baldani et al. (2017) totalizando 4,56. Entretanto, resultados ainda mais desfavoráveis puderam ser encontrados nos estudos de Turci, Lima-Costa e Macinko (2015); Silva, Baitelo e Fracolli (2015) e Maia (2017), sendo este último, o menor, 3,71.

Em suma, através dos resultados encontrados nesse atributo, orienta-se que é

preciso adorar medidas e estratégias que ampliem a acessibilidade dos usuários aos serviços componentes da APS, para que lhe sejam garantidos o direito à Saúde e que suas demandas possam ser atendidas.

3.2 Longitudinalidade

A continuidade do cuidado oferecido ao paciente da APS apresenta uma trajetória de qualidade com escores $\geq 6,6$, como demonstrado por Turci, Lima –Costa e Macinko (2015), confirmado por Silva et al. (2018) e Maia (2017). Estudo canadense mostrou que a principal característica da prática médica a influenciar a longitudinalidade foi o número de pacientes atendidos/hora, que quando superior a 3,4 traz prejuízo. Quanto menor o tempo do médico na UBS, maior será a pressão da demanda por atendimentos e, consequentemente, maior o número de atendimentos por hora, portanto a presença do médico por mais tempo propicia a longitudinalidade (HARGGERTY et al., 2008). Dessa maneira, Turci, Lima-Costa e Macinko (2015) reforçam a importância do profissional médico por um período superior a 30 horas, bem como o suprimento adequado de medicamentos, maior solicitação de exames estão associados a um acréscimo importante nos escores do atributo longitudinalidade,

Avaliando a aplicação do instrumento em Profissionais, houve concordância na avaliação alta para Longitudinalidade. Pois como demonstrado no estudo de Silva et al. (2018), e em Silva, Baitelo e Fracolli (2015) a longitudinalidade associa-se a faixa etária, quanto maior a idade dos participantes, melhor a avaliação.

Para além, Silva et al. (2018) ainda afirmam que tal atributo possui forte relação com o Acesso de Primeiro Contato, o que implica no escore desse atributo pelo reconhecimento do usuário como sujeito que fala, julga e deseja. Maia (2017) reforça que tal atributo pode ser fortalecido à medida que o vínculo na equipe e comunidade forem mais fortes.

Em contrapartida, analisando as quatro aplicações da versão Criança para o atributo longitudinalidade pode-se observar uma divergência abrupta desse escore, o que reflete a avaliação insatisfatória dos usuários pela fragilidade do serviço.

3.3 Integralidade

Os escores que são encontrados na Quadro 2 que dizem respeito ao atributo Integralidade foram maiores que os atribuídos ao acesso. A integralidade, nesse aspecto, se refere à oferta de serviços do ponto de vista biopsicossocial do processo de saúde-doença exemplificada pela execução de ações de promoção, prevenção, de cura e reabilitação, incluindo-se os encaminhamentos para os demais serviços (HARZHEIM et al., 2016). Ela está associada à qualidade, eficiência equidade e redução de morbidade (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

Os estudos que trazem a aplicação do PCATool-Brasil versão Profissional foram os que mostraram os maiores escores respectivamente: Turci, Lima-Costa e Macinko

(2015) com escore de 8,3; Silva, Baitelo e Fracolli (2015) 8,01; Baldani et al. (2017) 7,55 e Maia (2017) 7,24. Vários autores discutem a principal limitação da aplicação da ferramenta para profissionais é a subjetividade das respostas que geralmente são baseadas na experiência de cada profissional e sua relação com o processo de trabalho.

Por outro lado, a avaliação desse mesmo atributo com aplicação da Versão Adulto trouxe outros resultados considerados insatisfatórios. Harzheim et al. (2016) evidenciaram um escore de 4,02 e concomitantemente Silva, Baitelo e Fracolli (2015) 4,92. Dessa maneira, torna-se importante salientar que ainda é possível perceber a influência que o modelo de atenção à saúde individualista e curativo, anterior ao que a APS se propõe a estabelecer, é forte e surge em detrimento da integralidade.

Quando aplicada a Versão Criança da mesma ferramenta, observou-se o menor escore 5,35 no estudo de Harzheim et al. (2016), seguido por 6,1 nos trabalhos de Araújo et al. (2018) e Silva et al. (2018) e 6,50 no de Silva, Baitelo e Fracolli (2015). Tais escores podem estar relacionados pelas ações de promoção e prevenção ainda estarem pautadas em práticas tradicionais que não efetivam a integralidade. É importante salientar a necessidade da reflexão sobre o processo de trabalho e incluir as questões que envolvem a integralidade do cuidado no cotidiano do trabalho.

3.4 Coordenação da atenção

Definido por Starfield (2002) como sendo alguma forma de continuidade, seja pelo mesmo profissional seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado.

Dentre os atributos avaliados, ela representa o com menor frequência absoluta de escores baixos, sendo somente evidenciados em dois estudos. No estudo de Harzheim et al. (2016), ele demonstra que tais quedas nos escores do atributo estudo se dá mediante ao baixo acesso apresentado na Unidade onde o estudo foi desenvolvido.

Ademais, na grande maioria dos estudos a coordenação se mostra de maneira positiva e que agrega vantagens na APS. Araújo et al. (2018) aponta três funções essenciais nas quais devem ser apresentadas à APS com a finalidade de que a coordenação seja efetiva: organização dos fluxos e contra fluxos dos usuários pelas diversas áreas de atenção, responsabilização pela saúde e o acompanhamento dos usuários em qualquer nível de atenção à saúde em que estejam, e resolução da maioria dos problemas da população dentro do sistema de saúde.

Salienta-se que em nossa pesquisa a análise isolada do atributo coordenação mostrou escore satisfatório, no entanto ainda precisa ser fortalecida.

3.5 Escore total

O escore total é calculado pela média dos escores dos atributos divididos pela quantidade de atributos que estão sendo avaliados. Observou-se nos estudos que o atributo “acesso” contribuiu negativamente no cálculo do escores totais. Notou-se também que na nossa amostra dos cinco escores que foram $\geq 6,6$, quatro foram calculados à partir da aplicação da Versão Profissional do PCATool-Brasil e apenas um estudo à partir da Versão Criança.

Os estudos de Silva, Baitelo e Fracolli (2015), Harzheim et al. (2016) e Araújo et al. (2018) nos mostram valores aproximados ao considerado aceitável, correspondendo respectivamente a: 6,21; 6,11 e 6,3. Quando aplicada a Versão Adulto, encontra-se escores total com valores $\leq 5,92$ demonstrando que os serviços de saúde avaliados não proporcionam os atributos em sua total extensão. Isso revela que em diferentes locais a ESF ainda não dispõe de orientação necessária aos atributos da APS.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados expostos, este trabalho mostra um discussão minuciosa sobre os principais resultados dos atributos essenciais e escore total da APS em diferentes contextos, sob a ótica da aplicabilidade do PCATool-Brasil em suas três versões validadas no país. Tal estudo levou em consideração os diferentes locais e as diversas perspectivas de diferentes atores sociais.

Desse modo, verificou-se uma variedade heterogenia nas distribuições dos escores dos atributos da APS, sendo estes resultados relacionados diretamente pela versão aplicada, bem como as particularidades dos locais onde foram aplicados os instrumentos. Uma vez que se evidenciou uma prevalência de baixos escores totais, o que indica uma inadequada qualidade da APS desenvolvida nos serviços pesquisados, torna-se evidente a importância da ampliação dos estudos e divulgações das estratégias e intervenções que priorizem a qualidade da APS em nosso meio.

Os impasse que surgem nas discussões sobre os atributos essenciais da APS são passíveis de melhorias, quando os usuários se posicionam como contribuintes na construção de alternativas, pois somente dessa maneira podemos proporcionar avanços na produção do cuidado e gestão dos serviços de saúde. Usuários Colaborar

Algumas recomendações podem ser feitas no sentido de melhorar a qualidade da APS, permitir uma maior facilidade ao acesso dos usuários ao serviço e aumento no vínculo entre equipe e usuários, de modo a ampliar o quadro de ações disponíveis nas APS, dentre elas: Fortalecer o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e o viabilizar a implantação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família; estender o horário de funcionamento das unidades.

É importante pontuar que trata-se de um estudo com caráter inédito por realizar um análise sobre pontos fundamentais para uma boa qualidade e gestão da APS, nos

proporcionando uma visão ampliada sobre o cuidado. Por fim, dentre as limitações deste estudo destacamos: a delimitação nacional do mesmo, o que impossibilita aferições mais específicas de cada atributos a respeito dos seus escores e sua interpretação.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Juliane Pagliari et al. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 3, p.1366-1372, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569..>
- BALDANI, Márcia Helena et al. Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 11, p.1-8, 21 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00158116>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool– Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- HAGGERTY, J. L. et al. Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. **The Annals of Family Medicine**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.116-123, 1 mar. 2008. Annals of Family Medicine. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.802>.
- HARZHEIM, Erno et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1399-1408, maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>.
- MAIA, Ludmila Grego. **Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde**. 2017. 92 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7824/5/Tese%20-%20Ludmila%20Grego%20Maia%20-%202017.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2018.
- MOHER, David et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **Plos Medicine**, [s.l.], v. 6, n. 7, p.1-8, 21 jul. 2009. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
- SILVA, Abiúde Nadabe e et al. Primary care assessment from a male population perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 2, p.236-243, abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0651>.
- SILVA, Simone Albino da; BAITELLO, Tamara Cristina; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 5, p.979-987, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639>.
- STARFIELD B, XU J, SHI L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Fam Pract**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.
- STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; 2002.
- TURCI, Maria Aparecida; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 9, p.1941-1952, set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x001321>.

ARBOVIROSES: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Pós Graduando em Hematologia Clínica e Banco de Sangue pelo INCURSOS;
Teresina, Piauí;

Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa

Graduando em Medicina pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
Teresina, Piauí;

Jéssica Milena Moura Neves

Biomédica pela Uninovafapi
Teresina, Piauí;

Barbara Santos Accioly Calumby

Medicina pela FACID
Teresina, Piauí;

Anna Rasifa Soares Albuquerque

Medicina pela UFDPar
Parnaíba, Piauí;

Angela Nascimento da Silva

Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão
Santa Inês, Ma;

Ruth Brito Costa

Medicina pela FACID
Teresina, Piauí;

Thaís Cristine Lopes Pinheiro

Enfermagem - Universidade Estadual do Piauí
Teresina, Piauí;

Chiara de Aquino Leão

Graduação em Enfermagem pela Estácio
Teresina, Piauí;

Josiel de Sousa Ferreira

Farmácia / FACID WYDEN
Arame - Maranhão;

Deyna Francelia Andrade Próspero

Farmacêutica pelo Centro Universitário Santo Agostinho -UNIFSA
Teresina, Piauí;

Vanessa Soares Rocha da Silva

Enfermagem pela UFPI
Teresina, Piauí;

Luiz Fernando Pereira de Sá

Medicina pela UNINOVAFAPI
Teresina, Piauí;

Ionara da Costa Castro

Graduanda de Enfermagem pela Faculdade Pitágoras - ICF
Teresina, Piauí

Maria Bianca Nunes de Albuquerque

Bacharel em Enfermagem Faculdade Maurício de Nassau/Aliança.
Teresina, Piauí

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os arbovírus têm sido motivo de grande preocupação em saúde pública mundial. Esse conjunto é formado por diversos tipos de vírus que compartilham a característica de serem transmitidos por artrópodes, na sua maior parte por mosquitos hematófagos. O trabalho objetivou descrever os principais diagnósticos e tratamentos

usados nas arbovíroses. **Metodologia:** As realizações das buscas consistiram entre abril a junho de 2019, utilizou-se as bases de dados Scielo, ScienceDirect, Lilacs e PubMed com o recorte temporal de 2013 a 2018, onde ocorreu uma seleção criteriosa no que diz respeito a obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão. Com os descritores utilizados de modo associado e isolados foram Arbovirus”; “Tratamento”; “Diagnóstico” e “Sintomas”, em inglês e português. **Resultados e Discussão:** Foram encontrados 1020 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 43 obras, desses, foram lidos individualmente por cinco pesquisadores, na presença de discordâncias entre estes, um sexto pesquisador era consultado para opinar quanto à inclusão ou não do artigo. Ao final das análises, 9 artigos foram incluídos na revisão. **Conclusão:** Pode-se verificar diante da pesquisa que as arbovíroses representam um conjunto de doenças desafiadoras para a saúde pública. O combate às epidemias exige esforço e dedicação não apenas de profissionais da saúde, mas também de autoridades locais e, principalmente da população que deve estar sensibilizada a aderir às medidas de controle.

PALAVRAS-CHAVE: Arbovirus”; “Tratamento”; “Diagnóstico” e “Sintomas”

ARBOVIROSES: FROM DIAGNOSIS TO TREATMENT

ABSTRACT: **Introduction:** The arbovirus have been of great concern in global public health. This assembly is formed by different types of viruses that share the characteristic of being transmitted by arthropods, mostly by hematophagous mosquitoes. The study aimed to describe the main diagnoses and treatments used on arbovíroses. **Methodology:** The achievements of the searches consisted between April and June 2019, we used the databases Scielo, PubMed, Lilacs and ScienceDirect with temporal clipping from 2013 to 2018, where there was a careful selection in respect to works used for the development of this review. With the descriptors used so associated and isolates were “Arbovirus”; “treatment”; “Diagnosis” and “Symptoms”, in English and Portuguese. **Results and Discussion:** 1020 articles were found, however, after the exclusion of duplicate findings and incomplete, restricted to 43 works, these were read individually by five researchers, in the presence of disagreements between them, a sixth researcher was consulted for an opinion regarding the inclusion or not of the article. At the end of the analyzes, 9 articles were included in the review. **Conclusion:** You can check before the research that the arbovíroses represent a set of challenging diseases for public health. The combating epidemics requires effort and dedication, not only for health professionals, but also to local authorities, and especially of the population that must be sensitized to adhere to control measures.

KEYWORDS: “Arbovirus”; “treatment”; “Diagnosis” and “Symptoms”

INTRODUÇÃO

Observa-se nos últimos anos um grande aumento no número de doenças transmitidas por vetores culicídeos, tanto em região urbanas ou rurais, tornando-se

importante o estudo mais aprofundado e sistemático desse tipo de doenças, de sua transmissão terrestre e dos cuidados que deve-se tomar para seu controle. Nessas patologias, conhecidas como arboviroses, os mosquitos apresentam relevante destaque epidemiológico, por serem os principais vetores, por exemplo, da dengue, febre amarela, febre chikungunya, malária e, mais recentemente, zika vírus (SANTOS; RESENDE, 2017).

Os arbovírus têm sido motivo de grande preocupação em saúde pública mundial. Esse conjunto é formado por diversos tipos de vírus que compartilham a característica de serem transmitidos por artrópodes, na sua maior parte por mosquitos hematófagos. Os vírus mais importantes para a saúde humana são os transmitidos por culicídeos, sendo os principalmente dos gêneros *Culex* e *Aedes*, porém existe arbovírus transmitidos por outros artrópodes, como flebotomíneos e também em carapatos (DONALISIO; FREITAS; ZUBEN, 2017).

As arboviroses apresentam quadros de preocupação para saúde pública no Brasil, no entanto os programas voltados as arboviroses tem baixa participação para população, sem integração intersetorial e com pequena utilização do ferramentas epidemiológicas mostraram-se incapazes de controlar um vetor com elevada eficácia de adaptação ao ambiente criado pela urbanização. Há a preocupação e constantes sobre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde sobre as doenças causadas pelo *A. Aegypti* (PINTO et al., 2019).

A globalização e o aumento significativo do número de migrações internacionais, no qual os movimentos populacionais elevam os riscos de viajantes carrearem patógenos ainda não detectados em outras áreas, o que contribui sobremaneira para a emergência e reemergência das arboviroses. Nos últimos anos em território brasileiro, dentre as arboviroses que apresentam maior f, estão o Dengue (DENV), o Chikungunya (CHIKV) e o Zika (ZIKV). DENV e ZIKV pertencem à família Flaviviridae e o CHIKV está incluído na família Togaviridae. Os sinais e sintomas relacionados a estas arboviroses são bastante semelhantes, o que acaba interferindo no diagnóstico clínico preciso dessas doenças, além de serem transmitidas pelos mesmos vetores, *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* (BARRETO, 2018).

METODOLOGIA

O presente estudo tratara-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão de literatura. A pesquisa exploratória visa a proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo. Este tipo de pesquisa tem como meta tornar um problema complexo mais explícito ou mesmo construir hipóteses mais adequadas.

As realizações das buscas consistiram entre abril a junho de 2019, utilizou-se as bases de dados Scielo, Science Direct, Lilacs e PubMed com o recorte temporal de 2013 a 2019, onde ocorreu uma seleção criteriosa no que diz respeito a obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão. Com os descritores utilizados

de modo associado e isolados foram “Arbovírus”; “Tratamento”; “Diagnóstico” e “Sintomas”, em inglês e português.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro dessas buscas foram encontrados 1020 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 43 obras, desses, foram lidos individualmente por cinco pesquisadores, na presença de discordâncias entre estes, um sexto pesquisador era consultado para opinar quanto à inclusão ou não do artigo. Ao final das análises, 9 artigos foram incluídos na revisão, onde possuíam os descritores inclusos no tema e/ou resumo e foram incluídos porque melhor se enquadram no objetivo proposto.

Os arbovírus estão classificados nas famílias virais: Flaviviridae, Rhabdoviridae, Orthomyxoviridae, Reoviridae, Togaviridae e ordem Bunyavirales. De acordo com inquéritos sorológicos, isolamentos virais e análises moleculares, os arbovírus de maior relevância médica e veterinária (SILVA, 2018).

É importante destacar que a vigilância epidemiológica tem um papel importante no aprimoramento de atividades de prevenção e controle das doenças, a capacidade de detectar precocemente o aumento de epidemias e casos, além dos casos mais graves e a alteração no perfil epidemiológico. Portanto, faz-se necessário informações oportunas e consistentes, critérios de definição de casos e objetivos, diagnóstico laboratorial otimizado e profissionais de saúde com o conhecimento clínico da doença (BARRETO, 2018).

Dentre as arboviroses a dengue é considerada uma das mais prevalente, pois é um sério problema de saúde pública no mundo. A dengue alcança mais de uma centena de países em vários continentes na forma de epidemias que se repetem, prolifera-se em países com clima quente e úmido, tornando-se assim uma doença típica, onde as áreas mais afetadas são: Américas do Sul, Central e do Norte. Na América do Sul, o Brasil, Colômbia, Bolívia, Paraguai, Guiana Francesa, Suriname, Venezuela e Equador são as áreas mais atingidas (MAIA, 2017).

As manifestações clínicas ocasionadas pela infecção por arbovírus variam desde a doença febril leve a síndromes febris neurológicas, articulares e hemorrágicas. Com frequência, os quadros graves são identificados após circulação viral em extensas epidemias, muitas vezes expondo impacto imprevisível na morbidade e mortalidade, enquanto a ocorrência, até então, restringia-se a casos isolados ou pequenos surtos (DONALISIO; FREITAS; ZUBEN, 2017).

Estudos relataram que o zika vírus é altamente perigoso, pois a infecção que acomete mulheres grávidas pode ocasionar em algumas anormalidades fetais, entre elas a microcefalia. A transmissão vertical ocasionada pelo ZIKV de mulheres grávidas para o feto é responsável pela epidemia de microcefalia. Entretanto, em adultos não gestantes cerca de 1% das infecções podem resultar na Síndrome de Guillain-Barré,

onde ocorre um distúrbio inflamatório que causa paralisia flácida aguda (BARRETO, 2018).

O principal mecanismo de transmissão do vírus chikungunya é através da picada da fêmea hematófaga do vetor *Aedes aegypti* ou *Aedes albopictus*. Esse princípio de transmissão é denominado de ciclo epidêmico que pode ser mantido apenas pelo *A. aegypti* ou *A. albopictus*, estes são chamados de vetores antropofílicos responsáveis pela transmissão humano-mosquito-humano (BARRETO, 2018).

O aumento do fluxo de pessoas entre países tem sido determinante na introdução tanto do CHIKV quanto do ZIKAV nas Américas. A urbanização de forma rápida sem planejamento apropriado na maioria dos países em desenvolvimento, por exemplo, relaciona-se com o aumento das infecções por DENV, por expandir o habitat dos vetores primários, principalmente o *Aedes aegypti*, em áreas densamente povoadas. A circulação de vírus emergentes em áreas onde o mosquito transmissor é endêmico, o saneamento precário e a população totalmente suscetível permite exacerbar essa associação (NETO; NASCIMENTO; SOUSA, 2016).

Na lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) a atenção básica em saúde emerge como uma das vias de efetivação dos seus princípios, tratando-se de um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que tem como foco de atuação as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Assim, a atenção básica considera o sujeito em sua integralidade, complexidade e singularidade, como um ser inserido em uma realidade estratégica da Saúde da Família, priorizando, em um território, ações de saúde à realidade daquela população (SANTOS; RESENDE, 2017).

Na sua maior parte o diagnóstico da dengue é clínico e até o momento não existe tratamento específico para a doença. Dentro das unidades de saúde, são tratados apenas pacientes com sintomatologias presentes. De uma maneira geral a doença é autolimitada e em muitos casos encontra-se de forma imperceptível por seus portadores. A maior preocupação é que em alguns pacientes existe a chance de desenvolvimento para quadros graves o que ocorre após as manifestações clínicas iniciais (SILVA, 2017).

O repasto sanguíneo é realizado por meio do aparelho bucal, no qual é picador-sugador. No momento em que o sangue é sugado, a saliva é introduzida para os vasos sanguíneos dos hospedeiros parasitados, assim gerando várias reações como edemas, coceiras e rupturas na pele, onde pode ocasionar a infecções secundárias; além desses incômodos é nesse processo que os arbovírus são transmitidos (MAIA, 2017).

No geral a dengue se encontra-se na forma clássica em seus pacientes, com um simples quadro febril. No entanto, diferente de outros agravos semelhantes, a dengue pode assumir formas mais graves. diversos fatores podem contribuir para o agravamento da doença, como por exemplo as condições em que encontra-se o sistema imunológico do paciente, quadro de co-infecção, doenças de base como

diabetes, hipertensão e doenças autoimunes. O Diagnóstico das arboviroses apenas pela clínica do paciente é complexo por conta da semelhança entre elas na fase inicial. Portanto, o diagnóstico preciso das arboviroses requer auxílio laboratorial (SILVA, 2017; SANTOS; RESENDE, 2017).

Alguns exames de rotina podem auxiliar no diagnóstico nos casos de dúvida sobre a arbovirose suspeita. Segundo orientações constantes no Guia de Vigilância Epidemiológica, podem ser do tipo inespecífico (hemograma, coagulograma, contagem de plaquetas) e específico (pesquisa de anticorpos, antígenos, RNA viral e isolamento do vírus). Entre os exames sorológicos, a pesquisa do antígeno NS1 é o que oferece uma resposta mais rápida, em virtude de permitir a detecção viral a partir do primeiro dia de início de sintomas (SILVA, 2017; BARRETO, 2018).

CONCLUSÕES

Pode-se verificar diante da pesquisa que as arboviroses representam um conjunto de doenças desafiadoras para a saúde pública. O combate às epidemias exige esforço e dedicação não apenas de profissionais da saúde, mas também de autoridades locais e, principalmente da população que deve estar sensibilizada a aderir às medidas de controle.

O impacto das arboviroses na morbidade e mortalidade se intensifica à medida que extensas epidemias pressupõem grande número de indivíduos acometidos, com implicações sobre os serviços de saúde, principalmente diante da ausência de tratamento, vacinas e outras medidas efetivas de prevenção e controle.

Por fim, urge recuperar a ideia do controle vetorial como uma política de prevenção e promoção da saúde que não se restringe ao combate direto ao mosquito. Continuam não existindo estratégias mais eficientes e sustentáveis de controle do que melhorias sócio-sanitárias, que incluem aumento da cobertura do saneamento básico e redução das desigualdades em saúde.

REFERÊNCIAS

ABELINO-SILVA, V. I., & RAMOS, J. F. Arboviroses e políticas públicas no Brasil/Arboviruses and public policies in Brazil. *Revista Ciências Em Saúde*, v. 7, n. 3, p. 1-2, 2017.

BARRETO, V. P. *Análise da situação epidemiológica das arboviroses dengue, chikungunya e zika no estado do Rio Grande do Norte, Brasil*. Dissertação de Mestrado. Brasil. 2018.

DONALISIO, M. R., FREITAS, A. R. R., ZUBEN, A. P. B. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 1-6, 2017.

NETO, A. S. L., DO NASCIMENTO, O. J., DE SOUSA, G. D. S., DE OLIVEIRA LIMA, J. W. Dengue, zika e chikungunya-desafios do controle vetorial frente à ocorrência das três arboviroses-part II. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 29, n. 4, p. 463-465, 2016.

NETO, A. S. L., NASCIMENTO, O. J., SOUSA, G. D. S. Dengue, zika e chikungunya-desafios do

controle vetorial frente à ocorrência das três arboviroses-part I. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 3, p. 305-312, 2016.

MAIA, P. C. R. **Arboviroses no ensino de ciência e biologia: conhecimento, atitudes e práticas dos estudantes do Colégio Federal localizado no município de São Cristóvão-SE**. 2017.

PINTO, L. P. D. A. P., DA CRUZ, I. L. S., DIAS, T. D., HONÓRIO, N. A., DA CUNHA GONÇALVES, S. J., & MALECK, M. Extratos de Erva-de-Santa-Maria na saúde pública: controle do vetor de arboviroses. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 10, n. 1, p. 102-105, 2019.

SANTOS, M. R., RESENDE, F. A. A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE À AMEAÇA EPIDÊMICA DE ARBOVIROSES. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 5, n. 2, 2017.

SILVA, M. S. D. **Estudo de casos suspeitos de dengue negativos no teste sorológico para detecção do antígeno NS1: falha no diagnóstico ou emergência de outras arboviroses?** Dissertação de Mestrado. 2017.

SILVA, S. O. F. **Biodiversidade e interações ecológicas de Haemagogus (Diptera: Culicidae) nas situações de risco de transmissão de Arboviroses no Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Tese de Doutorado. 2018.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA MANUTENÇÃO DE UM POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA: REVISÃO INTEGRATIVA

Lindalva Alves de Oliveira

Centro Universitário Santo Agostinho Departamento de Enfermagem, Teresina- PI

Silvio Henrique Carvalho Reis

Centro Universitário Santo Agostinho Departamento de Enfermagem, Teresina- PI

Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Departamento de Enfermagem, Teresina –PI

Mauro Sérgio Mendes Dantas

Centro Universitário Uninovafapi, Departamento de Enfermagem, Teresina –PI

Elizama Costa dos Santos Sousa

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Departamento de Enfermagem, Teresina –PI

Tatyanne Silva Rodrigues

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Departamento de Enfermagem, Teresina –PI

Brisa Cristina Rodrigues Cardoso Magalhães

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Departamento de Enfermagem, Teresina –PI

Nayana da Rocha

Especialista em obstetrícia pelo ICONE, Floriano-PI

Lucas Sallatiel Alencar Lacerda

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Departamento de Enfermagem, Teresina –PI

Ioanda Gonçalves de Alencar Figueiredo

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Departamento de Enfermagem, Teresina-PI

Nelson Jorge Carvalho Batista

Centro Universitário Santo Agostinho Departamento de Enfermagem, Teresina- PI

RESUMO: Morte encefálica é um complexo processo que resulta em alterações fisiológicas e bioquímicas com consequente deterioração das funções respiratórias e circulatórias. Este processo transforma o potencial doador em um paciente crítico e instável. Desta forma é fundamental a rigorosa manutenção para preservar os órgãos em bom estado hemodinâmico e livre dos efeitos deletérios para que seja assegurada a viabilidade dos órgãos a serem captados. Assim objetivou-se analisar a produção científica sobre a atuação do enfermeiro na manutenção de um potencial doador de órgãos em morte encefálica. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com abordagem qualitativa, realizada no período de janeiro a novembro de 2018, através de consultas nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDENF, utilizando como descriptores: Morte encefálica, Doação de órgãos e Enfermagem. Os resultados mostraram que a assistência de enfermagem deve estar atenta aos indícios de um paciente em morte encefálica, essa percepção garante que seja feita um diagnóstico, notificação do caso e manuseio correto desse paciente. Agir como se estivesse cuidando de um cliente que ainda tem função cerebral, pode inviabilizar o transplante de diversos órgãos, impedindo a efetivação da doação. Quanto à ação do enfermeiro frente ao paciente com morte encefálica, o estudo

mostrou que existe a necessidade do diálogo com a equipe e com os familiares, bem como realizar o cuidado a família de forma humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Morte encefálica. Potencial doador. Doação de órgãos. Enfermeiro.

ABSTRACT: Brain death is a complex process that results in physiological and biochemical changes with consequent deterioration of respiratory and circulatory functions. This process transforms the potential donor into a critical and unstable patient. In this way, strict maintenance is essential to preserve the organs in good hemodynamic state and free of deleterious effects in order to ensure the viability of the organs to be collected. Thus, the objective was to analyze the scientific production on the nurse's role in maintaining a potential organ donor in brain death. It is an integrative review of literature with a qualitative approach, carried out from January to November 2018, through queries in the MEDLINE, LILACS and BDENF databases, using as descriptors: Brain death, Organ donation and Nursing. The results showed that nursing care should be attentive to the indications of a patient in brain death, this perception ensures that a diagnosis, case report and correct handling of this patient is made. Acting as if you were caring for a client who still has brain function, can make the transplantation of several organs impossible, preventing the donation from being effective. Regarding the nurse's action in relation to the patient with brain death, the study showed that there is a need for dialogue with the team and with the family members, as well as caring for the family in a humanized way.

KEYWORDS: Brain death. Potential donor. Organ donation. Nurse.

1 | INTRODUÇÃO

Morte, do latim *mors*, refere-se ao cessamento das atividades biológicas características e mantenedoras da vida em um organismo outrora considerado vivo. Em um organismo, este evento pode ocorrer em sua totalidade ou apenas em parte dele. Neste último caso, células ou mesmo órgãos morrem e ainda assim a vida continua a ocorrer. Antes do surgimento dos procedimentos de suporte básico de vida, como a reanimação cardíaca, a morte era baseada em disfunções respiratórias e circulatórias. O cérebro é o único órgão que não pode ser substituído ou mantido por meios tecnológicos. Dessa forma o que define vida ou morte hoje é a atividade cerebral (NÓBREGA, 2015).

Denominada como a parada total e irreversível do encéfalo e tronco encefálico, a morte encefálica (ME) é um complexo processo que resulta em alterações fisiológicas e bioquímicas com consequente deterioração das funções respiratórias e circulatórias. Para o diagnóstico deste quadro é necessário que o paciente apresente escore *Glasgow* equivalente a 3, causa do estado de coma, ausência de hipotermia ou mesmo indícios de atividade do tronco encefálico, além de não estar fazendo uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC) e apneia irreversível

(SILVA et al., 2016).

Pacientes que sofreram morte encefálica podem se tornar potenciais doadores e após o diagnóstico confirmado o processo para doação de órgãos tem início. Este processo “é definido como o conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em um efetivo.” (BISPO; LIMA; OLIVEIRA, 2016, p. 387). No Brasil a Lei nº 9.434 de 1997 regulamenta a retirada e o manejo de órgãos de cadáveres para fins terapêuticos. Além desta lei, a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.480 de 1997 estabelece as diretrizes para os procedimentos que envolvem a doação de órgãos e tecidos. No que concerne a enfermagem, a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 292 de 2004 estabelece que os profissionais da área podem compor as equipes transplantadoras e organizações de procura de órgãos (BISPO; LIMA; OLIVEIRA, 2016; SILVA et al., 2016).

O potencial doador (PD) é o indivíduo, com morte primeiramente encefálica diagnosticada, estabelecida e declarada nos termos da resolução do Conselho Federal de Medicina, de quem é possível retirar vários órgãos para serem doados como: pulmão, coração, córneas, pele, dentre outros. A Organização de Procura de Órgãos (OPO) deve fazer contato com a instituição hospitalar onde o PD encontra-se internado para obter informações importantes sobre o quadro clínico do mesmo. Tais informações devem abranger questões como: idade, estado hemodinâmico, causa do óbito e horário do diagnóstico da ME (NÓBREGA, 2015).

Com a parada da atividade encefálica é natural a falência dos múltiplos órgãos do organismo, sendo esta advinda da cascata fisiopatológica da ME. A partir daí inicia-se a manutenção do PD afim de preservar os órgãos de forma a torná-los viáveis para doação e transplante. Cada situação deve ser rigorosamente analisada e intervenções aplicadas para que cada órgão esteja hemodinamicamente estável e livre de danos que possam eliminá-lo da lista de doação. Para isso são necessários materiais e equipamentos de alta complexidade e precisão, bem como uma equipe habilitada a reconhecer e intervir em todas as alterações apresentadas pelo paciente.

Como membro ímpar deste complexo processo, o enfermeiro deve ter amplo conhecimento das repercussões fisiopatológicas da ME. Requerendo informações técnico científico que vai muito além daquele obtido na graduação. Alterações cardiovasculares, pulmonares, térmicas e endócrinas decorrentes da cascata fisiopatológica do fenômeno podem deteriorar progressivamente os órgãos do PD. O acesso a este saber permite o enfermeiro reconhecer precocemente tais alterações que podem vir a deteriorar os órgãos visados para doação. Com conhecimento técnico e científico é possível dispensar cuidados mais efetivos aos potenciais doadores, interferindo diretamente na melhoria do cenário dos transplantes (ARAÚJO et al., 2014).

Assim objetivou-se analisar a produção científica sobre a atuação do enfermeiro na manutenção de um potencial doador de órgãos em morte encefálica.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa realizada pelo método Revisão Integrativa (RI) e que envolve a sistematização e publicação dos resultados da pesquisa bibliográfica para que possam ser úteis na assistência à saúde, acentuando a importância da pesquisa acadêmica na prática clínica. Tem como propósito gerar um consolidado das publicações que descrevem as ações do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos em morte encefálica.

A revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicos (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, matérias e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (GIL, 2008).

A metodologia qualitativa tem a preocupação de analisar e interpretar aspectos mais aprofundados expondo a forma complexa do comportamento humano. Oferecendo análise mais detalhada sobre as averiguações tendenciais de comportamento, hábitos, atitudes, dentre outros (MARCONI; LAKATOS, 2011).

2.2 Bases de Dados

Utilizando a estratégia PICo (P=Paciente ou Problema, I=Intervenção, C=Comparação ou controle, o=Outcomes ou desfechos) foi traçada a seguinte questão norteadora: Qual a atuação do enfermeiro na manutenção de um potencial doador de órgãos em morte encefálica?

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de janeiro a novembro de 2018 utilizando como método de pesquisa a consulta direta de produções científicas do assunto disponíveis na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Morte encefálica, Doador de Órgãos e Enfermagem, com o operador booleano AND.

Utilizada para formular questões de pesquisa das mais diversas naturezas, a estratégia PICo possibilita a construção de uma questão adequada, bem como uma definição correta das evidências sendo estas necessárias para resolução da questão norteadora, evitando ainda buscas desnecessárias (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos artigos que estavam disponíveis na íntegra na plataforma da BVS, nos idiomas português e espanhol, dentro do recorte temporal de 2008 a 2018, que abordassem a temática explorada neste estudo. Foram excluídos artigos que não estavam disponíveis na íntegra na plataforma, aqueles que com idiomas diferentes dos acima citados, aqueles que não continham correspondências com os descritores utilizados e que não correspondiam ao objeto de estudo ou que não forneciam informações suficientes sobre o mesmo.

2.4 Análise de Dados

Realizou-se uma avaliação criteriosa dos estudos para a extração de informações e evidências necessárias a esta revisão integrativa. De forma sistemática os dados foram analisados e agrupados em categorias temáticas sendo elas: Conhecimento sobre morte encefálica entre os enfermeiros; Prestação da Assistência a pacientes com diagnóstico de morte encefálica potenciais doadores de órgãos; Dilemas éticos vivenciados na tomada de decisão frente a pessoa em morte encefálica e a família.

A seleção dos estudos foi realizada de forma independente e em duplo cego pelos autores deste trabalho. Os descritores foram cruzados nas bases de dados escolhidas através do operador booleano AND, escolhido por mostrar resultados mais precisos acerca do tema buscado. Dessa forma foram encontrados os artigos para elaboração dos resultados e discussões da pesquisa.

Utilizando as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e o Manual de Normatização e Estrutura do Trabalho de Conclusão de Curso do UNIFSA de 2015, os autores dos artigos foram devidamente referenciados, mantendo-a autoria dos artigos utilizados.

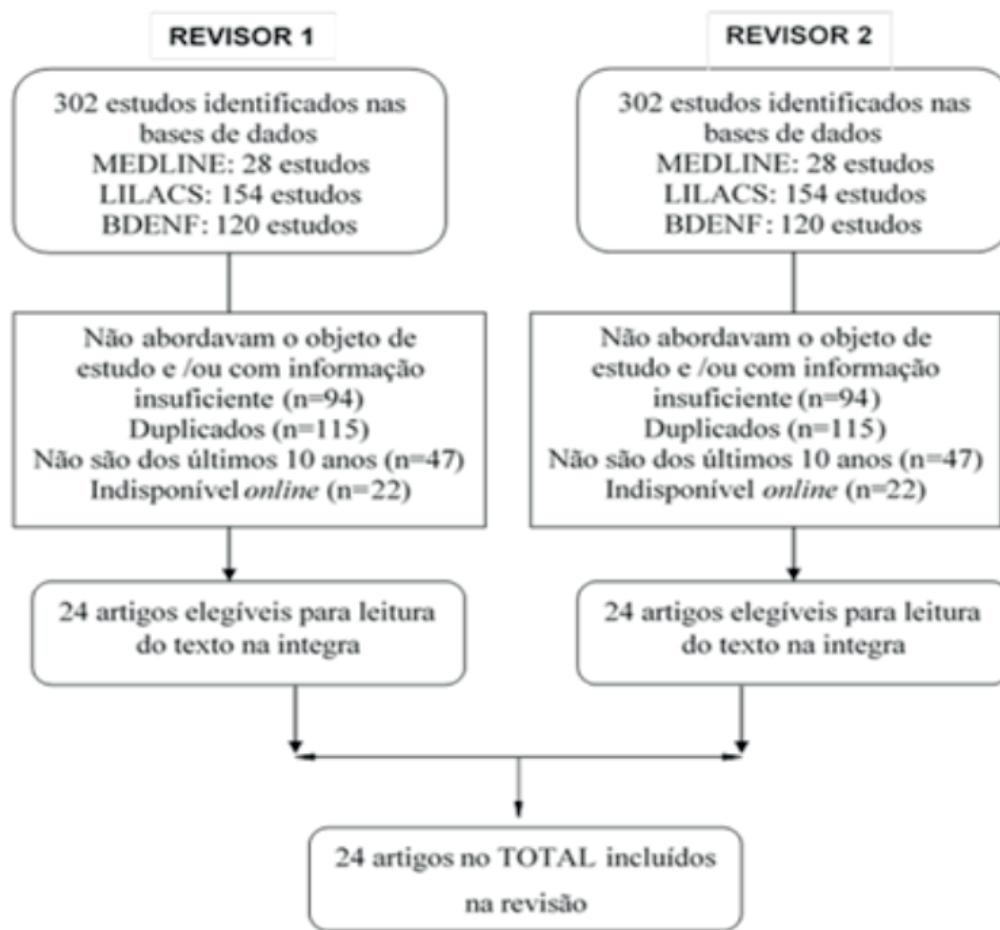


Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos *corpus* da pesquisa de revisão integrativa da literatura. MEDLINE/LILACS/BDENF, 2008-2018.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um levantamento das publicações relevantes ao tema foi feito durante a elaboração da pesquisa e foram encontrados um total de 302 estudos. Após este levantamento, utilizou-se os critérios de inclusão e exclusão para selecionar um número equivalente a 24 estudos para serem lidos na íntegra. Após leitura detalhada feita em dupla pelos autores desta pesquisa, obtiveram-se publicações refinadas de acordo com os objetivos do estudo e distribuídas em diferentes periódicos. A pesquisa foi realizada utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Morte encefálica, Doador de Órgãos e Enfermagem, realizando cruzamentos duplos dos mesmos. A síntese dos resultados obtidos nas bases de dados e das referências selecionadas está descrita na tabela abaixo:

Base de dados	Descritores cruzados	Referências obtidas	%	Referências selecionadas	%
MEDLINE	Morte encefálica AND Doação de órgãos	21	6,95	2	
MEDLINE	Morte encefálica AND Enfermagem	3	0,99	2	1,65
MEDLINE	Enfermagem AND Doação de órgãos	4	1,32	1	
LILACS	Morte encefálica AND Doação de órgãos	73	24,17	7	
LILACS	Morte encefálica AND Enfermagem	32	10,60	4	4,31
LILACS	Enfermagem AND Doação de órgãos	49	16,23	2	
BDENF	Morte encefálica AND Doação de órgãos	31	10,26	3	
BDENF	Morte encefálica AND Enfermagem	40	13,25	3	1,98
BFENF	Enfermagem AND Doação de órgãos	49	16,23	0	
TOTAL		302	100	24	7,94

Tabela 1 - Distribuição das referências obtidas e selecionadas nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDENF, segundo os descritores estabelecidos. Teresina, 2018.

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Na realização do cruzamento dos descritores obteve-se 302 estudos, após a filtragem ficaram apenas 24 (7,94%), desta amostra 5 estudos (1,65%) foram selecionados na base de dados MEDLINE, 13 estudos (4,31%) na base de dados LILACS e 6 estudos (1,98%) selecionados a partir da base de dados BDENF.

Os 24 estudos que compuseram o *corpus* da pesquisa foram analisados quanto ao idioma, área de publicação e tipo de estudo. Quanto ao idioma, estudos no idioma português sobrepujaram de forma importante os estudos no idioma espanhol. A maioria dos estudos foram publicados na área de enfermagem. No que diz respeito ao tipo de estudo, os de cunho quantitativo tiveram menor representatividade no *corpus* da pesquisa. A listagem dos artigos encontra-se no quadro I.

Base de dados	Idioma	Área	Tipo de estudo
MEDLINE	Esp.	Médico	Quali
MEDLINE	Port.	Enfermagem	Quali
MEDLINE	Port.	Enfermagem	Quali
MEDLINE	Port.	Enfermagem	Quali
MEDLINE	Port.	Enfermagem	Quali
LILACS	Port.	Enfermagem	Quanti

LILACS	Port.	Enfermagem	Quali
LILACS	Port.	Enfermagem	Quali
LILACS	Esp.	Médico	Quali
LILACS	Port.	Enfermagem	Quali
LILACS	Port.	Enfermagem	Quantitativo
LILACS	Port.	Enfermagem	Quantitativo
LILACS	Port.	Enfermagem	Quali
LILACS	Port.	Enfermagem	Quali
LILACS	Port.	Enfermagem	Quali
LILACS	Port.	Enfermagem	Quali
LILACS	Port.	Enfermagem	Quali
BDENF	Port.	Enfermagem	Quali
BDENF	Port.	Enfermagem	Quali
BDENF	Port.	Enfermagem	Quali
BDENF	Port.	Enfermagem	Quali
BDENF	Port.	Enfermagem	Quali
BDENF	Port.	Enfermagem	Quali

Quadro I - Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com as bases de dados, idioma, área de atuação e tipo de estudo. n=24. Teresina, 2018.

Esp.: Espanhol; Port.: Português; Quali: Qualitativo; Quantitativo: Quantitativo.

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

De acordo com o levantamento realizado nas bases de dados, MEDLINE, LILACS e BDENF, foram encontradas produções ao longo do recorte temporal de 10 anos sobre a temática proposta por esta pesquisa.

Quanto ao periódico, percebeu-se uma quantidade superior de publicações pela Esc. Anna Nery no ano de 2012, e pela Acta Paul. Enferm. no ano de 2014. Esta última também, dentre os 24 estudos do *corpus* da pesquisa, foi a que mais publicou estudos dentro do recorte temporal definido nesta pesquisa, tendo esta publicações no ano de 2014 (8,3%) e no ano de 2017 (4,17%). Em seguida temos os periódicos Esc. Anna Nery, Ver. Bioét. e Rev. Enferm. UFPI com mais estudos publicados entre 2008 e 2018. Os demais periódicos se equiparam inferiormente em número de publicações ao longo do recorte temporal totalizando cada um 4,17% do total de estudos obtidos.

Após toda a análise dos dados coletados foi possível constatar que nos anos de 2012, 2014 e 2017 houve uma maior publicação de estudos sobre a temática. Constatou-se ainda que embora os demais anos tenham tido um número menor de publicações ainda sim houve estudos sobre o tema ao longo do período escolhido para esta pesquisa, com um breve intervalo entre o ano de 2008 e 2012 e sequencialmente

a partir daí até o ano de 2018.

Destes 24 artigos foram selecionados 10 para compor exclusivamente os resultados e discussões deste estudo. Portanto para a realização da análise e discussão dos dados identificados após leitura dos artigos, levou-se em consideração o enfoque temático, título do periódico/autor/ano/país de publicação, metodologia/nível de evidência e objetivo do estudo. Detalhes resumidos desta análise podem ser vistos no quadro abaixo.

Enfoque Temático	Periódico/Ano	Metodologia	Resumo
Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador.	Revista Gaúcha de Enfermagem /2018	Pesquisa qualitativa	Considerações sobre o papel e as responsabilidades do enfermeiro que atua em pacientes com ME e em programa de transplantes de órgãos e tecidos.
A enfermagem intensivista frente à doação de órgãos e a comunicação com a família: Uma revisão integrativa.	Revista Online de Pesquisa: Cuidado é fundamental / 2017	Revisão	Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos, evidenciarem o momento mais desgastante do processo e verificar a associação de variáveis com a experiência vivenciada pelos familiares.
A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI	Revista Bioética / 2016	Pesquisa qualitativa	O papel da equipe de enfermagem nos cuidados prestados aos pacientes em morte encefálica nas unidades de terapia intensiva, apontando condutas indispensáveis à manutenção do potencial doador, assistência à família e controle de todas as funções vitais até o momento da doação de órgãos.
Conhecimento do enfermeiro no processo de doação de órgãos.	Enfermagem em Foco / 2016	Pesquisa qualitativa	A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos e as razões que levaram os familiares a autorizarem ou não a doação.
Conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos cuidados com o potencial doador em morte encefálica.	Rev Bras Enferm da UFPI / 2016	Pesquisa qualitativa	A percepção dos enfermeiros diante das etapas no cuidado com paciente com ME.
Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos.	Acta Paul Enferm / 2014	Pesquisa qualitativa	A opinião dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos.
Manejo del potencial donante cadáver	Rev Med Chile / 2014	Revisão	O manejo adequado do potencial doador de órgãos através da otimização da função dos órgãos a serem doados.

Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos..	Acta Paul Enferm/2014	Pesquisa qualitativa de abordagem quantitativa/IV	Enfermeiros com experiência na assistência a potenciais doadores de órgãos para transplante enfrentam dilemas éticos no processo de doação de órgãos e situações que inferem no mesmo.
Situações de estresse vivenciadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos	J. res.: fundam. care. online / 2013	Pesquisa qualitativa	Situações de estresse vivenciadas pelos membros da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva ao cuidar de um potencial doador de órgãos.
Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos.	Revista da Escola de Enfermagem da USP / 2013	Pesquisa de abordagem quantitativa	Um modelo teórico de organização do cuidado ao paciente em morte encefálica e o processo de doação de órgãos, balizado pelas principais ideias do pensamento <i>Lean</i> .

Quadro II – Apresentação dos artigos segundo o enfoque temático, periódico, ano, metodologia. Teresina, 2018.

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Diante desta análise e apresentação das publicações selecionadas para este estudo iniciamos as discussões das categorias temáticas logo abaixo.

3.1 Prestação da Assistência a pacientes com diagnóstico de morte encefálica potenciais doadores de órgãos

Nesta categoria foram selecionados 6 artigos. No estudo intitulado: “Conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos cuidados com o potencial doador em morte encefálica” aponta que não é função do enfermeiro atestar um paciente em morte encefálica. Porém, é ímpar e de fundamental importância a atuação do enfermeiro. Ele tem condições em diagnosticar a morte encefálica e implementar os cuidados à manutenção dos órgãos, viabilizando o encaminhamento para doação. Por se fazer presente e atuante, por estar atento a todas as necessidades e sempre próximo ao paciente e à família, ajudando, amparando e enfrentando obstáculos para um cuidado ideal, o enfermeiro tem papel importante na prestação de uma assistência adequada junto à equipe multiprofissional, incentivando, ensinando e atualizando os profissionais que lidam com o paciente em morte encefálica, que deve ser visto como um potencial doador (SILVA; NOGUEIRA; SÁ , 2016).

Nos cuidados para a manutenção do PD, os referentes à manutenção da temperatura corporal, monitorização hemodinâmica e controle hidroeletrolítico foram os mais citados nos artigos, respectivamente, no presente estudo. O controle da temperatura corporal é um cuidado fundamental para manutenção do PD, sendo função exclusiva da enfermagem o aquecimento com cobertores, manta térmica, ou com focos de luz direcionados para o tórax ou abdome e utilizando soluções aquecidas

à temperatura de 37º a 38ºC evitando a ocorrência da hipotermia, que pode gerar alterações cardíacas, diminuição do transporte de oxigênio entre outras alterações (VASCONCELOS et al., 2014).

Estudo realizado com enfermeiros buscou avaliar os conhecimentos quanto aos cuidados gerais com paciente em ME e as condutas a serem tomadas, no presente estudo os enfermeiros relataram que o cuidado ministrado pelos enfermeiros a pessoa com ME deve ser pautado nos protocolos. Outro estudo corrobora com o anterior onde os autores afirmam que o cuidado à pessoa com ME é prestado com base nas normas e condutas estabelecidas em protocolos. Neste estudo os enfermeiros também consideram importante o domínio do conhecimento científico e técnico para prestar uma assistência adequada e de qualidade a este paciente os valores éticos também são abordados pelos enfermeiros neste estudo, como sendo algo fundamental para prestar o cuidado não havendo distinção no cuidado de uma pessoa com ME, de uma outra qualquer em estado crítico (DÓRIA et al., 2015).

Pesquisa realizada no mesmo ano com profissionais enfermeiros de uma UTI, relataram que colaboram com a comissão intra-Hospitalar e que conforme as orientações dos manuais mantêm o corpo em condições para a doação. Para garantir a efetividade da doação de órgãos, são importantes a adequada manutenção e preservação hemodinâmica e fisiologia dos órgãos do início ao fim do processo (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

Revelando como ocorre o processo de captação de órgão, após a suspeita/constatação da ME, podemos inferir que para esses profissionais cuidarem da pessoa com diagnóstico de ME, representa não somente a finitude de uma vida, mas também a reabilitação de outra. Enfatiza-se que esses cuidados são desgastantes, tendo em vista que se configura como paciente grave que requer atenção permanente devido às alterações fisiológicas decorrente da ME, que quando não controladas de forma efetiva, podem inviabilizar a doação de um ou mais órgãos para transplante (PESTANA et al., 2013).

Um dos estudos identificou que a assistência prestada pela equipe de enfermagem ao PD, geralmente são comuns a outros pacientes graves que necessitam de terapia intensiva. No caso de um paciente em ME, normalmente é dada maior atenção ao aquecimento do corpo, devido à hipotermia e à proteção ocular através de umedecimento, a fim de preservar as córneas, por serem as mais comuns à doação (MAGALHÃES et al., 2018).

Segundo pesquisa realizada no mesmo ano mostrou que a enfermagem tem papel fundamental na assistência ao PD de órgãos e tecidos, que necessita de cuidados específicos e intensivos. A assistência que a equipe de enfermagem presta engloba não só o paciente, mas a família e a possível doação, assim como a preocupação com os órgãos e o possível receptor (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

Os cuidados específicos estão relacionados com as alterações fisiológicas desencadeadas pelo processo de ME e que contribuem para a instabilidade do

doador, como a hipertensão ou hipotensão arterial, alterações nos fluidos, eletrólitos e no metabolismo, desequilíbrio ácido básico, hipotermia e tratamento de infecções (PESTANA et al., 2013).

De acordo com a bibliografia levantada sobre os cuidados intensivos, nenhum dos estudos aqui abordados citaram todos os cuidados essenciais a manutenção de um potencial doador de órgãos em morte encefálica. Tais cuidados são vastos e vão muito além de manter a temperatura corporal ou fazer o controle de infecção. Assim como se deve ter um olhar holístico para um paciente vivo, aqueles que se encontram em morte encefálica também necessitam de cuidados integrais e especializados à sua condição e isso se reforça pelo fato de a ME trazer repercussões em todos os sistemas do organismo que agora se encontra em processo de morte e que precisa ser mantido “vivo” para doação dos órgãos.

3.2 Dilemas éticos vivenciados na tomada de decisão frente a pessoa em morte encefálica e a família

Nesta categoria foram selecionados 6 artigos. Cabe ao enfermeiro entrevistar o responsável pelo PD, solicitando o consentimento livre e esclarecido, por escrito, e fornecer as informações sobre o processo de captação, como: o esclarecimento sobre o diagnóstico de morte encefálica; o anonimato no processo de doação entre doador e receptor; os exames a serem realizados; a manutenção do corpo do doador em UTI; a transferência e o procedimento cirúrgico para a retirada; o auxílio funeral e a interrupção em qualquer fase desse processo por motivo de parada cardíaca (DÓRIA et al., 2015).

Um estudo intitulado “Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos.” trouxe evidências que para os enfermeiros um dilema vivenciado nesse processo ocorre em relação à família, que por vezes não aceita o diagnóstico de ME. Eles revelam que procuram seguir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a fim de prevenir os dilemas éticos. O mesmo estudo buscou conhecer os desafios diante de informações do diagnóstico de ME para os familiares do doador, os participantes da pesquisa colocam que as decisões que envolvem a família é a que mais suscita dilemas, pois lidar com a mesma neste momento traz angústia e a insegurança, por haver, geralmente, a negativa familiar do diagnóstico de ME (ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014).

Conforme estudo realizado em uma UTI adulto, os participantes desvelam sobre a importância da relação com o familiar da pessoa com ME, e é observado que o cuidado e a comunicação são essenciais, visto que estes vivenciam angústia, desconforto e a necessidade de atenção integral e diferenciada. A comunicação com esses familiares é evidenciada no discurso dos enfermeiros como algo que lhes traz pesar, pois os familiares necessitam de cuidado (VASCONCELOS et al., 2014).

O estudo de Buggedo (2014) obteve resultados parecidos, onde aponta que

no contexto da UTI, a família necessita de cuidado-acolhimento, orientados pelas relações interpessoais, uma vez que ocorre um processo de adoecimento do familiar devido ao vínculo com o doente crítico. O comportamento empático do enfermeiro para com o familiar pode se revelar um apoio importante para essas pessoas, embora desgaste emocionalmente o profissional, uma vez que, o cuidado que o profissional realiza deve contemplar os aspectos físicos, psicológico, social e político.

Em uma das pesquisas a entrevista com a família foi à etapa mais citada do processo de doação de órgãos e tecidos, seguida pelo diagnóstico de ME e captação dos órgãos e tecidos. Autores ressaltam que a assistência prestada ao paciente e família desde o momento da internação até a solicitação da doação influencia no modo como a família vai reagir frente a esse pedido (FARIAS et al., 2017). Torna-se fundamental o reconhecimento das experiências vividas pelos familiares, expondo a importância da consideração do sofrimento e acolhimento que deve ser realizado pela equipe, em especial, pelo enfermeiro. Oferecer informações sobre à ME e a transparência no processo de doação possibilitam uma recuperação com menos conflito, minimizando o estresse e favorecendo a tomada de decisão quanto à doação (VASCONCELOS et al., 2014).

Em caso de não aceitação em doar os órgãos do PD, os motivos de recusa evidenciados pelos familiares relacionam-se com a crença, valores, a não compreensão do que seria a morte encefálica, a definição do diagnóstico, a inadequação no processo de captação e transplantes, ou seja, conhecimento limitado sobre o tema. Isso traz angustias para a tomada e vivência da decisão. Convém refletir sobre a falta de esclarecimento e informações, crenças e sentimentos envolvidos, peças que esforçam, na maioria dos casos, a sensação de incerteza e desonestidade do processo, assim como a esperança de reversão do quadro de morte encefálica (DÓRIA et al., 2015).

Um estudo evidencia que a efetivação de um transplante envolve uma boa abordagem dos familiares pelos profissionais de saúde que fazem parte do processo, e ao mesmo tempo, a priorização de melhorias na comunicação entre os profissionais e a família do doado (MAGALHÃES et al., 2018).

Portanto, vale ressaltar que um estudo traz orientações específicas quanto aos passos a serem seguindo onde o autor mostra que após aceitação da doação devem ser providenciados exames de rotina e de sorologias para verificar a função dos órgãos e possíveis contraindicações à doação, cabe ao enfermeiro, além de suas responsabilidades na manutenção do potencial doador, a marcação do horário da cirurgia de retirada de órgãos, informar as equipes de transplantes e de enfermagem do centro cirúrgico, explicitando quais órgãos serão captados, orientar a equipe de enfermagem cuidadora do potencial doador sobre o pré-operatório indispensável e verificar o prontuário e o preenchimento correto dos impressos como: ficha de identificação do doador, autorização da família e protocolo de morte encefálica (MAGALHÃES et al., 2018).

Os enfermeiros utilizam o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para fundamentar as decisões tomadas no cuidado à pessoa com morte encefálica. O código de ética profissional aparece de maneira discreta na fala de dois entrevistados. Eles fazem referência ao código de deontologia para fundamentar a sua conduta diante da pessoa com ME. Este estudo aponta para a necessidade de o enfermeiro apoiar suas condutas segundo os princípios fundamentais da sua profissão (VESCO et al., 2016).

Os dilemas éticos vivenciados pelos profissionais da área são comuns e por vezes não superados da maneira que deveriam, isto devido a própria falta de esclarecimento sobre esta temática que de fato gera dilemas éticos. A análise destes estudos é bem clara quando infere que uma boa compreensão do tema permite ao profissional trabalhar com mais segurança, de modo que possa trabalhar de forma mais clara e concisa com os familiares.

4 | CONCLUSÃO

A atuação do enfermeiro frente ao potencial doador de órgãos é de certa forma empírica, baseada em vivências e experiências individuais ou coletivas, visto que as instituições de ensino não proporcionam preparo para o profissional atuar especificamente nesta área. Em decorrência disso e tendo este estudo como comprovação o conhecimento de enfermeiros mostrou-se aquém do que seria ideal para a prestação do cuidado a pessoas em condição clínica de morte encefálica que pode se tornar um doador efetivo.

Apesar desta realidade, as equipes intensivistas que cuidam de pacientes com este diagnóstico, mesmo que sem conhecimento palpável sobre o tema, utilizam conhecimentos gerais de manutenção dos parâmetros vitais de um organismo e se esforçam ao máximo para evitar os efeitos deletérios da morte encefálica, evitando assim ao máximo a redução de órgãos elencados para transplante. Infelizmente, além da falta de conhecimento, a enfermagem enfrenta, muitas vezes, condições precárias e sobrecarga de trabalho que fazem com que a assistência ideal e de qualidade com o paciente em ME seja difícil de ser alcançada. Apesar das dificuldades é evidente que a enfermagem desenvolve um papel fundamental nesse cenário.

O enfermeiro vivencia dilemas éticos frente ao paciente de ME, nas seguintes situações: a equipe tem dúvidas quanto ao diagnóstico de ME; desligar os aparelhos após o diagnóstico de ME; desconhecimento da família quanto ao diagnóstico de ME do seu ente; o cuidado com a família; abordagem da família no tocante a doação de órgãos. Quanto à ação do enfermeiro frente ao paciente com morte encefálica, existe a necessidade do diálogo com a equipe e com os familiares, bem como realizar o cuidado à família de forma humanizada.

Exposto isso fica evidente que dentre os muitos obstáculos para se alcançar o processo completo e perfeito de doação de órgãos de pacientes vítimas de morte

encefálica estão a falta de conhecimento sobre a temática e correta manutenção do PD, a falta de estrutura e/ou insumos e equipamentos necessários à isso, a sobrecarga de trabalho, e o enfrentamento de diversas questões éticas e morais envolvendo o cuidado com pacientes com este quadro clínico e sua família.

Portanto para uma assistência de qualidade é sugestivo que instituições de ensino proporcionem um momento de aprendizado mais aprofundado sobre o tema ofertando um consolidado de informações sobre esta temática que possibilite ao futuro profissional trabalhar com segurança no cuidado destes pacientes, empregando o conhecimento técnico-científico na correta manutenção do PD, aumentando assim o número de possíveis transplantes.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. P. M. et al. **Padronização da assistência de enfermagem na manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto.** Cuid Arte Enfermagem, v. 8, n. 2, p. 130-6, jul.- dez. 2014. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facipa/ner/pdf/cuidarte_enfermagem_v8_n2_jul_dez_2014.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2018.
- ARAÚJO, M. N.; MASSAROLLO, M. C. K. B. **Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos.** Acta Paul Enferm., v. 27, n. 3, p. 215-20, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0215.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃO. **Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017).** Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo (SP); ABTO; 2017. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2018.
- BISPO, C. R.; LIMA, J. C.; OLIVEIRA, M. L. C. **Doação de órgãos:** uma perspectiva de graduandos de enfermagem. Revista Bioética, Brasília, v. 24, n. 2, p. 386-94, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/1983-8034-bioet-24-2-0386.pdf>> Acesso em: 02 mar. 2018.
- BUGEDO, G. et al. **Manejo del potencial donante cadáver.** Revista Médica de Chile, v. 142, p. 1584-1593, 2014. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n12/art12.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.
- COSTA, C. R.; COSTA, L. P.; AGUIAR, N. **A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI.** Revista Bioética, Brasília, v. 24, n. 2, p. 368-73, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200368>. Acesso em: 02 mar. 2018.
- DÓRIA, D. L. et al. **Conhecimento do enfermeiro no processo de doação de órgãos.** Enfermagem em Foco, v. 6, n. 1/4, p. 31-35, abr. 2015. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/573>>. Acesso em: 02 mar. 2018.
- FARIAS, I. P. et al. **Construção de protocolo assistencial de enfermagem para o potencial doador de órgãos em morte encefálica.** Revista de Enfermagem UFPE online, Recife, v. 11, n. 8, p. 3317-20, ago. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110199/22093>>. Acesso em: 12 nov. 2018.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 203 p.
- MAGALHÃES, A. L. P. et al. **Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2017-0274.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

NÓBREGA, E. A. **A importância da assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica: Uma revisão de literatura**. TCC – Enfermagem, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES), 2015. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/8680/3/21136071.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

PESTANA, A. L. et al. **Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 258-64, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100033>. Acesso em: 12 nov. 2018.

SANTOS; PIMENTA; NOBRE. **A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências**. Rev Latino-am Enfermagem, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2018.

SILVA, M. T. et al. **Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos**: Revisão Integrativa da literatura. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança, v. 14, n. 1, p. 37-46, abr. 2016. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/4.-ASSISTENCIA-DE-ENFERMAGEM-AO-PO-TENCIAL-DOADOR-DE-%C3%93RG%C3%83OS_PRONTO.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2018.

SILVA, T. R. B.; NOGUEIRA, M. A.; SÁ, A. M. M. **Conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos cuidados com o potencial doador em morte encefálica**. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 5, n. 4, p. 24-30, out. 2016. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5641/pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

VASCONCELOS, Q. L. D. A. Q. et al. **Avaliação laboratorial de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 15, n. 2, p. 273-81, mar./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324031263012>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

VESCO, N. L. et al. **Conhecimento do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante**. Revista de Enfermagem UFPE online, Recife, v. 10, n. 5, p. 1615-24, mai. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11157/12675>>. Acesso em 12 nov. 2018.

AS PRINCIPAIS BARREIRAS RELACIONADAS À AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Railana Ferreira Martins

Universidade CEUMA, Graduada em Enfermagem, Imperatriz - Maranhão

Carla Araújo Bastos Teixeira

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

Isabella Cristina Cunha Carneiro

Docente do Curso de Enfermagem, Instituto Florence de Ensino, São Luís - Maranhão

Janine Silva Ribeiro Godoy

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

Ariadne Siqueira de Araujo Gordon

Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz - Maranhão

Juliana Ramos Pereira

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

Adriana Ramos Leite Matalobos

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

Rômulo Dayan Camelo Salgado

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

Ildjane Teixeira Moraes da Luz

Docente do Curso de Enfermagem, Faculdade de Imperatriz WYDEN FACIMP, Imperatriz - Maranhão

Janildes Maria Silva Gomes

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz – Maranhão

RESUMO: **Introdução:** O leite materno é o primeiro alimento do recém-nascido que deve ser priorizado até os seis meses de vida do bebê. Além de ser o primeiro alimento da criança, estabelece vínculo entre a mãe e o bebê e proporciona vários benefícios para ambos. **Objetivo:** Compreender as dificuldades no aleitamento materno apontadas pelas mães, evidenciadas em estudos científicos. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura com características descritivo-exploratória, retrospectiva, com abordagem qualitativa, foi desenvolvido por meio da seleção criteriosa de 10 artigos, os quais foram lidos na integra e utilizados para embasamento e discussão do trabalho. Foi realizada por meio do cruzamento de palavras-chave encontradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). **Resultados:** Os resultados apontaram como principais barreiras relacionadas à amamentação: Suporte familiar; Aspectos financeiros inerentes à nova condição; Reajuste familiar; Má pega; Intercorrências mamárias; Desconhecimento/ falta de informação; Mitos e crenças. **Considerações Finais:** Este estudo ressalta a importância do enfermeiro no processo de educação em saúde com essa população para orientar e subsidiar essa prática que só traz benefícios ao binômio mãe/bebê. **PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento materno. Dificuldades. Mães.

ABSTRACT: **Introduction:** Breast milk is the first food of the newborn that should be prioritized up to six months of the baby's life. In addition to being the child's first food, it establishes a bond between the mother and the baby and provides several benefits for both. **Objective:** To understand the difficulties in breastfeeding, pointed out by mothers, as evidenced in scientific studies. **Materials and Methods:** This was a review of the literature with descriptive-exploratory, retrospective, qualitative approach. It was developed through the careful selection of 10 articles, which were read in full and used for background and discussion of the work. It was performed through the cross-referencing of keywords found in Descriptors in Health Sciences (DECS). **Results:** The results pointed out as main barriers related to breastfeeding: Family support; Financial aspects inherent to the new condition; Family readjustment; Breast Intercurrences; Unawareness / lack of information; Myths and beliefs. **Final Considerations:** This study highlights the importance of the nurse in the health education process with this population to guide and subsidize this practice that only brings benefits to the mother / baby binomial.

KEYWORDS: Breastfeeding, Difficulties, Mothers.

1 | INTRODUÇÃO

O Leite Materno é o primeiro alimento do recém-nascido e é ideal para o crescimento e desenvolvimento da criança, contribuindo contra infecções, alergias, doenças e além de ser o primeiro alimento da criança, o aleitamento estabelece vínculo entre a mãe e o bebê (CAPUCHO, *et al.*, 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Fundação das Nações Unidas para a infância- UNICEF e o Ministério da Saúde do Brasil- MS, recomendam o leite materno como alimento exclusivo da criança nos primeiros seis meses, após esse período deve-se oferecer a criança outros alimentos sólidos e dar continuidade na amamentação até os dois anos (DIEHL; ANTON; 2011). Vale ressaltar que é importante a sociedade ter conhecimento sobre amamentação, pois essa prática pode trazer vários benefícios dentro das esferas: psicológica, emocional, biológica e econômica, evitando, dessa forma, gastos desnecessários nos primeiros meses de aleitamento exclusivo. Esses benefícios devem ser transmitidos para as mães e familiares, a fim de que estes compreendam a importância do aleitamento materno, tirando dúvidas e alguns mitos inter-relacionados.

O leite materno protege contra a diarreia, infecções respiratórias, otite, obesidade e, contribui para o desenvolvimento cognitivo do bebê, além de diminuir o risco de alergia à proteína do leite de vaca e outros tipos de alergia.

Entretanto, muitas mulheres desconhecem a importância do aleitamento materno para a criança e seus benefícios a nível materno e nível infantil. Muitas vezes as mães conhecem os benefícios do aleitamento, porém possuem dificuldades em amamentar

nos primeiros dias após o parto. Dentre as dificuldades estão listadas a má pega, traumas mamários, fissuras mamilares, ingurgitamento, dor mamar, mastite, bicos invertidos, moníliase e, crenças como a do “leite fraco”, freio lingual curto do bebê, dor, desconforto, dentre outros problemas (BRASIL, 2009).

A importância do aleitamento não se baseia apenas na eficácia da nutrição do recém-nascido, mas também está refletida no desenvolvimento cognitivo, físico, mental, orofacial do bebê e no processo de aprendizagem. Esses benefícios acompanham o indivíduo até a idade adulta.

Diante desse cenário, pode afirmar-se que sem uma preparação adequada dos enfermeiros diante a amamentação é pouco provável que se tenha sucesso no processo educativo da amamentação, pois é necessário que o enfermeiro desempenhe uma boa assistência e ligação com as mães para que se possa obter sucesso no processo da amamentação.

O enfermeiro deve acompanhar a mãe no pós-parto através dos programas de educação em saúde, pois nesse período é onde as mães mais necessitam de um apoio e o enfermeiro deve preparar as mães para o aleitamento materno, para que a mesma tenha melhor adaptação, evitando dúvidas, dificuldades e possíveis complicações (ALGARVES; JULIÃO; COSTA, 2015).

O profissional de enfermagem que atua com as mães, seja na atenção básica como nos hospitais, devem conscientizar sobre a importância do leite materno, de uma técnica adequada, da participação dos familiares, da atenção e do cuidado que essa mãe necessita ter durante a amamentação.

A partir desse cenário, a presente revisão destina-se a compreender as dificuldades no aleitamento materno apontadas pelas mães, evidenciadas em estudos científicos.

2 | DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura que ocorreu no primeiro trimestre de 2018, com características descritivo-exploratória, retrospectiva, com abordagem qualitativa, foi desenvolvido por meio da seleção criteriosa de 10 artigos, os quais foram lidos na íntegra e utilizados para embasamento e discussão do trabalho.

A construção do presente trabalho foi realizada por meio do cruzamento de palavras-chave encontradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Aleitamento Materno; Comportamento Materno; Bem-Estar Materno; Leite Humano; Relações Mãe-Filho; Saúde Materno-Infantil; Enfermagem Materno-Infantil; Substitutos do Leite Humano; Lactente; Recém nascido; Barreiras de Comunicação. Foram utilizadas as seguintes bases de dados para embasamento teórico: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde

(BVS).

Os critérios de inclusão foram: ser da língua portuguesa, artigos disponíveis na íntegra; publicações realizadas entre os anos de 2010 a 2018 que abordassem as palavras-chave segundo a disponibilidade nos DECS sobre a temática aleitamento materno e aspectos relacionados. E os de exclusão foram: artigos que não eram nacionais; publicações que não estavam entre o tempo proposto da pesquisa, aqueles disponíveis em fontes de dados não confiáveis, periódicos que não estavam disponíveis na íntegra e os que fugissem dos objetivos dessa pesquisa.

3 | RESULTADOS

Após a leitura e interpretação dos achados, as principais barreiras relacionadas à amamentação de acordo com os artigos selecionados estão organizados e distribuídos no quadro abaixo:

Nº	Referência do estudo	Objetivo	Tipo de estudo	Principais barreiras
01	FERREIRA, H. L. O. C. <i>et al.</i> Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 683-690, Mar. 2018.	Verificar a associação entre variáveis maternas e aleitamento materno exclusivo em um ambulatório especializado do estado do Ceará, Brasil.	Correlacional, transversal, com abordagem quantitativa.	Idade materna; Situação conjugal; Baixa escolaridade; Número de gestações; Consultas pré-natais.
02	BARBOSA, G. E. F. <i>et al.</i> DIFICULDADES INICIAIS COM A TÉCNICA DA AMAMENTAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS A PROBLEMAS COM A MAMA EM PUÉRPERAS. Rev. paul. pediatr. , São Paulo , v. 35, n. 3, p. 265-272, Sept. 2017.	Identificar a prevalência de condições indicativas de dificuldades iniciais com a técnica de amamentação e verificar os fatores associados com a presença de problemas na mama em puérperas em maternidade de Hospitais Amigos da Criança.	Transversal, observacional e analítico.	Idade materna; Baixa escolaridade; Intercorrência mamária; Má pega; Trabalho fora de o ambiente domiciliar.
03	OLIVEIRA, A. K. <i>et al.</i> Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. av. enferm. , Bogotá , v. 35, n. 3, p. 303-312, Dec. 2017.	Compreender a interferência das práticas e crenças populares no desmame precoce em puérperas assistidas na Estratégia Saúde da Família.	Descritivo, de abordagem qualitativa.	Trabalho fora do ambiente doméstico; Falta de orientações pelos profissionais; Práticas e crenças populares.
04	MORAES, B. A. <i>et al.</i> Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias de idade. Rev. GaúchaEnferm. , Porto Alegre , v. 37, n. spe, e 2016-0044, 2016.	Identificar fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) em lactentes com até 30 dias de vida.	Quantitativo, observacional, do tipo transversal.	Cor de pele materna; Incentivo a amamentar após a alta hospitalar; Intercorrência mamária; Idade materna; Uso de completos antes dos seis meses.

05	DIAS, R. B.; BOERY, R. N. S. O.; VILELA, A. B. A. Conhecimento de enfermeiras e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro , v. 21, n. 8, p. 2527-2536, Aug. 2016	Analisar o conhecimento de enfermeiras sobre as vantagens da amamentação para a família e descrever a forma de inserção desta nas ações de saúde relacionadas à amamentação.	Qualitativo, exploratório, descriptivo.	Dificuldades da participação da família no aleitamento materno.
06	ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. Rev. bras. enferm. , Brasília , v. 67, n. 1, p. 22-27, Feb. 2014.	Verificar o tempo médio do aleitamento materno exclusivo (AME) de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança (IHAC) e correlacioná-lo com as variáveis: estado civil, idade materna, peso do bebê, dificuldades na amamentação e orientações recebidas.	Coorte	Idade materna; Situação conjugal; Retorno ao trabalho; Mitos e crenças; Intercorrência mamária; Má pega.
07	ESCARCE, A. G. <i>et al.</i> Influência da orientação sobre aleitamento materno no comportamento das usuárias de um hospital universitário. Rev. CEFAC , São Paulo , v. 15, n. 6, p. 1570-1582, Dec. 2013.	Verificar a influência da orientação recebida acerca do aleitamento materno no conhecimento e condutas de mães usuárias de um hospital universitário.	Observacional descriptivo.	Intercorrência mamária; Mitos e crenças; Idade materna; Dificuldade com o posicionamento; Falta de conhecimento acerca da amamentação.
08	ARAUJO, V. S. <i>et al.</i> Desmame precoce: aspectos da realidade de trabalhadoras informais. Rev. Enf. Ref. , Coimbra , v. serIII, n. 10, p. 35-43, jul. 2013.	Verificar a realidade das trabalhadoras informais em relação à amamentação na cidade de João Pessoa - PB.	Exploratória, descriptiva, com abordagem quanti-qualitativa.	Doenças mamárias; Crenças e mitos; Baixa escolaridade; Falta de orientação quanto à amamentação; Situação conjugal; Trabalho materno fora do domicílio.
09	MORAIS, A. M. B. <i>et al.</i> Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. Rev. bras. enferm. , Brasília , v. 64, n. 1, p. 66-71, Feb. 2011.	Compreender a vivência das funcionárias contratadas em uma indústria têxtil do Estado do Ceará, após o retorno ao trabalho, diante do processo de aleitamento materno ou desmame.	Abordagem qualitativa.	Mitos e crenças; Trabalho materno fora do domicílio; Intercorrências mamárias.

10	BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 596-604, Mar. 2009.	Identificar, em famílias de baixa renda da região sul de Curitiba, Paraná, Brasil, fatores de risco ou de proteção associados à duração do aleitamento materno.	Coorte.	Dificuldade para amamentar nos primeiros dias pós-parto; Trabalho materno fora do ambiente doméstico; BP da criança ao nascer.
----	--	---	---------	--

Quadro 01: Demonstrativo das barreiras relacionadas ao aleitamento conforme artigos selecionados.

3.1 Analisando o perfil das mulheres

Com relação ao perfil sociodemográfico, observou-se na amostra documental que o reduzido grau de escolaridade, a ausência de um companheiro, as intercorrências mamárias e a tenra idade materna, foram fatores que interferiram na adesão do aleitamento materno de forma negativa. O que corrobora com a literatura, pois a participação e o apoio do parceiro e da assistência do profissional de saúde aumentam as taxas de aleitamento materno até os seis meses. Por conseguinte, os familiares não terem conhecimento da importância da amamentação e seus benefícios acabam desencorajando as mães em relação à amamentação (SILVA; DAVIM, 2012).

Observaram-se nos artigos os principais fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo e influências ao desmame precoce. Em seis artigos foram observados que o trabalho fora do ambiente domiciliar contribui e interrompe a amamentação, isso porque muitas mulheres necessitam do trabalho para sustentar a família e com isso influência no oferecimento de outros alimentos complementares antes dos seis meses (ARAÚJO, 2013). Em seis artigos foram encontrados relatos de que as intercorrências mamárias são as mais frequentes no que diz respeito à interrupção do aleitamento materno, pois estes problemas estão relacionados com a posição inadequada, a técnicas de higiene, exposição do seio ao sol e para o bebê pegar o seio (BARBOSA, 2017). Ademais ainda encontram-se falhas a respeito da orientação e educação no pré-natal e no pós-parto em relação ao posicionamento adequado do bebê, aos cuidados com os seios, o uso do copinho, a realização de ordenha e armazenamento do leite, uma vez que a não orientação de como realizar uma técnica adequada para a amamentação podem contribuir para que muitos problemas surjam como as doenças mamárias e com isso desestimulam a mãe de amamentar e a ofertar o complemento lácteo para o bebê (MORAES, 2016). Foram observados em cinco artigos a idade materna, a presença de mitos e crenças e orientações insatisfatórias por parte dos profissionais de saúde como fatores que podem contribuir para o desmame precoce. No que diz respeito à idade materna tem sido apontado que as mães mais jovens tende a ter maior facilidade de desmamar a

criança comparadas as de idade maiores (ROCCI; FERNANDES, 2014). Entretanto a experiência de gestações anteriores apresenta como um fator positivo para a duração da amamentação, resultando que não ter amamentado anteriormente é um fator de risco para a interrupção precoce do aleitamento materno (FERREIRA, 2018). No que se refere às crenças e mitos é comum às mães falarem que o “leite é fraco” “leite é insuficiente” “leite não sacia a fome”, isso muitas vezes pela cultura ou por práticas e influências de mães, avós e amigos, que desencorajam a amamentação e contribui para que essa mãe ofereça sucos, mingau, água e leite de vaca (MORAIS, 2011). A baixa escolaridade e a falta de informações favorecem negativamente as mães crerem em mitos e a interromperem a amamentação (ARAÚJO, 2013). Os profissionais de saúde devem promover ações para amenizarem obstáculos que prejudicam na eficácia da amamentação, devem motivar as mães e orientá-las quanto às melhores técnicas a serem utilizadas na amamentação (ESCARCE, 2013).

Observou-se que muitas mães necessitam de apoio no pós-parto, sejam eles emocionais ou nas tarefas domésticas (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009). Em relação à situação conjugal observou-se em quatro artigos que mulheres que tem companheiros apresentam positivamente seguir com o aleitamento materno exclusivo, quanto às mulheres sem companheiros tendem a não praticarem o aleitamento materno exclusivo (FERREIRA, 2018). Dessa forma a participação da figura paterna no aleitamento materno tem apresentado resultados positivos, pois a mulher se sente mais segura e mais motivada para seguir com a amamentação. É importante que o enfermeiro inclua a figura paterna nas consultas pré-natais, para que possa receber as mesmas orientações que a mãe, e obtendo os mesmos conhecimentos a respeito da amamentação (DIAS; BOERY; VILELA, 2016). Com base nesses estudos o enfermeiro deve ser um alicerce para as mães e familiares, sobretudo um assistente ativo na educação e promoção da amamentação, para evitar as barreiras que interferem na qualidade e continuidade da amamentação.

3.2 Fatores que favorecem o desmame precoce

O material analisado demonstrou que apesar das políticas públicas voltadas para o aleitamento materno, ainda persistem barreiras que limitam essa prática, levando ao desmame precoce. Os principais fatores encontrados nos artigos da amostra foram a fato de mãe trabalhar fora, crenças limitantes acerca do leite e do processo de amamentação, intercorrências mamárias como má pega, fissuras, ingurgitamento das mamas dentre outras. Tal cenário está de acordo com a literatura a exemplo de Oliveira e colaboradores que relatam o desmame precoce ligado a vários fatores entre eles a mudança do estilo de vida, crenças populares, industrialização, necessidade de trabalhar e outros. E entre esses fatores o que mais prevalece é a necessidade das mães de trabalharem fora do ambiente doméstico, isso porque a participação da mulher no mercado cresceu consideravelmente, as mulheres passaram a criar

os filhos sem a presença paterna e com isso configura e favorece ao desmame precoce. Entretanto um dos fatores que corroboram com o desmame precoce são as crenças e mitos relacionados à alimentação do bebê. Dessa forma os mitos e crenças desencadeiam uma insegurança às mães ao amamentar, pois muitas acreditam que o “leite é fraco”, que é insuficiente para “saciar a fome do bebê”, se amamentar o seios “caem”, esses e outros motivos que têm como uma única alternativa a introdução de outros líquidos, como os chás, o leite de vaca, água, sucos e consequentemente o uso da chupeta (OLIVEIRA, *et al.*, 2017).

A introdução de outros alimentos, principalmente os industrializados, pode comprometer a vida nutricional do recém-nascido (SALUSTIANO, *et al.*, 2012). Existem vários fatores que podem desmotivar a mulher de amamentar, à volta ao trabalho, o medo de enfrentar as dificuldades sozinhas, a aparência começa a ser um incomodo e algumas doenças que podem surgir nesse período que afetam as mulheres e as impedindo de levar à amamentação a diante. As doenças mamárias são as mais comuns nesse período como a mastite, ingurgitamento mamário, trauma mamar etc. A falta de informação acerca da amamentação por parte das mães e das pessoas que lhe cercam acabam contribuindo e desmotivando a não amamentarem. O trabalho fora do domicílio também é um forte fator para que a amamentação seja interrompida, pois contribui com o oferecimento de outros alimentos, sendo em especial o leite de vaca. Dessa forma seria um fator importante o ambiente de trabalho disponibilizar um espaço para que as mães pudessem amamentar seus filhos, assim não prejudicaria a amamentação e a responsabilidade de trabalhar (ARAÚJO, 2013).

Um fato significativo analisado em um estudo em relação ao aleitamento materno exclusivo e idade materna, é que as mães adolescentes têm mais riscos de não amamentar os filhos, comparado com mães de maiores idade, tendo em conta que a idade materna é um fator determinante para o desmame precoce. Ademais a situação conjugal também pode interferir na qualidade do aleitamento materno, pois a presença da paternidade influencia positivamente para que o aleitamento materno tenha mais sucesso. Outro fator que deve ser analisado frente à adesão a amamentação é a escolaridade, estudos enfatizam que o desmame precoce está correlacionado a baixa escolaridade, onde as mães têm mais chances de desistir da amamentação por não terem conhecimento suficiente sobre as importâncias do aleitamento materno exclusivo (FERREIRA, 2018).

A falta de orientação por parte dos profissionais de saúde acerca da amamentação no pré-natal é significativa para que o desmame precoce ocorra e possui destaque comparado as mães que receberam orientação acerca da amamentação, pois possuem maior conhecimento acerca da importância da amamentação, das desvantagens do uso da mamadeira e da chupeta e quando devem inserir outros alimentos. O uso de chupetas e bicos prejudica a função orofacial favorecendo a diminuição da amamentação. Desta forma é necessário que os profissionais de saúde principalmente os enfermeiros sejam capacitados para orientar, promover e transmitir

informações corretas acerca da amamentação (ESCARCE, 2013).

3.3 Suporte ao aleitamento

A ausência do suporte familiar e suporte profissional foram observados nos artigos selecionados como fatores que se comportam como barreiras ao aleitamento materno. Muitas mães desconhecem a importância que a amamentação pode lhes proporcionar e acreditam por falta de conhecimento e de orientações dos profissionais de saúde, que o leite materno só possui benefícios para o recém-nascido, deixando assim a desejar no desempenho da amamentação. Contudo se as mães soubessem dos benefícios provavelmente o seu desempenho iriam melhorar e consequentemente torna-los mais longos, porém esses não são os únicos fatores que podem contribuir para o desmame precoce. Ações educativas são ferramentas necessárias para realizar mudanças a respeito da amamentação, portanto o profissional de enfermagem tem papel fundamental na identificação dessas barreiras e preocupações maternas, diminuindo as incertezas e medos e prepará-las para continuar a amamentar após a retomada de suas atividades ao trabalho.

O suporte familiar e sua participação no aleitamento materno contribuem para um melhor relacionamento entre a mãe e o bebê, dessa forma a mãe é estimulada, tendo mais confiança e segurança na amamentação (ARAÚJO, 2013). A abertura para a participação da família ou um membro do convívio da mulher torna as consultas e as orientações mais resistentes, pois é nesse momento que o profissional utiliza seus métodos educativos sobre amamentação, esclarecendo dúvidas e educando sobre a importância da amamentação (DIA; BOERY; VILELA, 2016).

Sabe-se que os profissionais de enfermagem são os principais agentes no que diz respeito às orientações nas consultas pré-natais, de certa forma tem se observado irregularidades na transmissão de conhecimento a respeito da amamentação. Desta forma os enfermeiros devem apoiar, orientar e aconselhar as mães nos primeiros momentos do pré-natal, apontar a importância do leite materno nos primeiros meses de vida da criança e quebrar e desmitificar crenças e mitos que podem impedir que amamentação aconteça. Deste modo o enfermeiro deve desenvolver elementos que consigam ganhar a confiança da mãe e incluir a família nas consultas, com o objetivo de educá-los e minimizar as dificuldades e hábitos que podem culminar a interrupção da amamentação (OLIVEIRA, *et al.*, 2017).

A implementação da participação do enfermeiro no ambiente domiciliar mostra-se importante para o conhecimento da família e identificação de fatores que podem interferir na qualidade da amamentação, visando promover e transmitir conhecimentos teóricos e práticos acerca da amamentação (DIAS; BOERY; VILELA, 2016).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que o perfil sociodemográfico age como fator que compromete na adesão ao aleitamento materno. Fatores como mães que trabalham fora, crenças limitantes acerca do leite e do processo de amamentação, intercorrências mamárias como má pega, fissuras, ingurgitamento das mamas continuam sendo barreiras na amamentação, apesar dos diversos estudos na área. A escassez de suporte familiar e suporte profissional foram observados nos artigos selecionados como fatores que também se comportam como barreiras ao aleitamento materno.

Os resultados nos alertam da importância do enfermeiro no processo de educação em saúde com essa população para orientar e subsidiar essa prática que só traz benefícios ao binômio mãe/bebê. Ainda como consideração final observa-se que há necessidade de mais estudos, principalmente estudos de intervenção para atuar junto às mães, familiares e equipes de saúde responsáveis e envolvidas no processo de aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

- ALGARVES, T. R.; JULIÃO, A. M. S; COSTA, H. M. **Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce.** Revista Saúde em foco, Teresina, v.2, n.1. 2015.
- ARAUJO, V. S. *et al.* **Desmame precoce: aspectos da realidade de trabalhadoras informais.** Rev. Enf. Ref., Coimbra , v. ser III, n. 10, p. 35-43, jul. 2013.
- BARBOSA, G. E. F. *et al.* **DIFICULDADES INICIAIS COM A TÉCNICA DA AMAMENTAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS A PROBLEMAS COM A MAMA EM PUÉRPERAS.** Rev. paul. Pediatr., São Paulo , v. 35, n. 3, p. 265-272, Sept. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: Nutrição Infantil: **Aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009.
- CAPUCHO, L. B. *et al.* **Fatores que interferem na amamentação exclusiva.** Ver. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 19(1): 108-113, jan-mar, 2017.
- DIAS, R. B.; BOERY, R. N. S. O.; VILELA, A.B.A. **Conhecimento de enfermeiras e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 8, p. 2527-2536, Aug. 2016.
- DIEHL, J. P.; ANTON, M. C. **Fatores emocionais associados ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo.** Aletheia, Canoas, n.34, p.47-60, abr, 2011.
- FERREIRA, H. L. O. C. *et al.* **Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 683-690, Mar, 2018.
- MORAES, B. A. *et al.* **Factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding in infants up to 30 days old.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 37, n. spe, e2016-0044, 2016.
- MORAIS, A. M. B. *et al.* **Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará.** Brasil. Rev. bras. Enferm., Brasília, v. 64, n. 1, p. 66-71, Feb, 2011.

OLIVEIRA, A. K. *et al.* **Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce.** Artículo de Investigación Enferm., 2017.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. **Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce.** Rev. bras. Enferm., Brasília, v. 67, n. 1, p. 22-27, Feb, 2014.

SALUSTINO, L. P. *et al.* **Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v.34. 2012.

SILVA, C. A.; DAVIM, R. M. B. **Mulheres trabalhadoras e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa.** Revista de rede de enfermagem do nordeste, 2012.

CAPÍTULO 10

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA LARVA MIGRANS CUTÂNEA

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Pós Graduando em Hematologia Clínica e Banco de Sangue pelo INCURSOS;
Teresina, Piauí;

Juliana de Araújo Barros

Biomedicina pela UNINASSAU
Teresina, Piauí;

Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa

Graduando em Medicina pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
Teresina, Piauí;

Andressa Gislanny Nunes Silva

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI; Especialista em Urgência e Emergência;
Enfermeira do SAMU – PI.
Teresina, Piauí;

Angela Nascimento da Silva

Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão
Santa Inês, Ma.

Alex Vandro Silva de Oliveira

Bacharelado em Enfermagem - Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina, Piauí;

Rayani Reinalda Xavier Dias

Biomédica pela Universidade Federal do Piauí
Jaicós-PI;

Pedro Henrique Ferreira Monteiro

Medicina pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina, Piauí;

Tharcia Evaristo Soares de Carvalho

Especialização em andamento em Urgência e Emergência pela UNINOVAFAPI
Teresina, Piauí;

Ramon Carvalho Campos

Farmácia pela Faculdade Integral Diferencial, FACID
Teresina, Piauí;

Isis Dennisy de Freitas Florêncio

Enfermeira pela UFPI;
Teresina, Piauí;

Ionara da Costa Castro

Graduanda de Enfermagem pela Faculdade Pitágoras - ICF
Teresina, Piauí

José Alberto Lima Carneiro

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí
Teresina, Piauí;

Maria Bianca Nunes de Albuquerque

Bacharel em enfermagem pela Faculdade Maurício de Nassau/aliança.
Teresina-Piauí

Elizabeth Christina Silva Fernandes

Bacharel em Enfermagem pela UESPI
Timbiras, Maranhão;

RESUMO: A Larva migrans cutânea é uma patologia parasitária que atinge a pele após a penetração acidental das larvas de nematódeos.

A infestação de pele pode ser única ou múltipla, podendo estar localizado em diferentes partes do corpo. As regiões mais afetadas são os pés (39%), nadegas (18%), e menos afetados são os membros superiores, braços e rosto (6,7%). Estes parasitas apresentam-se em uma distribuição endêmica em áreas tropicais e subtropicais onde a alta temperatura e a falta de saneamento básico estimula o seu desenvolvimento. O presente estudo objetivou apresentar dados epidemiológicos da larva migrans cutânea através de uma revisão da literatura, avaliando a epidemiologia da larva migrans cutânea no Brasil, verificando qual faixa etária é mais comprometida, identificando os principais agentes etiológicos mais relatados na literatura. O presente projeto trate-se de um estudo de revisão de literatura. Onde foram utilizados artigos completos publicados em língua portuguesa e inglesa, de acesso gratuito, acessados nas bases de dados por escolha, Scielo, BVS e PUBMED. O presente estudo trouxe riscos mínimos aos pesquisadores, por se tratar de uma pesquisa de revisão de literatura, que não compete a manipulação de nenhum tipo de amostra biológica que vá conter riscos de contaminação, o projeto teve como benefícios informações de grande valor para a população em geral. Por fim foram selecionados 08 artigos que responderam a problemática e construíram a mostra final desta revisão, onde o ano de 2012 e 2016 apresentaram uma tímida expressividade com a publicação de apenas 03 e 02 artigos respectivamente. Onde a frequência e intensidade desta parasitose foram analisadas nas cidades de São Paulo Belém e Rio de Janeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Parasitoses; Larva migrans cutânea, Epidemiologia, Brasil, Larva migrans.

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CUTANEOUS LARVA MIGRANS

ABSTRACT: Larva migrans cutane is a parasitic disease that affects the skin after accidental penetration of nematode larvae. The infestation of the skin can be single or multiple, and can be located in different parts of the body. The most affected regions are feet (39%), buttocks (18%), and the upper limbs, arms and face are less affected (6.7%). These parasites are in an endemic distribution in tropical and subtropical areas where high temperature and lack of basic sanitation stimulate their development. The present study aimed to present epidemiological data of cutaneous larva migrans through a review of the literature, evaluating the epidemiology of cutaneous larva migrans in Brazil, verifying which age group is most compromised, identifying the main etiological agents most reported in the literature. This is a literature review study where we used complete articles published in Portuguese and English, free access, accessed in databases by choice, Scielo, BVS and PUBMED. We selected 08 articles that answered the problem and built the final sample of this review, where the year 2011 and 2016 presented a timid expressiveness with the publication of only 03 and 02 articles respectively. It was concluded that the frequency and intensity of this parasitosis were verified in the cities of São Paulo, Belém and Rio de Janeiro.

KEYWORDS: Parasitoses; Larva migrans, Epidemiology, Brazil, Larva migrans.

INTRODUÇÃO

As parasitoses são muito mais frequentes na infância e responsáveis pela diminuição da qualidade de vida. Podem apresentar-se na forma endêmica em diversas áreas do Brasil, como Guarulhos Sp, Rio de Janeiro e Belém, causando morbidade e mortalidade, sendo que os trabalhos sobre o parasitismo intestinal em crianças, ainda são escassos (OLIVEIRA et al., 2011).

A larva migrans cutânea é uma patologia parasitária que atinge a pele após a penetração accidental das larvas de nematódeos. Estes parasitas apresentam-se em uma distribuição endêmica em áreas tropicais e subtropicais onde a alta temperatura e a falta de saneamento básico estimulam o seu desenvolvimento, e tem sido motivo de preocupação para os ambientalistas e sanitários, por assumirem formas infectantes de parasitas com importância de saúde pública. Como essas larvas não conseguem penetrar a membrana basal da pele humana, elas permanecem confinadas à epiderme e são incapazes de desenvolver e completar seu ciclo de vida e, por consequência, é uma doença auto limitante (CERVINE et al., 2015).

No entanto, se não for tratada prontamente, a patologia da pele pode persistir por meses. É endêmica em muitas comunidades pobres por falta de recursos contra essa patologia, devido ao Brasil ainda ser um País em desenvolvimento. Em países de alta renda, ocorre esporadicamente ou sob a forma de pequenas epidemias. Os viajantes são responsáveis pela grande maioria dos casos atendidos por profissionais de saúde em países de alta renda (KANNATHASAN et al., 2013).

A transmissão ocorre quando a pele entra em contato com o solo contaminado, porém, exposição também pode ocorrer em ambientes fechados, excepcionalmente, as larvas podem ser transmitidas através de fômites. O primeiro sinal clínico é uma pequena pápula avermelhada e posteriormente, a característica serpiginosa, ligeiramente elevada, em faixa eritematosa torna-se mais visível. A coceira torna-se cada vez mais intensa e as escórias induzidas por arranhões facilitam a superinfecção bacteriana da lesão. O diagnóstico é essencialmente clínico e suportado por um histórico de viagens recente e a possibilidade de exposição (GUPTA et al., 2015).

A infestação de pele pode ser única ou múltipla, podendo estar localizado em diferentes partes do corpo. As partes mais afetadas são os pés (39%), nadegas (18%), e menos afetados são os membros superiores, braços e rostos 6,7%. Sendo que as infecções são mais frequentes detectadas em pessoas que são nativas das regiões tropicais e subtropicais (América Central, América do Sul e regiões ao sul dos Estados Unidos (NÁPOLES et al., 2012).

Os cães e os gatos conquistaram o carinho e a confiança do homem ao longo dos tempos, sendo usados como animais de estimação, havendo assim um contato íntimo com seus donos, podendo transmitir agravos aos seres humanos. Os Nematoides do gênero *Toxocara* e os *Ancilostomideos* são enteroparasitas comuns entre cães e gatos, são eles os principais responsáveis pela contaminação do ambiente pelos

vermes do *Ancylostoma brasiliense* e *Ancylostoma caninum* em virtude da eliminação de suas fezes contaminadas (DAMANTE et al., 2011).

De forma geral, seria necessário o tratamento regular de cães e gatos, independente do exame de fezes, além dos desenvolvimentos de ferramentas que possa impedir o acesso a esses animais aos terrenos arenosos utilizados como área de lazer tanto por crianças quanto para adultos (SOUZA et al., 2012). O trabalho foi de grande importância para informar a população, que os parasitas estão presentes em qualquer ambiente, com possíveis condições de ter uma doença associada, que poderá alterar sua qualidade de vida e trazer benefícios próprios, como também minimizar os problemas relacionados ao sistema de saúde, pois a atração de crianças para os animais e seu ambiente, e os hábitos de jogo de crianças combinam para facilitar a infecção humana com *Toxocara SSP*, sendo que trabalhos sobre o parasitismo em crianças ainda são escassos.

O objetivo geral do presente trabalho foi apresentar dados epidemiológicos da Larva migrans cutânea através de uma revisão da literatura, seguido dos objetivos específicos que foi avaliar a epidemiologia da Larva migrans cutânea no Brasil, verificando qual faixa etária é mais comprometida, foram identificados os principais agentes etiológicos mais relatados na literatura.

METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido foi um estudo de Revisão de literatura. A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisa, monografias, teses, material cartográfico (LAKATOS 2003, p.182).

A pesquisa foi realizada através de bancos de dados científicos, sobre a temática acessados nas bases de dados por escolha Scielo, BVS e PUBMED. O trabalho foi desenvolvido de Fevereiro a Maio de 2018.

A base de dados: Scielo (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), PUBMED, artigos publicados entre os anos de 2011 a 2016 serviram de instrumentos para a coleta de dados, a partir das seguintes palavras-chave; Parasitoses; Epidemiologia; Larva migrans cutânea. Foram aceitos e analisados artigos completos na língua Portuguesa e Inglesa que versam sobre a temática definida de acordo com as palavras-chave. Foram excluídos artigos que foram publicados fora do recorde temporal e que não versavam sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As obras selecionadas para a composição desta revisão literária se fizeram proporcionalmente as necessidades de cada palavra-chave delimitada (Quadro1). Os estudos que versaram sobre os aspectos epidemiológicos da Larva migrans cutânea

estão descritos no quadro 2.

Palavras chaves	Banco de dados		Total
	Scielo	BVS	
PARASITOSES	293	5.900	6.139
LARVAS MIGRANS CUTÂNEA	33	829	862
"PARASITORES" E "LARVA MIGRANS CUTÂNEA"	4	4	8

Quadro 01: Artigos que versam sobre os aspectos epidemiológicos da Larva migrans cutânea, nas bases de dados Scielo e BVS.

Fonte: AUTORES, 2018.

Inicialmente foram alcançados na base de dados Scielo um total de 326 artigos. Posteriormente na base de dados BVS um total de 6.729 artigos. Em seguida foram eliminados os artigos duplicados, ou que não respondiam aos critérios de inclusão e exclusão do tema proposto. Por fim foram selecionados 08 artigos que responderam a problemática e construíram a amostra final dessa revisão.

De acordo com o gráfico 1, observou-se que não houve um número expressivo de publicação em relação à temática, durante o recorte de tempo proposto. O ano de 2012 apresentou uma tímida expressividade com a publicação de apenas 03 artigos, mostrando-se um tema não suficiente explorado em relação às demais parasitoses publicadas na literatura.

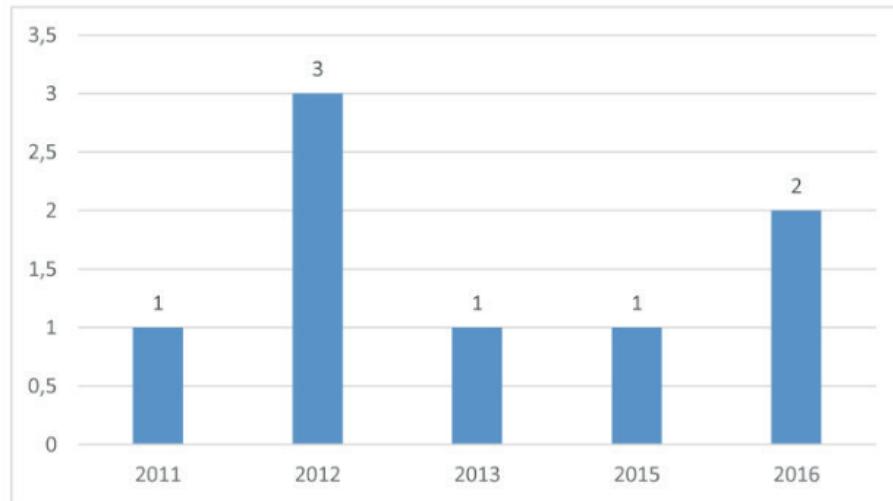


Gráfico 1: Representação da quantidade de artigos que tratam do tema aspectos epidemiológicos da Larva migrans cutânea, por ano de publicação.

Fonte: AUTORES, 2018.

A diminuição na publicação de artigos verificada acima pode estar relacionada ao fato da pouca importância dada para a Larva migrans cutânea, visto que, a mesma limita-se ao contato com áreas poluídas. Essa redução pode ser explicada por fatores

como a baixa umidade e temperatura do mês de coleta, já que esses nematóides têm preferência por clima úmido e quente. Além disso, devido à associação de doenças de pele parasitárias com a pobreza, retrata o contexto social.

Também conhecida popularmente como "Epidermitis linear migrante", "Bicho geográfico" é uma dermatozoonose causada pela penetração cutânea das larvas de helmintos, normalmente parasita do intestino de gatos e cães. Frequência ocorrente em animais tropicais e países subtropicais e em pessoas que visitam praias ou terrenos que contem areia poluída com fezes de gatos ou cães (MEOTTI et al., 2014).

De acordo com o gráfico 2 observou-se a grande frequência e intensidade de *Ancylostoma* SSP e *Toxocara* SSP bem mais expressiva na cidade de São Paulo e Belém.

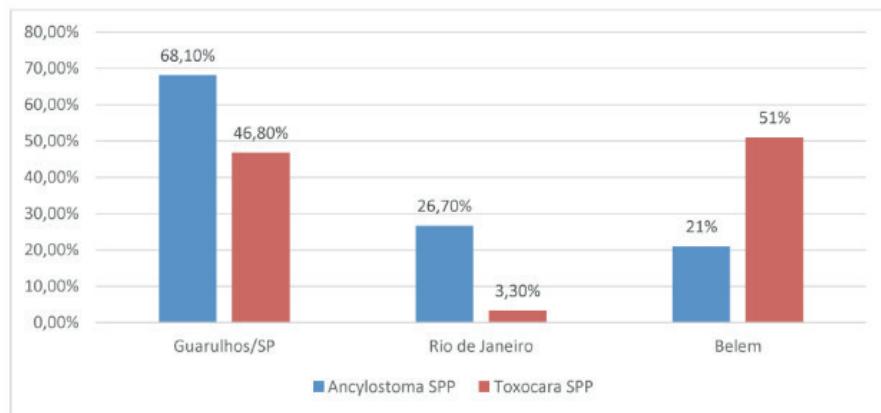


Gráfico 2: Representação da frequência e intensidade parasitária de *Ancylostoma* spp e *Toxocara* spp no ano de 2012, em cães e gatos nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belém respectivamente.

Fonte: AUTORES, 2018.

Na cidade de São Paulo foram feitas análises de amostras de 40 praças públicas, no Rio de Janeiro de 60 praças também sendo elas públicas e em Belém análise de 150 amostras de um determinado local público. Cujas amostras são de animais domésticos e animais errantes, esses resultados mostram que animais errantes são mais susceptíveis a infecção por parasitas e revelam uma problemática de saúde pública pela possibilidade de transmissão desses parasitas aos humanos.

No Rio de Janeiro, a ocorrência desta parasitose é frequente, principalmente pelas condições ambientais e culturais, que reúne um clima quente e úmido, e inúmeros parques e praias arenosas. Estes locais são utilizados pela população, e frequentemente são habitados ou visitados por animais domésticos como o cão e o gato (PAPAIORDANOU et al., 2014).

Essa patologia é mais comum em países subdesenvolvidos como a Índia, Brasil e Índia Ocidental. Acontecem em forma de epidemia ou naqueles que visitam lugares tropicais, são observados em pessoas que tem um histórico de viagens ao exterior e de andar descalços em solo arenoso ou praias (DAHIYA et al., 2014).

Schuster et al., (2011) em seus trabalhos indicaram claramente um efeito de

causa e relação entre larva migrans cutânea e comprometimento qualidade de vida dos seus portadores. Primeiro, a gravidade da doença foi significativamente correlacionada com o grau de qualidade de vida prejudicada e número de áreas corporais afetadas indicando relação - resposta.

Autor e Ano	REVISTA	TITULO
COELHO et al., 2011	Revista Instituto de Medicina Tropical	Occurrence of Ancylostoma In Dogs, cats and public places From Andradina city São Paulo State Brasil
MORAES et al., 2012	Revista Instituto de Medicina Tropical de São Paulo	Contamination of public parks And squares from Guarulhos By Toxocara spp. And Ancylostoma spp
MATTOS et al.,2012	Revista de Patologia Tropical	Estudo da contaminação de praças públicas de municípios do estado do Rio de Janeiro por ovos e larvas de helmintos
SOUZA et al., 2012	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	Prevalência e fatores de riscos da infecção humana por toxocara
SOUSA et al., 2013	Pesquisa veterinária Brasileira	Prevalência das doenças de pele não neoplásicas em cães
BERNARDES et al., 2015	Acta Veterinária Brasilica	Ocorrência de parasitas de importância zoonótica: Ancylostoma spp. E Toxocara spp. Em cães da região metropolitana de Belém
OKULEWICZ;2016	Revista Annals of Parasitology	The impact f global climate change on the spread of parasitic nematodes
FELDIMIER et al ., 2016	Revista Ploos Neglected Tropical dieases	Prevalence and Risk factores of hookworm related cutaneous larva migrans in a resorve poor incommunityManaus, Brasil.

Quadro 02: Estudos que versaram sobre os aspectos epidemiológicos da Larva migrans cutânea.

Fonte: AUTORES, 2018.

O desenvolvimento urbano e as mudanças provocadas pelo homem aumentaram os casos de zoonoses parasitárias. Cães e gatos podem atuar como depósito de formas parasitárias evolutivas que contaminam o ambiente com suas fezes, principalmente com larvas infectantes de ancilostomídeos provocando grave problema de saúde pública (COELHO et al; 2011).

A presença de fezes de mamíferos no solo das áreas urbanas é um problema em países, devido à presença de parasitas que podem causar a larva migrans cutânea em humanos, esta zoonose estar associada principalmente a presença de animais como cães e gato (MORAES et al;2012).

A Larva migrans cutânea decorre de larva do terceiro estágio de nematóides geralmente ancilostomídeos de cães e gatos que entram na pele e migram pelo tecido subcutâneo provocando erupções serpiginosas e geralmente acompanhada de intenso purido (MATTOS et al;2012).

As alterações climáticas podem afetar a frequência a intensidade e distribuição

geográfica dos parasitas, incluindo os helmintos, que afetam diretamente os seus estágios dispersivos no ambiente (ovos e larvas) e indiretamente larvas que vivem particularmente em hospedeiro intermediários invertebrados (SOUZA et al; 2012).

Os seres humanos são hospedeiros accidentais, as larvas carecem da colagenese necessária para penetrar na membrana e invasão da derme. Portanto a larva migrans cutânea permanece limitada à pele quando os seres humanos estão infectados, os sintomas pruginosos são secundários a uma resposta imune tanto às larvas como aos seus produtos (SOUZA et al; 2013).

Segundo a World Health Organization (2012), mais de 2 bilhões de pessoas estão contaminadas por helmintos transmitidos pelo solo. Crianças de 5 a 14 anos de idade são mais atingidas (BERNARDES et al; 2015).

A morbidade está associada a uma erupção cutânea intensamente pruginosa, que leva a impetiginização secundária e estrias. Em incidentes raros em que os nematoides usam um humano como hospedeiro definitivo a infecção pode levar a conclusão do ciclo de vida dos nematoides como vermes adultos que vivem no intestino causando diarreia má absorção de nutrientes (OKULEWICZ; 2016).

No Brasil pesquisadores tem descrito como fontes de infecção solos de parques públicos e escolas infantis. Sendo um cenário desafiador em populações carentes desprovidas de saneamento básico (FELDIMIER et al; 2016).

CONCLUSÃO

As obras selecionadas para a composição desta revisão literária se fizeram proporcionalmente as necessidades de cada palavra-chave delimitada, que foram elas; parasitoses e larva migrans cutânea, acessadas nas bases de dados Scielo e BVS, encontrando-se de início um total de 6.729 artigos. Por fim foram selecionados somente 08 artigos que responderam a problemática e construíram a amostra final deste trabalho.

Observou-se que não houve um número expressivo de publicação em relação a temática durante o recorde de tempo proposto, somente os anos de 2011 e 2016 apresentaram uma tímida expressividade com a publicação de apenas 03 e 02 artigos respectivamente. Foram analisadas a frequência e intensidade em três cidades, São Paulo, Belém e Rio de Janeiro, onde houve ocorrência significativa somente nas cidades de São Paulo e Belém, pois a ocorrência desta parasitose deve-se principalmente pelas condições ambientais e culturais que reúnem um clima quente, úmido e inúmeros parques e praias arenosas.

REFERÊNCIAS

BERNARDES,V.F; P EREIRA,W.A; MORAES,R.N; MOURA,L.G; QUEIROZ,D.S; MIRANDA,L.V. Ocorrência de parasitas de importância Zoonotica . **ACTA VETERINARIA BRASILICA**, v.9, n.3, p.239-242,2015.

CERVINE, A.B; BUJAN, M.M; TELLERIA, R.L. Resoluciar del caso presentado em el número anterior. **Arch Argent Pediatr**, v.113, n.4, p.375-377, 2015.

COELHO, W.M.D.; AMARANTE, A.F; APOLINARIO, J.C.; BAESCIANE, K.D.S. Ocorrência of Ancylostoma in dogs, cats and public places from Andradina city SP. **Instituto Médico Tropical**, v.53, n.3, p.181-184, 2011.

CAUMES, E. **Tratamento of cutaneous larva migrans**. v.30, São Paulo: Elsevier editora, 2000. p.276.

DAMANTE, J.H.; SOARES, C.T; FLEURY, R.N.; OLIVEIRA, F.M. Larva migrans in the oral mucosa: report of two cases. **Braz Dent**, v.22, n.2, p.166-170, 2011.

DAHIYA, R.P.S.; AGARWAL, T.D.; SARDESAI, V.R. Cutaneous larva migrans. **Pedriatriac Sciences**, v.6, n.207, p.102, 2014.

FELDIMIER, H.; IGNATIUS, R.; OLIVEIRA, S.G.; SCHUSTER, A.; REICHERT, F. Prevalence and risk factors of Hookworm- related cutaneous Larva migrans in a Resource-poor community in Manaus, Brasil. **Plos Neglected Tropical Diaseases**, v.10, n.1371, 2015.

GUPTA, S.; RADAKHISKA, A.; LIN, G.; GAGNEUR, J.; SINHA, H. Temporal expression. Profiling identifiques pathways mediating effect. **PLOS GENET**, v11, n6, p.105-195, 2015.

KANNATHASAN, S.; ARUMUGAN, M.N.; SILVA, N.R.; NADARAJAR, R. Cutaneous larva migrans among devoteis of the nallur temple. **LIBRARYOF SCIENCE**, v., n 1, p 301-316.

LAKATOS, E.M.; ANDRADE, M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5º ed. São Paulo: Atlas S.A editora, 2003. P.182.

MEOTTI, C.D.; SILVA, R.A.; FILHO, F.B.; PLATES, G.; PADLINI, K.S.; NOGUEIRA, L.C.; NUNES, E.M. Cutaneous larva migrans on the scalp: atypica presentation of a common disease. **Na Bras Dermatol**, v.84, n.2, p.332-333, 2014.

MORAES, J.; MARQUES, J.P.; GUIMARAES, C.R. Contamination of public parks Squares from Guarulhos By Toxocara SPP. And Ancylostoma SPP. **INSTITUTO MÉDICO TROPICAL**, v.54, n.5, p.267-271, 2012.

MATTOS, G.; RIDEELL, P.; BRENER, B.; SUDRÉ, A.P. Estudo da contaminação de praças públicas de municípios do estado do rio de janeiro por ovos e larvas de helmintos. **PATOLOGIA TROPICAL**, v.37, n.3, p.247-254, 2012.

NÁPOLES, E.P.; MILLO, Y.G.; PENA, M.R.; CAVETE, I.O. Larva migrans cutânea em um adolescente. **Emerge infectdis**, v.15, n.11, p.87-91, 2012.

OKULEWICZ, A. The impact of global climate change on the spread of parasitic nematodes. **ANNALS OF PARASITOLOGY**, v.63, n.1, p.15-20, 2016.

PAPAIORDANOU, F.; CRUZ, D.; ALFRADIQUE, M.C.; AVELLEIRA, C.R. Larva migrans cutânea. **DOI**, v72, n3, 2014.

SCHUSTER, A.; LESSHAFFT, H.; TALHARI, S.; GUEDES DE OLIVEIRA, S.; IGNATIUS, R.; FELDMEIER, H. Life quality impairment caused by hookworm- related cutaneous larva migrans in resource-poor communities in Manaus, Brazil. **PLoS Negl Trop Dis**. 2011 Nov. 5(11):e1355. [Medline].

OLIVEIRA, T.F.; FLEURY, R.N.; CHINELLATO, L.R.; DAMANTE, J.H. Larva migrans in the oral mucosa. **BRAZ DENT J**, v.22, n.2, p.166-170, 2011.

SOUZA, R.F.; DATOLLI, V.C.; MENDONÇA, L.R.; SANTANA, C.C.; SANTOS, N.M.; NEVES, N.A. Prevalência e fatores de riscos da infecção humana por toxocara. **SOCIEADADE BRASILICA DE MEDICINA TROPICAL**, v.44, n.4, p.516-519, 2012.

SOUZA, V.F.; ALMEIDA, A.B.; COLODEL, E.M.; GASPARRO, N.D.; TREVISAN, Y.A. Prevalência das doenças de pele não neoplásicas em cães. **PESQUISA VETERINARIA BRASILEIRA**, v.33, n.3, p.359-362, 2013.

ASPECTOS FILOSÓFICOS E ANTROPOLÓGICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Johnata da Cruz Matos

Universidade de Brasília - UnB, Faculdade de Ceilândia – FCE, Programa de Pós graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde.

Brasília – DF, Brasil

Silvia Maria Ferreira Guimarães

Universidade de Brasília - UnB, Faculdade de Ceilândia – FCE, Programa de Pós graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde.

Brasília – DF, Brasil

embora um evento cheio de simbolismos e significados, mas ainda assim como um evento natural e não extraordinário.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Filosofia; Antropologia; Filosofia em Enfermagem

PHILOSOPHICAL AND ANTHROPOLOGICAL ASPECTS OF PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: **Objective:** To carry out a theoretical reflection on the philosophical and anthropological aspects of palliative care.

Method: A theoretical-philosophical, descriptive study with a qualitative approach. The bibliographic survey was performed through the advanced search in the Virtual Health Library, using the controlled descriptors. **Results:**

After the analysis, the results were presented in two axes "Philosophical conceptions on life and death" that exposes the thinking of classic and contemporary philosophers on death and "Conceptions on palliative care" that permeates the meaning of palliative care. **Conclusion:** It is the understanding of health professionals that it is imperative to change the way they think, act and feel and thus rescue the idea of death, although an event full of symbolism and meanings, but still as a natural event and not extraordinary.

KEYWORDS: Palliative Care; Philosophy;

RESUMO: **Objetivo:** Realizar uma reflexão teórica acerca dos aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativos.

Método: Estudo do tipo reflexão teórico-filosófica, descritiva-narrativa com abordagem qualitativa. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da busca avançada na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores controlados. **Resultados:** Após a análise, os resultados foram apresentados em dois eixos "Concepções filosóficas sobre vida e morte" que expõe o pensamento de filósofos clássicos e contemporâneos sobre a morte e, "Concepções sobre o cuidado paliativo" que permeia o significado dos cuidados paliativos.

Conclusão: Aos profissionais de saúde cabe a compreensão de que é impreterivelmente necessário modificar a maneira de pensar, agir e sentir e com isso resgatar a ideia da morte,

1 | INTRODUÇÃO

Apresenta-se este estudo diante da necessidade de se refletir sobre a diversidade de visões e percepções, algumas vezes equivocadas e fragmentadas, no que se refere ao significado atribuído aos cuidados paliativos e à assistência que deve ser ofertada às pessoas no fim da vida por parte de profissionais que integram a equipe multiprofissional.

O avanço das tecnologias duras favoreceu o prolongamento da vida de pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura, o que nem sempre foi acompanhado por melhoria em sua qualidade de vida. Internações hospitalares repetidas, utilização de tecnologias para manutenção da vida a qualquer custo se refletem em sobrevida adicional, mas também em sofrimento para a pessoa e seus familiares (LIMA, et. al. 2017; SANTOS, 2011).

Cuidados paliativos como estratégia assistencial é, ainda, um tema em construção e limitado em sua discussão. Sua incorporação à prática cotidiana representa um desafio para os profissionais, pois coloca em xeque a ideologia do trabalho com foco no processo de cura (BRITO, et al. 2017; PRETO, et al. 2017).

Define-se cuidado paliativo como sendo o cuidar holístico direcionado a pacientes cuja doença encontra-se em estágio avançado e progressivo e não responde mais aos tratamentos curativistas convencionais. Ou seja, um quadro clínico sem possibilidades terapêuticas de cura (ALMEIDA, SALES, MARCON, 2014).

Quando a equipe se depara com um diagnóstico de doença que ameaça a continuidade da vida e os tratamentos consolidados e elegíveis para mudar o curso natural da doença não podem revertê-la, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que a intervenção terapêutica seja direcionada para o paciente e não para a doença (ALMEIDA, SALES, MARCON, 2014; WHO, 2017).

A filosofia paliativista visa oferecer assistência qualificada a pessoas portadoras de doenças graves e incuráveis, em estado avançado e progressivo com ameaça para a continuidade da vida. Verifica-se, nesse sentido, que um dos eixos centrais da abordagem em cuidados paliativos consiste no cuidado sistematizado envolvendo as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente e seus familiares (SANTOS, 2011; MATSUMOTO, 2012).

O vocábulo “paliar” originou-se no latim *pallium*, que significa manto, em franca alusão às capas que eram utilizadas por cavaleiros e antigos viajantes para se proteger das péssimas situações atmosféricas e climáticas. Cuidado paliativo refere-se a cuidados capazes de proporcionar proteção para aquilo que está provocando sofrimento (FLORIANI, SCHRAMM, 2010).

A concepção equivocada sobre o significado de cuidado paliativo permitiu que essa modalidade terapêutica fosse estigmatizada e representasse apenas cuidados

simples no final de vida, uma opção quando não há alternativas terapêuticas viáveis (BOFF, 2012)

A presença física de profissionais e familiares é um aspecto importante no processo de assistência à saúde que, no caso dos cuidados paliativos, resumiu-se à compreensão distorcida e limitante de dar as mãos ou fazer um carinho. Essa ideia deve ser amplamente questionada, uma vez que cuidados ofertados no processo de terminalidade da vida implica em “estar com” em um claro movimento de solidariedade e alteridade para com o outro e de respeito aos direitos humanos individuais e coletivos.

Diante disto, este estudo tem como objetivo realizar uma reflexão teórica acerca dos aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativos.

2 | MÉTODO

Trata-se de análise reflexiva narrativa realizada a partir da excertos teóricos, filosóficos e antropológicos relacionados à assistência direcionada a pacientes e familiares em cuidados paliativos.

Para realização do mapeamento da bibliografia relacionada ao tema, efetuou-se busca ativa de artigos, livros e manuais, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando-se os seguintes descritores: Cuidados Paliativos, filosofia, antropologia, filosofia em enfermagem, cuidados paliativos na terminalidade da vida e, antropologia médica.

Após a seleção inicial das referências, foi efetuada análise extensiva do seu conteúdo no que se referia à sua aproximação ao tema. O material mais representativo sobre o assunto foi agrupado em dois eixos analíticos: Concepções filosóficas sobre vida e morte e Concepções sobre o cuidado paliativo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante a conjugação dos descritores por meio do operador booleano AND, foram selecionados inicialmente 240 artigos, 20 dissertações e duas teses.

Primeiramente foi realizado a leitura dos títulos e resumos afim de selecionar uma amostra com maior representatividade quanto a discussão relevante sobre a temática. A essa amostra acrescentou-se livros e/ou capítulos de livros de autores reconhecidos por pesquisas e produção de conhecimento nessa área. Selecionaram-se informações extraídas nos textos, com base em um questionário construído pelos autores.

Para avaliação e verificação da qualidade dos artigos incluídos no estudo, utilizou-se o checklist de confiabilidade JBI – CARI Critical Appraisal Checklist for Interpretative & Critical Research - CASP Qualitative Checklist (CASP, 2017). Evidenciou-se e sintetizou-se com o checklist os aspectos relevantes dos resultados

durante a leitura investigativa, incluindo também fragilidades encontradas na amostra.

3.1 Concepções filosóficas sobre vida e morte

Nesse primeiro eixo buscou-se apreender a complexidade contida nos conceitos de vida e morte, bem como sua compreensão pelos diferentes atores sociais que experimentam o processo de morrer e morrer.

A concepção sobre o fenômeno da morte representa um mistério que, devido à sua complexidade, não permite chegar a conclusões definitivas. Vida e morte estão unidas fazem parte da trajetória individual e coletiva, envolvendo particularidades e generalidades. Nesse contexto emerge o questionamento que embasa grandes discussões: Por que é preferível falar sobre a vida do que sobre a morte?

As narrativas que envolvem a morte e a finitude humana vem acompanhadas de histórias tristes sobre perdas envolvendo entes queridos ou situações traumáticas. Coloca as pessoas em confronto com suas próprias limitações e temporalidade. Ainda a morte seja a única certeza com a qual nos deparamos, pensar sobre ela pode traduzir-se em um choque e trazer à tona emoções difíceis de controlar.

O pensamento sobre a morte nem sempre assumiu essa característica aterrorizadora. Na antiguidade greco-romana havia inscrições em vários locais públicos sobre a expressão latina *memento mori*, que significa “lembra-te de que vais morrer”. Essa expressão tinha como objetivo relembrar que devido à possibilidade da morte, os homens deveriam buscar um estilo de vida diferente valorizando momentos e experiências que vivenciavam (JAEGER, 2003).

Se a morte é um processo natural e faz parte do viver humano, por que o homem contemporâneo sofre quando a vivência?

A argumentação apresentada pela filósofa Helena Blavatky na obra intitulada Teoria do Impacto aponta para o fato de que a consciência emerge por meio da percepção de pelo menos duas dimensões ou planos diferentes da existência. Quando se analisa apenas uma dimensão, não se efetiva o contraste, ou seja, não é possível constituir a relação sujeito-objeto. Dessa forma, a consciência humana, que é dual, não consegue se expressar (SCHWARZ, 2011).

Diante da hipótese de que do contraste nasce a consciência, é possível compreender que se estabelecem relações dualísticas e no que concerne à vida e à morte emitem-se juízos de valor e de realidade. A ideia de que as pessoas valorizam algo ou alguém apenas quando os perdem, evidencia que o valor direcionado à vida se estabelece a partir da morte. Talvez seja nesse momento que o indivíduo passe a racionalizar sobre o valor da vida como qualidade e não apenas como quantidade (SCHWARZ, 2011).

A íntima relação entre filosofia as ideias relacionadas à vida e morte existem desde a antiguidade. Pensadores greco-romanos assinalaram que a filosofia é uma longa meditação sobre a morte sendo que para Platão preocupar-se em morrer

seria o melhor caminho para filosofar (JAEGER, 2003). Séculos mais tarde, Michel de Montaigne argumentou que filosofar seria aprender a morrer e o filósofo alemão Arthur Schopenhauer apresentou a ideia de que a morte seria o gênio inspirador da filosofia (MONTAIGNE, 2000; BATISTA, BATISTA, 2002; SCHOPENHAUER, 1964; MARCONDES, 2008).

Parmênides, filósofo grego, apresentou a ideia de que a morte não existiria uma vez que os seres humanos são formados de espírito, matéria (substância) e forma (ideia) e nenhum desses elementos poderia ser considerado finito. Portanto, seria irracional sentir medo dela considerando-se que enquanto a matéria se degrada e retorna aos estágios atômicos de origem, a forma regressaria ao plano das ideias. Compreende-se que o espírito não seria uma resposta sensorial, todavia, teoricamente, a sua existência implica em sua imortalidade, ou seja, na aceitação da concepção do dualismo grego (JAEGER, 2003; MARCONDES, 2008).

Epicuro, outro pensador grego, delineou a ideia de que ao final das contas, a morte não diz respeito ao ser humano, quando se considera que a morte não se apresenta para quem está aqui, mas quando a morte se faz presente, a pessoa já não se está mais aqui (EPICURO, 2002).

“Habitu-a pensar que a morte não é nada para nós, pois que o bem e o mal só existem na sensação. De onde se segue que um conhecimento exato do facto de a morte não ser nada para nós permite-nos usufruir esta vida mortal, evitando que lhe atribuamos uma ideia de duração eterna e poupando-nos o peso da imortalidade. Pois nada há de temível na vida para quem compreendeu nada haver de temível no facto de não viver. É, pois, tolo quem afirma temer a morte, não porque sua vinda seja temível, mas porque é temível esperá-la. Tolice afligir-se com a espera da morte, pois trata-se de algo que, uma vez vindo, não causa mal. Assim, o mais espantoso de todos os males, a morte, não é nada para nós, pois enquanto vivemos, ela não existe, e quando chega, não existimos mais. Não há morte, então, nem para os vivos nem para os mortos, porquanto para uns não existe, e os outros não existem mais” (EPICURO, 2002, p.1).

Na antiguidade a morte possuía um lugar privilegiado no dia a dia das pessoas. Essa ideia se torna claramente perceptível na literatura por meio do reconhecimento do direito de morrer, que permitia aos doentes terminais provocarem o fim da própria vida (JAEGER, 2003; MARCONDES, 2008). Para esses povos o suicídio assistido era considerado e aceito como prática corriqueira na cotidianidade das comunidades.

Outro aspecto importante relacionado à valorização da morte vincula-se ao fato de que as casas eram construídas ao lado dos túmulos dos ancestrais, o que mostrava a relação de proximidade entre a vida e a morte (JAEGER, 2003; MARCONDES, 2008). Esse procedimento está ainda hoje presente nas culturas orientais que aceitam essa proximidade como representação cultural importante nas experiências familiares e comunitárias.

A palavra paganismo deriva do vocábulo latino pagos, que significa campo de lavoura. Na idade média, os pagões acreditavam que cada pedaço de terra era sagrado uma vez que seria protegido pelo espírito do ancestral da família que fora

ali enterrado. O enterro dos corpos de entes amados tornava sagrados tanto a terra como corpo do homem. A palavra homem deriva-se do vocábulo latino húmus, o que significava que seu corpo era feito de terra e ao voltar para a terra mostrava que sua existência havia cumprido o propósito a ele destinado (JAEGER, 2003; MARCONDES, 2008).

A morte ocupava papel importante no paganismo, respeitando-se o direito de morrer de todas as pessoas. Com o advento do cristianismo houve modificação dessa concepção, sendo que a vida assumiu a prerrogativa antes destinada à morte e a ideia da sacralidade da vida passou a predominar no mundo cristão. A vida como dom de Deus concedido aos seres humanos deveria ser preservada a qualquer custo independente da forma e qualidade da vida.

Observa-se importante ponto de ligação entre as concepções pagãs e cristãs quanto à morte na passagem bíblica que narra o evento em que Maria Madalena vai ao túmulo de Jesus. Maria e as outras mulheres decidem ir ao sepulcro para preparar o corpo de Jesus por meio da aplicação de perfumes e especiarias, como era costume naquela época. O aparecimento do anjo que lhes comunica que Jesus não estava morto, mas havia ressurgido, trouxe pela primeira vez a ideia de que a vida venceu a morte (BÍBLIA SAGRADA, 2008).

Para os povos pagãos existia proximidade entre vida e morte, sendo que esta estava presente em seu cotidiano e fazia parte da organização da vida em sociedade. A partir da introdução do cristianismo, a morte foi vencida pela ressurreição (vida), sendo que o dualismo filosófico reforçou a ideia de que a morte é o oposto da vida. O conceito de sacralidade da vida adotado pela religião cristã demonstra claramente a valorização direcionada a esse momento da existência do ser humano. A morte passou a ser compreendida como uma passagem, atribuindo valor privilegiado à vida, ainda que persistissem ideias sobre a possibilidade de vida após a morte, o que continuava se baseando no dualismo grego.

O advento da revolução científica e das ideias de filósofos modernos, entre eles nomes laureados como René Descartes e Francis Bacon, o homem passou a ser visto como senhor e controlador da natureza e, principalmente dos fenômenos humanos, incluindo-se nesse contexto a morte. Mudou-se nesse período a ideia de que o homem havia sido criado à imagem de Deus e passou ser considerado com agente social dotado de liberdade, conhecimento e poder de criação (JAEGER, 2003; MARCONDES, 2008).

O filósofo francês François La Rochefoucauld argumentou que não é possível olhar de frente nem para o sol e nem para a morte, mostrando que falta ao homem moderno coragem para enfrentar seu próprio fim. Na tentativa de escapar de sua incapacidade de lidar com a própria mortalidade, o homem lançou mão dos mais diversos subterfúgios, dentre eles, a ciência (LA ROCHEFOUCAULD, 2014).

Nessa mesma linha de argumentação, Philippe Ariès expressou que o homem ocidental expulsou aos poucos a morte de sua vida cotidiana. Observando-se que a

vivência da morte passou de um evento familiar no qual a rede de apoio social estava ao lado do seu ente moribundo, para a morte reprimida, proibida, institucionalizada e, se possível, evitada a qualquer custo atualmente. A morte passou a ser considerada como um fato como um fato extraordinário obrigando os seres humanos a fugir de sua própria finitude (ARIÈS, 1977).

3.2 Concepções sobre o cuidado paliativo

Na apresentação do segundo eixo buscou-se refletir sobre os significados atribuídos aos cuidados paliativos como estratégia para diminuir o sofrimento de pacientes, familiares e equipe assistencial no que diz respeito ao curso natural da doença, o processo da morte e do morrer e o posterior enfrentamento do luto.

O aumento da longevidade das pessoas é uma realidade na contemporaneidade devido à melhoria do acesso aos serviços de saúde e a informações que favoreçam a qualidade de vida da população. Na cultura ocidental existe um movimento para tentar excluir a morte do seu cotidiano justamente pelo acesso a tecnologias duras e invasivas que prolongam a vida das pessoas. Apesar da dificuldade que existe na discussão sobre a morte, é um evento que mexe com as emoções das pessoas (RUBEM, 2003).

Os cuidados paliativos emergiram como estratégia para proporcionar cuidados holísticos que visa o acompanhamento de pessoas com doenças prolongadas e incuráveis como o objetivo de aliviar o sofrimento de pessoas e familiares, melhorar a qualidade de vida dos enfermos, auxiliando-os no processo de enfrentamento do luto e na compreensão da continuidade da vida (WHO, 2017; TOMASZEWSKI, 2017).

O acesso a cuidados de saúde equânimes está garantido pela Constituição Federal e representa um ponto de discussão bioética se quando se considera que essa modalidade assistencial visa a preservação da dignidade e do bem-estar de cada ser humano e a ampliação da análise sobre o cenário no qual são dispensados os cuidados de saúde. Além disso, direciona olhar da ciência para o processo de cuidar no fim da vida transformando-se em uma possibilidade real e cada vez mais presente nos serviços de saúde (BRITO et al, 2017; TOMASZEWSKI, 2017).

A concepção de que cuidados paliativos são considerados menos importantes em sua relação com a assistência curativista, precisa ser modificado considerando-se que a intervenção paliativa exige da equipe multiprofissional a aquisição de conhecimentos sofisticados e competências técnica, atitudinal e humanística para o atendimento das múltiplas necessidades dos pacientes em fase terminal (PRETO et. al, 2017; COELHO, YANKASKAS, 2017).

O correto entendimento sobre o significado dos cuidados paliativos inclui o reconhecimento de que essa terapêutica fornece a oportunidade proporcionar cuidados individualizadas para pessoas vivenciando processos crônicos, degenerativos, evolutivos, progressivos e irreversíveis. Favorece, ainda, a minimização de sintomas

antes do seu aparecimento, uma vez que permite antecipar alguns possíveis eventos no curso do itinerário terapêutico e, dessa forma, realizar um planejamento mais acurado para organizar a assistência (RUBEM, 2003).

Os cuidados paliativos devem ser inseridos no processo de cuidar a partir do momento que é revelado o diagnóstico, iniciando-o simultaneamente ao tratamento modificador do curso natural da doença, principalmente se a situação de saúde estiver ocasionando algum grau de sofrimento para a pessoa. Essa modalidade de assistência permite, em algumas situações específicas, a realização de intervenções tradicionalmente consideradas curativistas, mas que assumem objetivos de paliação e melhoria da qualidade de vida como, por exemplo, a quimioterapia e a radioterapia paliativas e até mesmo uma cirurgia paliativa,⁸ como se observa na figura 1.

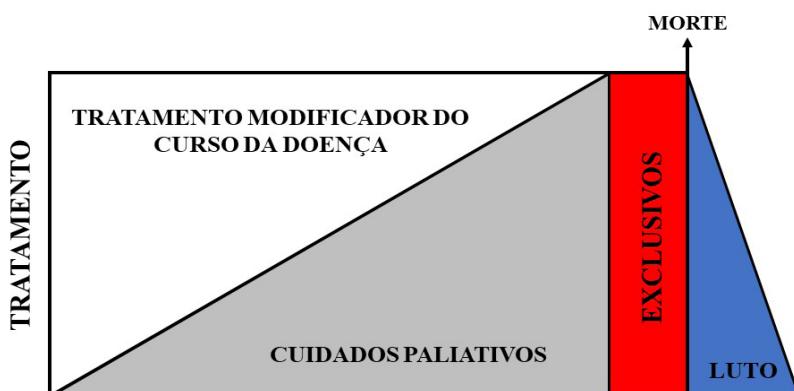


Figura 01 - Representação da assistência paliativa complementar à curativa

Quando se percebe que os tratamentos elegíveis para mudar o curso natural da doença não estão mais sendo eficazes é o momento em que o cuidado paliativo se torna a intervenção terapêutica mais adequada. Esse processo de transição é, muitas vezes, encarado de forma negativa pelo paciente, seus familiares e equipe de saúde. No entanto, torna-se necessário compreender que essa mudança não significa a ausência de cuidado ou que nenhum outro tipo de assistência será prestado (TOMASZEWSKI, 2017; FERNANDES, et al, 2013).

Pelo contrário, é elaborado um planejamento efetivo para que pacientes, familiares/cuidadores e equipe de saúde possam proporcionar cuidados e favorecer a vivência saudável do luto antecipatório de modo a prepará-los para a morte do paciente. Esse plano de ação será ainda mais eficaz se os cuidados paliativos forem inseridos a partir do diagnóstico de doenças crônico-degenerativas, especialmente no caso de pessoas idosas (PRETO et. al, 2017; MENEZES, 2004).

É preciso estar alerta para ao fato de que a inserção tardia dos cuidados paliativos no planejamento terapêutico não proporcionará tempo suficiente para evidenciar uma melhora sintomatológica significativa do paciente. Se for instalada a síndrome da fragilidade - que corresponde ao momento em que o corpo começa a não responder mais às intervenções - os órgãos podem começar a apresentar progressivamente

declínio de sua função levando à sua falência. Há casos em que a morte do paciente pode representar um refúgio com alívio para o sofrimento que todos estão vivenciando (PRETO et. al, 2017; MENEZES, 2004).

A vivência sofrida do luto antecipatório pode ocorrer como efeito colateral da abordagem tardia dos cuidados paliativos. O processo crônico-degenerativo ocasiona uma cadeia de eventos, tais como a diminuição do nível de consciência, inapetência, mobilidade reduzida até tornar-se um paciente acamado, o que demandará cuidados que exigem grande esforço físico e psicológico por parte dos familiares/cuidadores, tornando difícil lidar com a situação e levando-os a cansaço extremo (ALENCAR, 2017; LIMA, OLIVEIRA, 2015).

Nesse processo, o paciente deixa de apresentar suas características fundamentais, componentes de sua personalidade, racionalidade e capacidade de interação. Após a constatação do óbito do paciente, o familiar não elabora uma vivência de luto, uma vez que a perda do seu ente aconteceu ainda em vida. Acrescenta-se que o luto dos familiares, na maioria dos casos, é a razão direta de como ocorreu o final da vida dos seus entes queridos (ALENCAR, 2017; SANTOS, 2011).

A Organização Mundial de Saúde recomenda que além de promoção do cuidado aos aspectos físicos, psicológicos e sociais dos pacientes e familiares seja dada importância especial às demandas espirituais que emergirem nesse momento. Cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade de favorecer atividades como rodas de conversa onde seja permitido que familiares e pacientes sejam capazes de expor suas necessidades caso desejem e estejam em condições para conversar (ARRIEIRA, 2017; KOVACS, 2014; KUBLER-ROSS, 2008).

Atualmente discute-se objetivos e limites da utilização das biotecnologias na assistência em cuidados paliativos. O avanço e a retomada de tecnologias leves no processo de atenção à saúde, o desenvolvimento de medicamentos e intervenções que visam diminuir o sofrimento físico das pessoas fazem parte da prática cotidiana dos serviços de saúde. É esse o significado que deve assumir o cuidado paliativo, que se volta para resolução das necessidades de cada pessoa, o que permite assegurar o direito à dignidade e aos direitos humanos no fim da vida (ARRIEIRA, 2017; KOVACS, 2014; KUBLER-ROSS, 2008).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se com esse artigo realizar um exercício que permitisse a reflexão sobre os aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativos incluindo-se percepções relacionadas ao processo da morte e do morrer. A historicidade desses temas caminhou paralelamente ao pensamento filosófico clássico, o que contribuiu para a apropriação dessas concepções por diferentes culturas e das formas como o assunto é tratado na contemporaneidade.

Persiste a necessidade de compreender a complexidade das experiências de vida e morte e que a visão da sociedade interfere de forma inequívoca nas condutas e posicionamentos adotados por profissionais de saúde que atuam como paliativistas. O reconhecimento da uma certeza que temos – a finitude humana – proporcionará a oportunidade de “aprender com” como estratégia para o respeito de situações extremas vivenciadas por pacientes e familiares.

O simbolismo associado à morte como evento extraordinário deve ser repensado adotando-se a concepção de que a morte faz parte do viver, ou seja, é um episódio natural que integra a história de vida das pessoas. É impossível evitar a morte, mas é possível ressignificá-la para permitir a reorganização de ideias e conceitos tão necessários para o aprimoramento das práticas de enfermagem no campo da assistência paliativa.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, D. C. et al. **Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 4, p.1015-20, oct. 2017.
- ALMEIDA, C. S. L.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. **A existência da enfermagem no cuidar da vida terminal: um estudo fenomenológico.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 34-40, 2014.
- ARIÈS, P. **História da morte no ocidente.** Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1977.
- ARRIEIRA I. C. O.; et al. **The meaning of spirituality in the transience of life.** Esc. Anna Nery. v. 21, n. 1. 2017.
- BATISTA, S. R.; BATISTA, S. R. **How to philosophise is learn to die: discussion of the death in the Montaigne's philosophy vision.** Cad. Saúde Colet. v. 10, n. 1. 2002.
- BÍBLIA SAGRADA. **A ressurreição de Jesus.** Tradução de João Ferreira Almeida. Baurueri – SP. 2^aed. 2008. p.1328-9.
- BOFF, L. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade.** Petrópolis: Vozes; 2012.
- BRITO, F. M. et al. **Palliative care and communication: study with health professionals of the home care service.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. v. 9, n. 1, p. 215-21, 2017.
- COELHO, C. B. T.; YANKASKAS, J. R. **Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.** Rev Bras Ter Intensiva. V. 29, n. 2, p. 222-30, 2017.
- Critical Appraisal Skills Programme. **CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a qualitative research.** 2017.
- EPICURO. **Carta Sobre a Felicidade (à Meneceu).** Tradução de Álvaro Lorencini e Enzo Del Carratore. São Paulo: Editora Unesp, 2002.
- FERNANDES, M. A. et al. **Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal.** Ciênc. saúde coletiva. v. 18, n. 9, p. 2589-96, 2013.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos**. Hist. cienc. saúde-Manguinhos. v. 17, supl. 1, p. 165-80. 2010.

JAEGER, W. **Paidéia: a formação do homem grego**. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

KOVACS, M. J. **A caminho da morte com dignidade no século XXI**. Rev. Bioét. v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

LA ROCHEFOUCAULD, F. **Reflexões ou sentenças e máximas morais**. Tradução de Rosa Freire D'Aguiar. 1^a ed. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2014.

LIMA, M. P.; OLIVEIRA, M. C. **Meanings of nursing care for the family of patients in palliative care**. Rev Rene. v. 16, n. 4, 2015.

LIMA, R.; et. al. **A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso**. Rev Min Enferm. v. 21, n. e-1040. 2017.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia: Dos pré-socráticos a Wittgenstein**. 13^ºed. ed. Zahar. 2008.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. in: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de cuidados paliativos ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p.23-30.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: Antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MONTAIGNE, M. **Ensaios**. São Paulo: Nova Cultural; 2000.

PRETO, V. A. et al. **A percepção dos enfermeiros de um hospital geral sobre os cuidados paliativos**. Journal of Nursing UFPE on line. v. 11, n. 6, p. 2288-93. 2017.

RUBEM, A. **Sobre a morte e o morrer**. Folha de São Paulo. 2003. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz1210200309.htm>. Acesso em: 02 Set 2019.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. São Paulo. Ed. Atheneu. 2011.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: Discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo. Ed. Atheneu. 2011.

SCHOPENHAUER, A. **As Dores do Mundo: O Amor, a Morte, a Arte, a Moral, a Religião, a Política**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1964.

SCHWARZ, F. **O mistério do Ser: Nome e Potência**. 2011.

TOMASZEWSKI, A. S. et al. **Demonstrations and necessities on the death and dying process: perspective of the person with cancer**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. v. 9, n. 3, p. 705-16, 2017.

World Health Organization – WHO. **Palliative care**. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/en/>. Acesso em: 02 Set 2019.

ASPECTOS NUTRICIONAIS RELACIONADOS À DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jéssica Cyntia Menezes Pitombeira

Nutricionista, docente da Faculdade Cisne de Quixadá
Quixadá – CE

Sanmera Sayonara Gomes Duarte

Nutricionista pela Faculdade Cisne de Quixadá
Quixadá - CE

Antônia Aline Araújo Rodrigues

Nutricionista pela Faculdade Cisne de Quixadá
Quixadá - CE

Maria Isabelle Cabral de Queiroz

Nutricionista pela Faculdade Cisne de Quixadá
Quixadá - CE

Maryana Monteiro Farias

Nutricionista, docente Do Centro Universitário Ateneu
Fortaleza - CE

Aline Almeida da Silva

Engenheira de Alimentos pela Universidade Federal do Ceará
Fortaleza - CE

Celso Lourenço de Arruda Neto

Nutricionista, docente da Faculdade Cisne de Quixadá
Quixadá - CE

Cristiano Silva da Costa

Nutricionista, docente da Faculdade Cisne de Quixadá
Quixadá - CE

Ana Ilmara Almeida Maciel

Nutricionista pela Faculdade Cisne de Quixadá
Quixadá - CE

Francisca Alcina Barbosa de Oliveira

Nutricionista pela Faculdade Cisne de Quixadá
Quixadá - CE

Cleber de Sousa Silva

Graduando em Nutrição pela Faculdade Cisne de Quixadá
Quixadá - CE

RESUMO: O objetivo do presente trabalho foi elencar as particularidades e os aspectos nutricionais mais relevantes relacionados à doença renal crônica e aos tratamentos mais comumente aplicados para o manejo desta patologia. O estudo constitui uma revisão integrativa de caráter analítico e exploratório, cujo conteúdo foi obtido através da busca por artigos científicos em bases de dados. Tais artigos passaram por leitura e avaliação crítica para a sua escolha e aprovação para compor esta revisão. Na última fase da doença renal, caracterizada pela falência do órgão, há a necessidade de iniciar tratamento para a substituição das funções renais, como a diálise peritoneal, hemodiálise ou o transplante dos rins. Dietas hiperproteicas, obesidade e doenças crônicas estão relacionadas à problemas na função renal. A desnutrição possui influência sobre o funcionamento renal, estando relacionada a diminuição da taxa de filtração glomerular e do fluxo plasmático, na

capacidade de concentração renal e na excreção de ácidos. Restrições alimentares são importantes nesse estágio, visando a saúde do paciente. São relatadas, frequentemente, dificuldades no início das intervenções dietéticas devido às mudanças de hábitos exigidas pela doença. É de fundamental importância a realização de acompanhamento nutricional em indivíduos portadores de doença renal crônica, independente da terapêutica que esteja sendo aplicada, a fim de evitar o surgimento de alterações importantes no estado nutricional dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Nefropatias. Insuficiência renal crônica. Dietoterapia.

NUTRITIONAL ASPECTS RELATED TO CHRONIC RENAL DISEASE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: This work aimed to detail specific characteristics and the most relevant nutritional aspects related to chronic renal disease and the most commonly applied treatments to handle this pathology. The study constitutes an integrative review with an exploratory analytical feature; its content was obtained through research for scientific articles in databases. Such articles went through reading and a critical evaluation for its choice and approval to compose this review. On the last phase of renal disease, characterized by failure of that organ, there is necessity to initiate treatment to substitute the kidney functions, such as peritoneal dialysis, hemodialysis or kidney transplant. High-protein diets, obesity and chronic diseases are related to kidney function problems. Malnutrition influences kidney function, being related to the decrease of glomerular filtering rate and plasma flow, in the capacity of kidney concentration and acid excretion. Food restrictions are important in this stage, aiming at the patient's health. Difficulties in the beginning of dietetic interventions are frequently reported due to changes in habits demanded by the pathology. It is imperative to have nutritional follow-up with individuals with chronic renal disease, regardless of the therapeutic applied, aiming to avoid important alterations in their nutritional status.

KEYWORDS: Nephropathies. Chronic renal failure. Diet therapy.

1 | INTRODUÇÃO

Os rins exercem múltiplas atividades no organismo humano, dentre elas destacam-se a filtração e reabsorção de nutrientes (TORTORA; DERRICKSON, 2017). A doença renal crônica (DRC) é definida pela plataforma de Gestão Integrada de Doenças (GID) como uma lesão capaz de provocar perda progressiva e irreversível da função renal. Considera-se presente a DRC quando as alterações funcionais e estruturais dos rins duram por um período superior a três meses (GID, 2015).

No Brasil, a quantidade de indivíduos mantidos em programa crônico de diálise mais que dobrou nos últimos oito anos. O rastreamento realizado em países desenvolvidos estima prevalência de DRC entre 10 e 13% na população adulta. O gasto com o programa de diálise e transplante renal no Brasil situa-se em torno de 1,4

bilhões de reais ao ano (STANIFER et al,2016).

Diversos fatores podem ser associados à etiologia da DCR como a obesidade, hipertensão, diabetes, proteinúria, refluxo e/ou infecção urinária, abuso de analgésicos e anti-inflamatórios. Dietas com alto teor de proteínas também estão associadas ao desenvolvimento desta patologia (KILRSZTAJN et al, 2014).

A DRC é irrecuperável e o seu tratamento tem como objetivos limpar e filtrar o sangue, liberar o corpo de resíduos prejudiciais à saúde, como excesso de sal e de líquido. Além disso, objetivará o controle da pressão arterial, auxiliando o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio e ureia (SILVER; BUENO, 2014).

As pessoas em tratamento da DRC passam por alterações no cotidiano, meio familiar e social. Dentre essas mudanças estão aquelas relacionadas a alimentação (SILVE; BUENO, 2014). Modificações nos hábitos alimentares podem promover uma melhora na qualidade de vida do paciente, sendo necessário que o mesmo tenha hábitos e atitudes saudáveis afim de manter ou atingir o peso adequado e assegurar o aporte necessário de vitaminas e minerais (D'AMICO et al, 2013).

Visto esse cenário, o presente trabalho teve como objetivo elencar as particularidades e os aspectos nutricionais mais relevantes relacionados à doença renal crônica e aos tratamentos mais comumente aplicados para o manejo desta patologia.

2 | MÉTODOS

O presente estudo constitui uma revisão integrativa de caráter analítico e exploratório, cujo delineamento se deu através das seguintes etapas: 1) definição da temática central do trabalho e da pergunta norteadora, 2) levantamento bibliográfico e seleção dos artigos de interesse através de leitura breve, 3) categorização dos estudos segundo os critérios de inclusão, 4) análise e discussão das informações obtidas e 5) síntese do conhecimento extraído e apresentação da revisão integrativa.

A pergunta norteadora do trabalho foi “quais os aspectos nutricionais relacionados à doença renal crônica?”. O levantamento dos artigos científicos se deu através da exploração de bases de dados online como Scientific Electronic Library Online (Scielo), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os descritores “doença renal crônica”, “alimentação” e “hemodiálise” bem como seus respectivos nas línguas inglesa e espanhola.

Incluíram-se os artigos com datas de publicação entre os anos de 2010 e 2018, que estivessem disponíveis integralmente na internet e que abordassem o eixo temático proposto nessa pesquisa de forma satisfatória. Aqueles com data de publicação inferior a supracitada ou não disponíveis em sua totalidade foram excluídos.

A etapa seguinte consistiu na leitura exploratória dos artigos encontrados, permitindo a análise crítica do conteúdo encontrado. Posteriormente, os dados encontrados bem como a discussão gerada pelo mesmo foram dispostos na forma de tópicos e apresentados na forma desta revisão integrativa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Estrutura e fisiologia dos rins

os rins, órgãos apresentados em par, estão localizados abaixo da caixa torácica, atrás da cavidade peritoneal, junto à parede posterior do abdômen, um de cada lado da coluna vertebral (EATON; POOLER, 2016). O néfron é a unidade anatômica do rim, possuindo os dois em torno de 2.400 néfrons com capacidade de formar urina. A urina formada no interior dos néfrons passa por ductos coletores, que se unem para formar a pelve de cada rim. Cada pelve renal origina um ureter. O néfron é basicamente constituído de glomérulos e túbulo renais (GUYTON; HALL, 2017).

Os glomérulos ou cápsula de Malphi, artérias distribuídas pela estrutura renal e de suas ramificações, são originadas por arteríolas aferentes que formam os minúsculos novos capilares. Cada glomérulo está envolvido por uma cápsula de Bowman ou glomerular. O glomérulo se estende para formar o túbulo, que é dividido em três partes: um túbulo proximal, alça de Henle e um túbulo distal, onde este se junta para formar dutos coletores. Os dutos passam através do córtex renal e medula chegando à pelve renal. A função específica dos glomérulos é de filtrar a água e os solutos do sangue (RIELLA; RIELLA; RIELLA, 2013)

Os túbulos renais são tubos longos e contorcidos que se originam na cápsula de Bowman e seguem após a alça de Henle até o túbulo coletor. A função dos túbulos renais é reabsorver e transformar o líquido filtrado em urina em seu caminho para a pelve renal (RIELLA; RIELLA; RIELLA, 2013).

3.2 Funções do sistema renal

Os rins participam da regulação da pressão arterial (PA) pelo aumento ou diminuição do volume sanguíneo, através de um mecanismo hormonal chamado sistema renina-angiotensina. Quando há redução da PA a valores inferiores a normalidade, o fluxo sanguíneo pelos rins diminui, fazendo assim que o rim secrete uma substância denominada renina para o sangue (CANDIDO et al, 2015). A renina atua como uma enzima que converte uma das proteínas plasmáticas no hormônio angiotensina I, convertendo-a a angiotensina II, que produz vasoconstrição nas arteríolas, aumentando a pressão a valores normais (CANDIDO et al, 2015).

Outra atividade exercida pelos rins está associada a excreção de metabólitos. O corpo humano produz componentes advindos dos processos metabólicos, na maioria dos casos, prejudiciais quando presentes em altas quantidades. Para que a

homeostase corporal não sofra alterações, tais moléculas precisam ser excretadas na mesma dosagem em que são produzidas. A ureia, por exemplo, é eliminada pelos rins assim como o ácido úrico, além de fármacos comuns e substâncias estranhas (EARTON; POOLER, 2016).

O ácido úrico (AU) é uma substância naturalmente produzida pelo organismo, originado pela quebra de moléculas de purina por ação da enzima xantina oxidase. As purinas são degradadas e transformadas em ácido úrico, parte dele é liberada pelos rins e a outra parte permanece no sangue. O AU elevado está relacionado ao desenvolvimento de doença renal, por ser capaz de criar cristais de urato de sódio que se depositam em vários lugares do corpo, articulações, rins, dentre outros (FOUAD; FATHY; ZILDAN, 2016).

3.3 Doença renal crônica e fatores etiológicos relacionados

A DRC pode ser classificada em cinco fases, evoluindo de acordo com o grau da lesão e do acometimento da função renal. Na primeira fase, onde se inicia a lesão, há presença de microalbuminúria ou proteinúria e /ou hematúria. Na segunda fase ocorre o início da insuficiência renal, estando presentes lesões no parênquima renal (MONTENEGRO; WALTER; MORIMOTO, 2015).

Na terceira fase os sintomas renais já começam a surgir, podendo estar presentes a hipertensão e diabetes mellitus. Na quarta fase se iniciam os sinais e sintomas de uremia, como náuseas, vômitos e perda do apetite. Na fase final, o rim já não funciona de forma adequada, tornando-se impossibilitado de manter as funções mínimas para manter o paciente vivo (MONTENEGRO; WALTER; MORIMOTO, 2015).

A melhor conduta terapêutica é a prevenção da DRC e seus avanços para estágios finais da doença. Entretanto, ao chegar à última fase da doença onde ocorre a falência renal, há necessidade de iniciar tratamento para a substituição das funções renais. Alguns fatores etiológicos são considerados modificáveis e, portanto, podem ser reduzidos ou erradicados visando o não avanço da DRC (GID, 2015).

Dietas hiperproteicas, quando ingeridas por longo período de tempo, podem promover sobrecarga do funcionamento renal, devido às reações catabólicas dos aminoácidos e o elevado nível da taxa de filtração glomerular. Os resultados finais desses processos são moléculas de Adenosina Trifosfato (ATP), gás carbônico e ureia, sendo este último conhecido fator causal de lesões renais (ARAÚJO et al, 2013).

A obesidade é um grave problema de saúde devido ao aumento do risco de doenças crônicas, além de ser fator de risco direto de lesão renal, por meio de efeito hemodinâmico e hormonal, ou indireto, favorecendo o desenvolvimento de diabetes e hipertensão (SATO; RIELLA, 2013). A Hipertensão Arterial (HA), caracterizada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, também possui relação com a função renal, podendo ser tanto a causa como a consequência de uma doença renal

(SANTOS et al, 2015).

A diabetes mellitus também se relaciona positivamente com a DRC. Sua relação com esta patologia está atrelada aos danos ocasionados pela hiperglicemia aos vasos sanguíneos dos rins. A doença nos rins em pacientes diabéticos não apresenta sintomas precoces e, além de invisível, o processo de danificação dos rins é irreversível e pode progredir até converter-se em insuficiência renal crônica terminal (LIRA et al, 2016).

3.4 Tratamentos viáveis para a doença renal crônica

3.4.1 Diálise Peritoneal

Um dos tratamentos aplicados para tratar a DRC é a diálise peritoneal (DP). Nesta modalidade terapêutica o peritônio, membrana porosa e semipermeável que reveste os principais órgãos abdominais, entra em contato com o líquido da diálise possibilitando a filtração das substâncias indesejadas do sangue e da quantidade excessiva de água. O líquido da diálise peritoneal é composto na maioria das vezes por eletrólitos, cálcio, magnésio, sódio, cloreto, lactato e glicose, podendo conter também acetato e potássio (OLIVEIRA et al, 2016).

Previamente ao início do tratamento, é realizada um procedimento cirúrgico para a inserção de um cateter flexível no abdômen e o próprio paciente ou familiares substituem periodicamente a solução de diálise. Esta, ao entrar em contato com a membrana peritoneal, promove a extração das sujidades sanguíneas indesejadas e da água (SANTOS; VALADARES, 2013). A solução permanece na cavidade peritoneal durante algumas horas de 4 a 6, etapa chamada de permanência. Logo após o tempo de permanência, a solução utilizada é drenada e substituída por uma solução nova, esta troca normalmente é realizada de 3 a 5 vezes ao dia (SILVA et al, 2016).

Por ser um tratamento cuja realização, na maioria dos casos, é feita no domicílio do paciente, este e seus familiares precisam passar por treinamento onde deverão obter informações básicas relacionadas aos cuidados com o cateter, higiene, trocas de bolsas, dentre outros. Esta abordagem terapêutica, portanto, proporciona maior autonomia ao paciente, diferentes de outras modalidades (SESSO et al, 2014). A diálise peritoneal é indicada para pacientes que apresentam quadros de insuficiência renal aguda ou crônica (OLIVEIRA, et al, 2016).

No ano de 2016, no Brasil, mais de 111.303 pessoas estavam em tratamento dialítico, independente da modalidade (ROCHA et al, 2017). Com base nos cálculos do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), em 2014 o valor anual gasto com diálise peritoneal foi de R\$ 44.026,40 por paciente (SILVA et al, 2016).

3.4.2 Hemodiálise

A hemodiálise (HD) é uma técnica que consiste em substituir a função renal através do uso de uma máquina denominada dialisador. O sangue circula pelo dialisador e passa por um filtro, que corresponde a um cano artificial repleto de poros, onde irá remover substâncias tóxicas do sangue, dentre outras indesejáveis que estejam em excesso no organismo. Depois de sair do filtro livre de impurezas, o sangue passa por um sistema de segurança que detecta e extrai partículas de oxigênio presentes (TERRA,2010).

O sangue filtrado sai através de um cateter inserido dentro dos vasos sanguíneos e, após a filtração, o sangue limpo, sem toxinas e com menos líquidos retorna à circulação através de outro cateter. Em cada sessão de hemodiálise, o sangue percorre o filtro da máquina aproximadamente 17 vezes (TERRA,2010).

A HD geralmente é realizada de três a quatro vezes por semana, cada sessão durando aproximadamente de três a quatro horas (SESSO et al, 2016). No ano de 2014 foi calculado que o gasto anual do tratamento custava R\$ 34.849,36 por paciente (SILVA et al, 2016).

3.4.3 Transplante renal

O transplante renal é considerado o tratamento mais eficaz para portadores de DRC, com menor custo e aumento a qualidade de vida do paciente a longo prazo (PAULLETO et al, 2016). O tempo estimado de espera para um rim é de 2,8 anos (TORRES et al,2013).

Dos 111.303 pacientes em tratamento dialítico no ano de 2016, 30.447 estavam inscritos na lista de espera para transplante, correspondendo a um percentual de 31,2% (SESSO et al, 2014; ROCHA et al, 2017). No ano de 2014 ocorreu a realização de 4.225 transplantes renais com doador falecido e 1.384 transplantes com doador vivo, chegando ao total de 5.639 transplantes renais realizados no Brasil (PAULLETO et al, 2016).

Apesar de ser o tratamento mais eficaz, existem riscos relacionados à rejeição ao órgão transplantado, gerada por uma resposta imune à抗ígenos estranhos ao organismo do receptor que estão presentes na superfície das células do tecido transplantado. Para se alcançar o sucesso no transplante é necessário um tratamento com drogas imunossupressoras. Esse tratamento auxilia o organismo a aceitar o órgão transplantado, evitando rejeição (ROCHA et al, 2017).

3.5 Alterações nutricionais provocadas pela DRC

A desnutrição caracteriza-se pela oferta de proteínas e energia em quantidades abaixo das necessidades de um indivíduo (CHAGAS et al, 2013). A desnutrição em pacientes renais é complexa e envolve um grande número de fatores, como

ingestão nutricional deficiente, restrições graves na dieta, distúrbios hormonais e gastrointestinais, acidose metabólica, medicamentos que interferem na absorção de nutrientes, perda de nutrientes durante o tratamento dialítico e diálise inadequada (OLIVEIRA et al, 2010).

A desnutrição possui influência sobre o funcionamento renal, estando relacionada a diminuição da taxa de filtração glomerular e do fluxo plasmático, na capacidade de concentração renal e na excreção de ácidos (SATO; RIELLA, 2013). A prevalência de desnutrição em pacientes que fazem o tratamento de hemodiálise gira em torno de 10% e 70% e em pacientes que fazem diálise peritoneal entre 18% e 56% (SANTOS et al, 2013).

O baixo peso é um fator determinante da morbimortalidade em pacientes que estão com DRC em HD, devido a ingestão inadequada de calorias e nutrientes (OLIVEIRA et al, 2015). A perda de nutrientes durante o processo de HD também se mostra como possível causador de desnutrição nesses pacientes. São perdidos, primariamente aminoácidos, peptídeos e vitaminas hidrossolúveis (OLIVEIRA et al, 2010).

O portador de DRC, em geral apresenta estado de inflamação sistêmica, uma resposta do organismo a qualquer lesão celular ou tecidual. Este quadro é caracterizado pelos altos índices de proteína C reativa e citocinas pró-inflamatórias, provocando um aumento no catabolismo de proteínas e gasto energético total, além de contribuir na diminuição do apetite. A combinação destes fatores pode contribuir para a perda de peso progressiva e, consequentemente, para o surgimento da desnutrição (BARROS et.al, 2013).

Apesar das altas prevalências de desnutrição em pacientes renais, uma média de 20% a 25% dos indivíduos que fazem HD apresentam sobrepeso antes do tratamento. O excesso de peso pode ocasionar riscos à saúde, pois está relacionado a etiologia de outras patologias como diabetes e hipertensão, conhecidos fatores de risco para DRC (RODRIGUES et al, 2017). Assim, uma redução de peso poderia apresentar efeitos benéficos, retardando ou evitando a progressão da DRC e reduzindo as complicações cardiovasculares (SATO; RIELLA,2013).

3.6 Dietoterapia aplicada ao paciente renal

Os pacientes com DRC em hemodiálise possuem indicação de dieta diferenciada, cujo cumprimento é de fundamental importância para o tratamento do quadro. A perda da função renal provoca alterações no organismo, no apetite e na absorção dos nutrientes. A alimentação, portanto, deve ser um cuidado diário, já que a nutrição adequada proporcionará a diminuição das toxicidades urêmica e outras patologias associadas a DRC (SILVA; BUENO,2014).

Deficiência em calorias e proteínas são os problemas mais encontrados em pacientes que fazem hemodiálise (VAZ et al, 2014). Pacientes em HD apresentam

não ter um gasto energético diferente de pessoas saudáveis. De maneira geral recomenda-se 35 kcal/kg/dia para manutenção de peso em pacientes clinicamente estáveis (RIELLA; MARTINS, 2013). A recomendação de proteína é maior do que as recomendações para indivíduos normais sendo 1,1 a 1,4 g/kg/dia. Isso acontece, pois no processo dialítico ocorre a perda de aminoácidos, limitação na síntese e maior catabolismo proteico muscular (ASHS; BOGARD; MILLICHAMP, 2014).

As recomendações de potássio e sódio são individualizadas, dependendo do volume e perda urinária. Para o potássio a recomendação diária varia entre 1 a 3g por dia (RIELLA; MARTINS, 2013). Em relação ao sódio, a ingestão recomendada é de até 2.300mg/dia ou 6g de sal/dia (PASSEY, 2017). Em relação ao fósforo, a recomendação é a restrição na ingestão, pois níveis elevados no sangue estão associados a mortalidade de pacientes renais (GUTIÉRREZ, 2013). O ideal seria ingestão de 800mg ao dia, porém, como as proteínas devem ser ingeridas em grandes quantidades, acaba se tornando impossível a restrição de fósforo na dieta. Dito isto, a recomendação gira em torno de 800 a 1.200mg por dia (KALANTAR-ZADEH, 2013).

Deve-se haver atenção especial à quantidade de líquido ingerido diariamente por pacientes renais, visto a sua relação com a mortalidade quando este consumo se apresenta elevado ou muito baixo (CABRERA et al, 2015). O volume de excreção urinária diária é um bom guia para determinar a quantidade ideal a ser consumida, além de ser importante considerar o ganho de peso interdialítico. A porcentagem de aumento em relação ao peso seco é o melhor indicador de ganho interdialítico, pois considera as diferenças da estrutura física. Por fim, o aumento de 2 a 4,5% do peso seco entre sessões de HD é seguro para a maioria dos pacientes (RIELLA; MARTINS, 2013).

Com relação a pacientes realizando DP, as recomendações energéticas são em geral de 30 a 35kcal/kg/dia (RIELLA; MARTINS, 2013). A recomendação para manter o balanço proteico de pacientes estáveis é de, pelo menos, 1,2 a 1,3g/kg/dia. A hipocalemia é comum em pacientes em DP e pode trazer sintomas como cãimbras e arritmia cardíaca. Neste caso é aconselhado ao paciente o aumento da ingestão de potássio na dieta, caso ocorra hipercalemia, fazendo-se necessária melhor investigação da adequação da diálise (MACHADO et al, 2014).

Com relação ao sódio, cada paciente deve ser avaliado individualmente, sendo avaliados alguns parâmetros como o peso, pressão arterial. Em caso de ganho de peso líquido, a restrição de sódio na dieta é indicada. Quando houver controle na ingestão alimentar de sódio, não há necessidade de restrição grande de líquidos. Porém, os pacientes devem ser monitorizados para o peso e a pressão arterial (CAMPBELL; CARRERO, 2016). O fósforo da dieta em geral, precisa ser restringido, porém, devido as necessidades elevadas de proteína, é difícil a restrição de menos de 1.000 a 1.200 mg/ por dia (RIELLA; MARTINS, 2013).

No transplante renal, a recomendação energética no período de pós-transplante imediato fica em torno de 30 a 35 kcal/kg/dia para manutenção de peso corporal

(RIELLA; MARTINS, 2013). Já no período de transplante tardio, devido ao risco de obesidade influenciar na perda da função renal a longo prazo, a recomendação é de 25 a 30 kcal/kg/dia visando manter ou alcançar o peso adequado (NAGY et al, 2016).

Com relação às recomendações de proteínas no transplante imediato e tardio, a ingestão ideal é de 1,3 a 1,5 g/kg/dia e 0,8g/kg/dia, respectivamente. No paciente que apresente sinais de rejeição crônica, sugere-se a oferta de 0,6g/kg/dia. A recomendação de potássio é de 1 a 3 g/dia e o sódio deve ser limitado em até 3g/dia mesmo para pessoas não hipertensas. A recomendação de fósforo é usualmente 1.200 a 1.500 mg/dia, porém deve ser individualizada e em casos de hipofosfatemia alguns pacientes podem necessitar de suplementação de fosfato. Na rejeição crônica a restrição de fósforo é de 800mg/dia (RIELLA; MARTINS,2013).

Restrições alimentares são importantes nesse estágio, visando a saúde do paciente. São relatadas, frequentemente, dificuldades no início das intervenções dietéticas devido às mudanças de hábitos exigidas pela doença (BIRUETE et al, 2017).

4 | CONCLUSÃO

A doença renal crônica se apresenta como uma patologia multifatorial, na qual a alimentação pode se apresentar como fator de risco tanto por gerar a formação de produtos que estimulam lesão renal quanto por promover o surgimento de doenças que alteram a função dos rins. Em contrapartida, a nutrição apresenta papel importante na manutenção da saúde de indivíduos com doença já instalada, possuindo recomendações específicas de acordo com o tratamento aplicado.

É de fundamental importância a realização de acompanhamento nutricional em indivíduos portadores de doença renal crônica, independente da terapêutica que esteja sendo aplicada, a fim de evitar o surgimento de alterações importantes no estado nutricional dos mesmos. Tanto a desnutrição como o excesso de peso podem prejudicar a qualidade de vida dos indivíduos bem como interferir na progressão da doença, sendo primordial estimular o seguimento das recomendações de ingestão calórica e de nutrientes em casa caso específico.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.C. et al. Consumo de macronutrientes e ingestão inadequada de micronutrientes em adultos. *Rev. Saú. Púb.*, v. 47, n. 1, p. 177 – 189, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000700004. Acesso em: 25 nov. 2018.

ASHS, K.L.C.; BOGARD, J.; MILLICHAMP, A. Nutrition prescription to achieve positive outcomes in chronic kidney disease: A systematic review. *Nutrients*, v. 6, n. 1, p. 416 – 451, 2014.

BARROS, A.F et al. Há associação entre acyl-grelina e inflamação em pacientes hemodiálise? *J. Bras. Nefrol.*, v 35, n. 2, p 120 – 126, 2013.

BIRUETE, A. et al. Modified nutritional recommendations to improve dietary patterns and outcomes in hemodialysis patients. **J Ren Nutr.**, v. 27, n. 1, p. 62 – 70. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PLATAFORMA DE GESTÃO DE DOENÇA RENAL CRÓNICA. **Doença Renal Crônica**. Disponível em: <https://gid.min-saude.pt/irc.php>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CABRERA C. et al. A retrospective, longitudinal study estimating the association between interdialytic weight gain and cardiovascular events and death in hemodialysis patients. **BMC Nephrol.**, v. 16, n. 3, p. 113. 2015.

CAMPBELL, K.L.; CARRERO, J.J. Diet for the management of patients with chronic kidney disease; it is not the quantity, but the quality that matters. **J Ren Nutr.**, v.26, n. 5, p. 279- 281.2016.

CANDIDO, J. S. A. et al. Hipertensão arterial em pacientes em tratamento hemodialítico e fatores associados sistêmica primaria. **Cogitare. Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 257 – 265.2015.

CHAGAS, D.C. et al. Prevalência e fatores associados a desnutrição e ao excesso de peso em menores de 5 anos nos seis maiores municípios do Maranhão. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.16, n. 1, p. 146 – 156. 2013.

D'AMICO, L.F. et al. Caracterização do Estado Nutricional de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Programa de Hemodiálise na Cidade de Guarapuava – Paraná. **UNICIÊNCIAS**, v. 17, n. 1, p. 17 – 24. 2013.

EATON, D.C.; POOLER, J.P. **Fisiologia renal de Vander**. 8.ed. Porto Alegre: AMGH,2016.

FOUAD, M.; FATHY, H.; ZILDAN, A. Ácido úrico sérico e sua associação com hipertensão, nefropatia precoce e doença renal crônica em pacientes diabéticos tipo 2. **J.Bras.Nefrol.**, v.38, n.4, p. 403 – 410. 2016.

GUTIÉRREZ, O.M. The connection between dietary phosphorus, cardiovascular disease, and mortality: where we stand and what we need to know. **Adv. Nutr.**, v. 4, n. 6, p. 723 – 729. 2013.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 13.ed. Rio de Janeiro: Elsevier Ltda, 2017.

KALANTAR-ZADEH, K. Patient education for phosphorus management in chronic kidney disease. **Patie Prefer Adher.**, v. 7, n. 3, p. 370 – 390. 2013.

KILRSZTAJN, G.M. et al. Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. **J. Bras. Nefrol.** v.36, n.1, p. 63-73. 2014.

LIRA G.D. et al. Fatores associados a taxa de filtração glomerular em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 atendidos em hospital universitário no nordeste do Brasil. **Nutri Clín Diet Hosp.**, v. 36, n. 2, p. 111 – 123. 2016.

MACHADO, A.D. et al. Avaliação do consumo alimentar de pacientes renal crônica em hemodiálise. **Rev. Ciênc & Saú.**, v. 7, n. 2, p. 76 – 84. 2014.

MONTENEGRO, M. R.; WALTER, R. M.; MORIMOTO, J. M. Correlação dos métodos de avaliação nutricional de pacientes submetidos á hemodiálise. **Rev. Saú e Pesq.**, v. 8, n. 2, p. 267-275. 2015.

NAGY, K.U.A. et al. Association of abdominal circumference, body mass index, and inflammation in kidney transplant recipients. **J Ren Nutr.**, v. 26, n. 5, p. 325-333. 2016.

OLIVEIRA, C.M.C. et al. Desnutrição na insuficiência renal crônica: qual o melhor método diagnóstico na prática clínica? **J. Bras. Nefrol.**, v. 32, n. 1, p. 57 – 70. 2010.

OLIVEIRA, C.M.C. et al. Acidose metabólica e sua associação com o estado nutricional em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, v. 37, n. 4, p458 – 466.2015.

OLIVEIRA, M.P. et al. Qualidade de vida relacionada a saúde como preditor de óbito de pacientes em diálise peritoneal. **Rev. Latino – Am. Enfer.**,v. 24, n. 5, p. 1 – 7.2016.

PAULLETO, R.M. et al. Transplante renal: percepção de pacientes em hemodiálise fora da lista de espera. **Rev. Enferm. UFSM.**, v.6, n.2, p. 154-163. 2016.

PASSEY, C. Reducing the dietary acid load: How a more alkaline diet benefits patients with chronic kidney disease. **J Ren Nutr.**, v. 23, n.3, p.151- 160. 2017

RIELLA, M.C.; MARTINS, C. **Nutrição e o Rim**. 2.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

RIELLA, L.V.; RIELLA, C. V.; RIELLA, M. C. Noções de anatomia e fisiologia renal. In: RIELLA, M.C.; MARTINS, C. **Nutrição e o Rim**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 5- 19.

RODRIGUES, D.I. et al. Relação entre consumo alimentar e ganho de peso interdialítico em doentes renais crônicos. **Rev. Saú.Com.**, v. 13, n. 1, p. 779 – 785. 2017.

ROCHA, D.F. et al. Avaliação da adesão a terapia imunossupressora por auto relato de pacientes submetidos ao transplante renal. **Sci. Med.**, v.27, n. 4, p. 1 – 7. 2017.

SANTOS, F.K.; VALADARES, G.V. Conhecendo as estratégias de ação e interação utilizadas pelos clientes para o enfrentamento da diálise peritoneal. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**,v. 17, n. 3, p. 423 – 431. 2013.

SANTOS, A.H.C. et al. Indicadores antropométricos e avaliação da pressão arterial da verificação de risco de doença renal da população geral. **Rev de Exten Cult.**, v. 2, n. 3, p. 26 – 30. 2015.

SANTOS, A.C.B. et al. Associações entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **J.Bas.Nefrol.**, v. 35, n.4, p.279 – 288. 2013.

SATO, M.M.N; RIELLA, M.C. Consequências do estado nutricional sobre a função renal/desnutrição e obesidade. In: RIELLA, M.C.; MARTINS, C. **Nutrição e o Rim**. 2.Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013. p. 74 – 79.

SESSO, R.C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. **J. Bras. Nefrol.**, v. 38, n.1, p.54-61. 2016.

SESSO, R.C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - análise das tendências entre 2011 e 2013. **J. Bras. Nefrol.**, v.36, n.4, p. 476-481. 2014.

SESSO R.C. et al. Relatório do censo brasileiro de diálise crônica de 2012. **J. Bras. Nefrol.**, v. 36, n.1, p. 48-53. 2014.

SILVA, L.M; BUENO, C.D. Adesão ao tratamento dietoterápico sob a ótica dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Nutrire**, v. 39, n. 3, p. 276 – 283. 2014.

SILVA, S.B. et al. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação as diálises no Brasil. **Cad. Saú. Púb.**, v. 32, n. 6, p. 1 – 13. 2016.

SILVA, R.A.R. et al. Diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes em diálise peritoneal. **Act Paul Enferm.**, v. 29, n. 5, p. 486 – 493. 2016.

STANIFER, J.W. et al. Chronic kidney disease in low and middle-income countries. **Nephrol. Dial. Transplant**, v.3, n.6, p. 868-874. 2016.

TERRA, F.S. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Rev da Soc.Bras de Clín. Méd.**, v. 8, n. 3, p. 187-192. 2010.

TORRES G.V. et al. Perfil de pacientes em lista de espera para transplante renal. **Rev.Enferm. UFSM.**, v. 3, n. 1, p. 700 – 708. 2013.

TORTORA, G.J.; DERRICKSON, B. **Corpo Humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. 10. ed. São Paulo: Artmed, 2017.

VAZ, I.M. et al. Food intake in patients on hemodialysis. **Rev. Nutr.**, v. 27, n. 6, p. 665–675. 2014.

ASSOCIAÇÃO DA *HELICOBACTER PYLORI* E O CÂNCER NO ESTÔMAGO

Lennara Pereira Mota

Pós Graduanda em Hematologia Clínica e Banco de Sangue pelo INCURSOS;
Teresina, Piauí;

Hyan Ribeiro da Silva

Acadêmico de Farmácia na Faculdade Diferencial Integral Facid/Wyden
Teresina, Piauí;

Camilla Ribeiro Martins Borges

Biomedicina pela Facid
Teresina, Piauí;

Nayane Braga de Sousa

Nutrição pela Universidade Federal do Piauí
Picos, Piauí;

Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa

Graduando em Medicina pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
Teresina, Piauí;

Yanka Bárbara Leite Ramos Araújo

Biomédica pelo Centro Universitário Uninovafapi / Acadêmica no curso de Farmácia pela UNINASSAU
Teresina, Piauí;

Talita de Arêa Santos

Enfermagem - Faculdade Santo Agostinho
Teresina, Piauí;

Raissa Kelly Lopes da Silva

Fisioterapia, Faculdade Estácio CEUT
Teresina, Piauí;

Luis Gustavo Oliveira Coelho

Medicina pela Facid
Teresina, Piauí;

Mércia da Silva Sousa

Enfermagem pela CEUT
Barras, Piauí;

Isabella Nunes Veloso

Medicina pela Faculdade Integral Diferencial - Facid/Wyden
Teresina, Piauí;

Érika Vicêncio Monteiro Pessoa

Mestranda em Ciências dos alimentos pela Universidade de São Paulo (UPS)
São Paulo/SP

Natália Monteiro Pessoa

Nutrição pelo Centro universitário de ciências e tecnologia do Maranhão
Caxias, Maranhão;

Thayz Ferreira Lima Moraes

Tecnologia em radiologia- Centro Universitário UNINASSAU
Teresina, Piauí;

Lillian Lettiere Bezerra Lemos Marques

Mestrado Profissional em Proteção Radiológica pelo Instituto Federal de Santa Catarina - IFSC.
Teresina, Piauí;

RESUMO: INTRODUÇÃO: Em 1983 foi descoberta no epitélio gástrico humano pela primeira vez a bactéria *Helicobacter pylori*. Na época houve uma mudança no dogma em que era considerado impossível que uma bactéria se multiplicasse no estômago devido

ao seu ambiente ácido. Desde então, a *H.pylori* é reconhecida como a causa de diversas doenças gástricas benignas e posteriormente foi claramente associada a doença gástrica maligna sendo considerada um agente carcinogênico para humanos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo que se baseia na elaboração a partir de materiais já publicados com o objetivo de analisar diversas posições em relação a determinado assunto. A busca pelos textos foi realizada a partir das seguintes palavras-chaves indexadas no DECs (Descritores em Ciências da Saúde): “*Helicobacter pylori*”, “Câncer” e “Estômago”, na plataforma SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) nos anos de 2012 a 2019. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A *Helicobacter pylori* é uma bactéria da classe das gram-negativas e está presente no estômago de 50% da população do mundo. A prevalência desse microrganismo varia de acordo com a localização e níveis socioeconômicos. Em fevereiro de 2017, a *H.pylori* foi incluída pela OMS na lista dos 16 microrganismos que merecem medidas urgentes de controle e que ameaçam a humanidade por estarem classificados na categoria de maior prioridade por causa da sua grande resistência a antibióticos de primeira linha. **CONCLUSÃO:** A *Helicobacter pylori* é uma bactéria que apresenta altas taxas de prevalência e devido a sua alta resistência aos antibióticos é considerada um microrganismo perigoso para a população mundial. Um grande problema envolvido na infecção por essa bactéria é a resistência aos fármacos, dificultando o tratamento e consequentemente o processo de cura. Países em desenvolvimento são os mais acometidos por essa infecção, devido aos problemas de saneamento e tratamento da água.

PALAVRAS-CHAVE: *Helicobacter pylori*, Câncer e Estômago.

HELICOBACTER PYLORI ASSOCIATION AND CANCER IN THE STOMACH

ABSTRACT: INTRODUCTION: In 1983, the bacterium *Helicobacter pylori* was first discovered in the human gastric epithelium. At the time there was a change in dogma where it was considered impossible for a bacterium to multiply in the stomach due to its acidic environment. Since then, *H.pylori* has been recognized as the cause of several benign gastric diseases and has subsequently been clearly associated with malignant gastric disease and is considered a carcinogenic agent for humans. **METHODOLOGY:** This is a qualitative bibliographic review that is based on the elaboration of materials already published in order to analyze various positions in relation to a given subject. The search for the texts was performed from the following keywords indexed in the DECs (Health Sciences Descriptors): “*Helicobacter pylori*”, “Cancer” and “Stomach”, in the SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) platform in 2012 to 2019. **RESULTS AND DISCUSSION:** *Helicobacter pylori* is a gram-negative bacterium and is present in the stomach of 50% of the world's population. The prevalence of this microorganism varies according to location and socioeconomic levels. In February 2017, *H.pylori* was included by WHO on the list of 16 microorganisms that deserve urgent control measures and threaten humanity because they are ranked in the highest priority because of their high resistance to first-line antibiotics. **CONCLUSION:** *Helicobacter pylori* is a

bacterium that has high prevalence rates and due to its high resistance to antibiotics is considered a dangerous microorganism for the world population. A major problem involved in infection with this bacterium is drug resistance, making treatment difficult and consequently the healing process. Developing countries are the most affected by this infection due to sanitation and water treatment problems.

KEYWORDS: *Helicobacter pylori*, Cancer and Stomach.

1 | INTRODUÇÃO

Em 1983 foi descoberta no epitélio gástrico humano pela primeira vez a bactéria *Helicobacter pylori*. Na época houve uma mudança no dogma em que era considerado impossível que uma bactéria se multiplicasse no estômago devido ao seu ambiente ácido. Desde então, a *H.pylori* é reconhecida como a causa de diversas doenças gástricas benignas e posteriormente foi claramente associada a doença gástrica maligna sendo considerada um agente carcinogênico para humanos (JIMÉNEZ, 2018).

A *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) é uma bactéria Gram negativa que necessita de baixíssimas concentrações de oxigênio e é capaz de colonizar a mucosa gástrica. As pessoas infectadas por essa bactéria em 100% dos casos apresentam gastrite crônica, de 10 a 20% úlceras gástricas e em menos de 1% apresentam linfoma do tecido linfoide com associação à mucosa do estômago. A *H. pylori* também pode provocar adenocarcinoma gástrico em 1 a 2% dos pacientes infectados (ARÉVALO et al, 2018).

A *Helicobacter pylori* é uma bactéria em espiral, gram-negativa, sobrevive em baixas concentrações de oxigênio e é fastidiosa. Esta bactéria apresenta de dois a seis flagelos, e por isso possui alta mobilidade, podendo penetrar a mucosa gástrica humana (BORGES et al, 2019).

A transmissão de *H. pylori* acontece por via oral, tanto de pessoa para pessoa, como em água e alimentos contaminados. A falta de saneamento básico, altas condições de pobreza, convívio com pessoas infectadas geram um alto fator de risco para a infecção. Os métodos para diagnóstico da infecção por essa bactéria são invasivos, como por exemplo, a biópsia para a análise histológica do tecido gástrico (GONZÁLEZ et al, 2018).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo que se baseia na elaboração a partir de materiais já publicados com o objetivo de analisar diversas posições em relação a determinado assunto. A busca pelos textos foi realizada a partir das seguintes palavras-chaves indexadas no DECs (Descritores em Ciências

da Saúde): “*Helicobacter pylori*”, “Câncer” e “Estômago”, na plataforma SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*).

Os critérios de inclusão foram pesquisas científicas publicadas de 2012 a 2019, publicados no idioma português, inglês e espanhol, que atendiam ao problema da pesquisa: Qual a associação entre *Helicobacter pylori* e o câncer no estômago? Os critérios de exclusão foram trabalhos científicos com apenas resumos disponíveis, publicações duplicadas, artigos de relato de experiência, reflexivo, editoriais, comentários e cartas ao editor.

A partir do problema de pesquisa foram selecionados artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais escolhidos a partir de levantamento realizado por meios dos descritores na biblioteca virtual SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

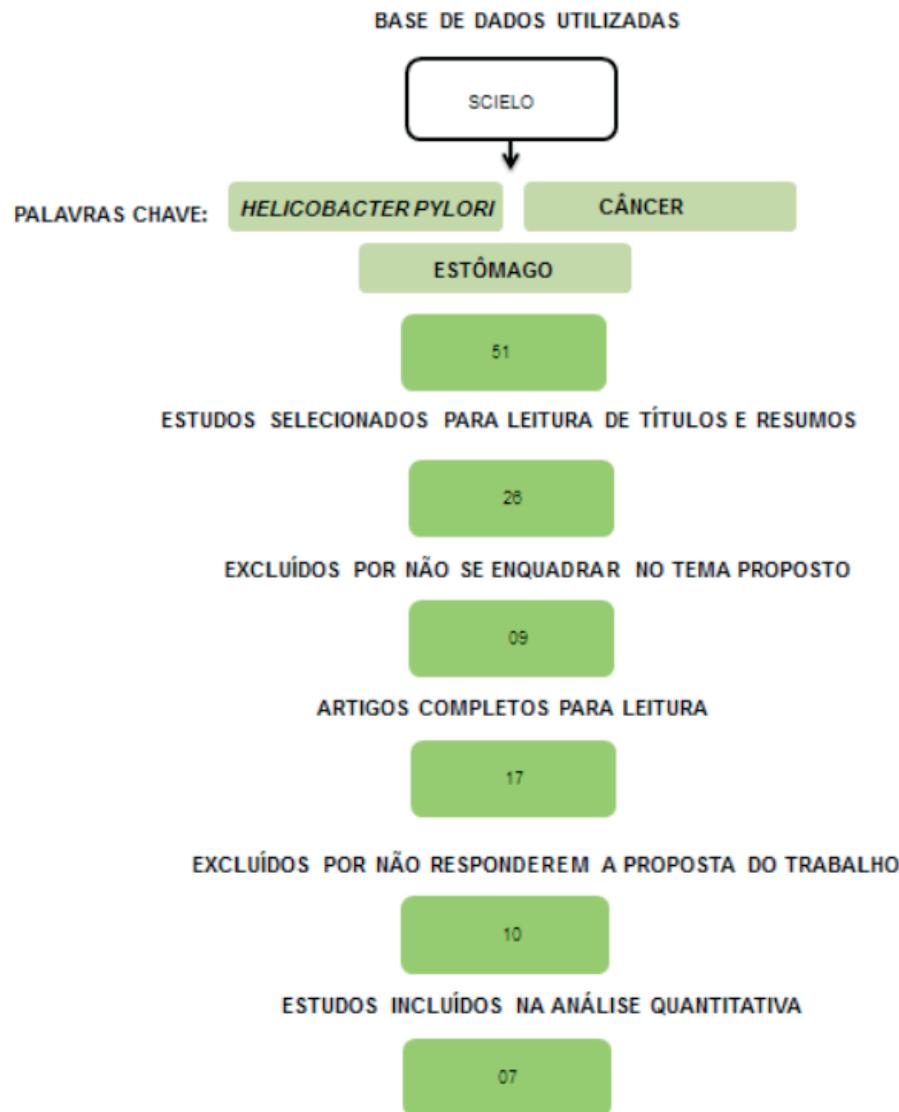


Figura 1: Fluxograma que apresenta o processo de seleção das publicações, Teresina, Brasil, 2019.

Fonte: Fluxograma elaborado pelos autores.

A *Helicobacter pylori* é uma bactéria da classe das gram-negativas e está presente no estômago de 50% da população do mundo. A prevalência desse microrganismo varia de acordo com a localização e níveis socioeconômicos (RECH et al, 2018). Em fevereiro de 2017, a *H.pylori* foi incluída pela OMS na lista dos 16 microrganismos que merecem medidas urgentes de controle e que ameaçam a humanidade por estarem classificados na categoria de maior prioridade por causa da sua grande resistência a antibióticos de primeira linha (ARÉVALO et al, 2018).

H.pylori é considerado o principal agente etiológico relacionado com doenças gástricas em humanos no mundo. Em 2005, esta bactéria foi identificada como um contaminante microbiológico presente na água, e em seguida o seu papel nas doenças gástricas foi estudado. Em países desenvolvidos a prevalência dessa infecção possui uma taxa menor em relação aos países em desenvolvimento, devido às condições sanitárias melhores (BASÍLIO et al, 2018).

A bactéria *H.pylori* é considerada o principal fator para o desenvolvimento do câncer gástrico, sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um carcinógeno tipo I. Recomenda-se que a bactéria seja erradicada, mas existe uma grande preocupação por causa da eficácia dos tratamentos, em relação a fatores ambientais ou do organismo do paciente, como por exemplo, a presença de polimorfismos em enzimas que participam do metabolismo dos fármacos e de bactérias e na interleucina 1 B, mas a principal causa do insucesso do tratamento ainda é devido a resistência bacteriana (ARÉVALO et al, 2018).

O câncer gástrico é desenvolvido devido a diversos fatores, como por exemplo, a infecção pela *Helicobacter pylori*, dietas ricas em sódio, pessoas fumantes, alimentação pobre em frutas e fibras e histórico familiar da doença. O principal e mais importante agente causador do câncer gástrico é o *H. pylori*, uma bactéria que se multiplica na ausência de oxigênio e a infecção causada ocorre principalmente na infância. Embora mais de 75% dos cânceres gástricos possuam relação com a *H.pylori* e estudos evidenciam que a infecção por esse microrganismo é necessária, ainda não existem evidências suficientes para explicar o processo de carcinogênese gástrica (OLIVEROS et al, 2018).

Apesar da metade da população do mundo ser infectado por essa bactéria, cerca de 80% desses indivíduos não possuem evidências da patologia e em torno de 3% desenvolvem neoplasias associadas à infecção por *H.pylori*. Diversos fatores estão relacionados à infecção por *H.pylori*, como por exemplo, fatores ambientais, de virulência e genéticos. Vários estudos mostram uma diversidade nos genes da *H.pylori*, os produtos dessas cepas desenvolvem um processo inflamatório através de citocinas e mediadores de inflamação que levam a diferentes graus de resposta inflamatória no indivíduo e em consequência disso diferentes condições patológicas (VINAGRE et al, 2018).

Diversos estudos mostram que a infecção por *H.pylori* pode levar ao adenocarcinoma gástrico. Este tipo de neoplasia representa um grande problema de

saúde pública, sendo considerado o quarto tumor maligno mais comum e a segunda maior causa de mortes associadas ao câncer. O diagnóstico deste câncer na maioria das vezes não é detectado nos estágios iniciais. Em consequência disso, a maioria dos indivíduos apresentam metástases e lesões gástricas quando é diagnosticada pela primeira vez. Se não houver tratamento, em torno de 63% dos casos podem levar para a patologia incurável no período de cinco anos (BORGES et al, 2019).

No tratamento terapêutico para a infecção com *H.pylori* existe uma alta taxa de insucesso, principalmente em consequência de mutações pontuais causadas pela bactéria, que levam a resistência aos antibióticos, principalmente a claritromicina e levofloxacino. O mecanismo de resistência aos antibióticos está associado ao uso incorreto dos fármacos, levando a resistência das cepas. Além desses mecanismos desenvolvidos pela *H.pylori* alguns estudos mostram que a idade e o sexo dos pacientes e a presença ou ausência de patogenicidade das bactérias são fatores importantes no desenvolvimento da resistência bacteriana (VIANNA et al, 2018).

4 | CONCLUSÃO

A *Helicobacter pylori* é uma bactéria que apresenta altas taxas de prevalência e devido a sua alta resistência aos antibióticos é considerada um microrganismo perigoso para a população mundial. Um grande problema envolvido na infecção por essa bactéria é a resistência aos fármacos, dificultando o tratamento e consequentemente o processo de cura. Países em desenvolvimento são os mais acometidos por essa infecção, devido aos problemas de saneamento e tratamento da água. Diversos estudos confirmam a relação da *H.pylori* com o câncer gástrico e a dificuldade em diagnosticar essa neoplasia. É necessário que sejam realizados mais estudos sobre a resistência desse microrganismo para o desenvolvimento de terapias mais eficazes. Também é importante a conscientização da população sobre a gravidade desta infecção e a importância do uso correto da terapêutica com os antibióticos.

REFERÊNCIAS

ARÉVALO, Azucena; OTERO, William Alberto; TRESPALACIOS, Alba Alicia. *Helicobacter pylori: resistencia múltiple en pacientes de Bogotá-Colombia*. **Biomédica**, v. 39, 2019.

BASÍLIO, Irigrácin Lima Diniz et al. Risk factors of *Helicobacter pylori* infection in an urban community in Northeast Brazil and the relationship between the infection and gastric diseases. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, n. 2, p. 183-189, 2018.

BORGES, Stéfani Sousa et al. [ARTIGO PARCIALMENTE RETRATADO] Prevalência da infecção por *Helicobacter pylori* em pacientes dispépticos e associação com fatores de riscos clínicos para o desenvolvimento de adenocarcinoma gástrico. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 56, n. 1, p. 66-70, 2019.

JIMÉNEZ JIMÉNEZ, Geiner. *Helicobacter pylori* como patógeno emergente en el ser humano. **Rev. costarric. salud pública**, v. 27, n. 1, p. 65-78, 2018.

MARÍN GONZÁLEZ, Ana María et al. Asociación clínica, patológica y microbiológica de *Helicobacter pylori* en biopsias gástricas en el departamento de Caldas-Colombia. **Revista de Gastroenterología del Perú**, v. 38, n. 2, p. 144-150, 2018.

OLIVEROS, Ricardo et al. Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural. **Revista Colombiana de Gastroenterología**, v. 34, n. 2, p. 177-189, 2019.

RECH, Tássia Flores et al. *Helicobacter pylori* eradication: influence of interleukin-1beta-31 C/T polymorphism. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 22, n. 4, p. 311-316, 2018.

VIANNA, Júlia Silveira et al. The interplay between mutations in *cagA*, 23S rRNA, *gyrA* and drug resistance in *Helicobacter pylori*. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 60, 2018.

VINAGRE, Ruth Maria Dias Ferreira e cols. Infecção por *Helicobacter pylori* e perfil imune de pacientes com diferentes doenças gastroduodenais. **Arquivos de gastroenterologia**, v. 55, n. 2, p. 122-127, 2018.

ASSOCIATION BETWEEN CHRONIC PERIODONTITIS AND SERUM ALBUMIN: LITERATURE REVIEW

Walder Jansen de Mello Lobão

Federal University of Rio de Janeiro, Faculty of Dentistry
Rio de Janeiro – RJ

Vandilson Pinheiro Rodrigues

Federal University of Maranhão, Department of Morphology
São Luís – MA

José Eduardo Batista

Federal University of Maranhão, Department of Pathology
São Luís – MA

Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira

Federal University of Maranhão, Department of Dentistry II
São Luís – MA

Antonio Luiz Amaral Pereira

Federal University of Maranhão, Department of Dentistry II
São Luís – MA

Meta-analyses and clinical trials with a large sample size were preferred. Results: A total of 891 articles were available in the databases (PubMed 25, Google Scholar 331 and LILACS 535). Forty-two articles were included in the review after eliminate double references and using the inclusion criteria. Conclusions: This review has shown inverse relationship between serum albumin concentration and periodontal disease in adults and elderly groups, not being this a clear association of cause and effect. It is suggested, thus, prospective studies and large sample size clinical trials to clarify pending issues from this association.

KEYWORDS: Chronic Periodontitis, Inflammatory mediators, Body Mass Index, Hypoalbuminemia.

ASSOCIAÇÃO ENTRE PERIODONTITE CRÔNICA E ALBUMINA SÉRICA: REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO: Objetivo: Realizar uma revisão de literatura sobre a relação entre Periodontite crônica e albumina sérica. Métodos: O estudo foi realizado no período entre Janeiro e Junho de 2016 utilizando as seguintes bases de dados: Pubmed, Google Acadêmico e LILACS incluindo artigos desde 2000 até o presente ano. As seguintes palavras-chave foram utilizadas: Periodontite crônica, albumina sérica

ABSTRACT: Aim: To review the literature about the relationship between chronic periodontitis and serum albumin. Methods: The study was performed in January and June 2016 and the following databases were used: Pubmed, Google Scholar and LILACS including articles published from 2000 onwards. The following keywords were used: Chronic Periodontitis, Serum Albumin and Hypoalbuminemia.

e hipoalbuminemia. Estudos de meta-análise e clínicos com grande tamanho amostral foram evidenciados. Resultados: Um total de 891 artigos foram avaliados nas bases de dados (PubMed 25, Google Scholar 331 and LILACS 535). Quarenta e dois artigos foram incluídos nessa revisão após eliminar referências concomitantemente citadas e usando os critérios de inclusão. Conclusões: A presente revisão mostrou relação inversa entre concentração sérica de albumina e doença periodontal em grupos de adultos e idosos, não sendo uma associação clara de causa e efeito. Sugere-se, portanto, estudos prospectivos e ensaios clínicos de grande porte para esclarecer questões pendentes desta associação

PALAVRAS-CHAVE: Periodontite Crônica, Albumina Sérica, Índice de Massa Corporal, Hipoalbuminemia.

1 | INTRODUCTION

Periodontal disease (PD) still remains worldwide as one of the most prevalent and complex pathologies concerning the nature of its etiology, classification of different forms, treatment and maintenance (KINANE et al., 2017). It affects 20% to 50% of the world population, which represents the major cause of tooth loss (NAZIR, 2017). PD is considered a public health issue that affects heterogeneously different regions of the world, however, with indications that the least developed countries present greater prevalence of the disease (FRENCKEN et al., 2017). It preferably affects adult individuals, nonetheless capable of affecting children as well (BOTERO et al., 2015). The most common periodontal diseases can be grouped into two distinct groups: Gingivitis and Periodontitis (TROMBELLI et al., 2018; PAPAPANOU et al., 2018).

Periodontitis is defined as an inflammatory condition of the gingival tissues, characterized by loss of connection of the periodontal ligament and the bone support of the tooth (KINANE et al., 2017). Additionally, the bacteria trigger inflammatory responses from the host causing those clinical effects. The individual characteristics that diminish the efficiency of host response can include medical factors such as malnutrition, which always impairs the innate and adaptive host defenses including phagocytic function, cell-mediated immunity, complement system, secreting antibody, and production and the function of cytokines (TAYLOR et al., 2006).

The expression risk factor refers to any personal behavior or lifestyle, an exposure environment or an innate or inherent characteristic, which, according to epidemiological evidence, increases the possibility of disease. To this, such factor must meet two criteria: being biologically plausible as the causal agent of the disease and identified in longitudinal studies (KOSHI, 2012).

Risk factors are biologically related to the manifestation of the disease, however, do not necessarily imply a cause and effect relationship, that is, just because an individual has a certain risk factor it does not necessarily mean they will develop the disease (KOSHI, 2012). The relationship between periodontal disease and systemic

diseases has been assessed for more than 20 years of well-conducted studies that suggest CPD playing a modulating role in systemic diseases such as cardiovascular (VEDIN et al., 2014), diabetes (LICCARDO et al., 2019), adverse pregnancy outcomes (OPACIC et al., 2019), rheumatoid arthritis (ACHARYA et al., 2019), chronic kidney disease (VILELA et al., 2011; LERTPIMONCHAI et al., 2019), anemia (CARVALHO et al., 2014) and hypoalbuminemia (PATIL et al., 2015).

Alterations in vascular permeability, such as those that occur in the duration of an inflammatory process, in PD for example, result in loss of albumin from the intra to the extravascular space resulting in a rapid fall in serum levels (HILL, 1985). From the foregoing, it seems of fundamental importance to assess the relationship between chronic periodontitis and concentrations of serum albumin, these being associated to malnutrition.

2 | METHODS

This is a literature review focused on scientific production contained in english and non-english languages journals, both in print and online to the field of periodontal medicine, starting from 2000 to 2016, but with inclusion of some previous publications cited in the references considered important for the understanding of the subject. The following means were used: Pubmed, Google Scholar and LILACS (Latin American Literature in Health Sciences) through these keywords: Chronic Periodontitis, Serum Albumin and Hypoalbuminemia.

The present study considered as content of the analysis the datas contained in the discussion and in particular the conclusions of the articles selected for the research, excluding articles about severe periodontal diseases. The datas inferred were analyzed in order to point out the relationship between Chronic Periodontitis and serum albumin.

3 | RESULTS OF SELECTION

The search resulted in 891 articles in databases after inform the following descriptors: Chronic Periodontitis and Serum Albumin (757), Chronic Periodontitis and hypoalbuminemia (134). After exclusion of the concurrent references was selected 42 articles, as well as, 1 manual and 1 guide about serum albumin and nutrition to present review, following cited standards.

4 | LITERATURE REVIEW

4.1 Considerations on Serum Albumin

The physiological properties of albumin were first recognized in 1837 by Ancell

(1840) and, since then, its complexity has been revealed. However, its physiological role is still not fully acknowledged in relation to the PD, being studied by some researchers (KAYSEN, 2002; PATIL et al., 2015).

Serum albumin is the most abundant plasmatic protein, comprising a total of 50% from the total human serum proteins. One of the important functions of albumin is its role in the maintenance of the circulating plasma volume, due to its relatively low molecular weight and its high concentration. It is responsible for 80% of the coloidosmotic pressure, but under conditions of extremely low albumin concentrations, only a slight edema is surprisingly observed, suggesting that this role can be played by other plasma proteins (DOWEIKO et al., 1991).

Serum albumin is a major binding protein for various substances in plasma, being synthesized only by the liver as pre-proalbumin that has an N-terminal peptide that is removed prior to the formation of the protein being released from the rough endoplasmic reticulum. The product, pro albumin, by its turn, is cleaved in the Golgi vesicles to produce the secreted albumin (ZUNSZAIN et al., 2003).

About 12% to 20% of hepatic synthesis capacity is made available for the synthesis of this protein, producing 150mg to 250mg of albumin per kilogram of body weight daily in healthy individuals (ANCELL, 1840; CARVALHO et al., 2014), which consumes 6% of the daily nitrogen intake (ZUNSZAIN et al., 2003).

Albumin synthesis is not influenced by serum levels, but it depends on a complex interaction between coloidosmotic pressure in the hepatic extracellular fluid, serum levels of hormones well-known to stimulate this synthesis (corticosteroids, anabolic steroids and thyroxine), presence of pro-inflammatory cytokines that inhibit this synthesis, and nutritional status, including the availability of energy, protein and micronutrients (WHICHER and SPENCE, 1987).

The concentration of albumin in the intravascular fluid is the result of the balance between synthesis and catabolism. These processes are complex and independent, although they occur simultaneously. Normal serum albumin concentrations are between 3.5 g / dL and 5.0 g / dL (HILL, 1985). However, the chosen method to carry out their dosages can have direct influence on the result, and therefore on the clinical analysis from this data (KOLTE et al., 2010).

The most widely used method is the colorimetric, by the fact it can be applied to all major analytical systems. In this method, two techniques stand out: bromocresol red and bromocresol green. Extensive works have shown that both techniques have poor accuracy, so that the albumin concentrations may be underestimated when using bromocresol red or overestimated when using bromocresol green (HILL, 1985).

In clinical practice, the frequently used method is bromocresol green. The origin of the low specificity of bromocresol green has been studied and the results have shown that, at least in samples with high concentrations of α_1 -globulin, α_2 -globulin and β -globulin fractions, this overestimation is due to the fact that the bromocresol green technique allows a reaction to occur with these proteins, that end up being interpreted

as albumin molecules (WEBSTER, 1974). Immunochemical methods are potentially the most accurate methods for measuring serum albumin. It has been shown that the immunoturbidimetric technique applied for the measurement of albumin is very precise and sensitive and, therefore, must be the method of choice for the measurement of serum albumin (SPENCER and PRICE, 1979).

Serum albumin concentrations are influenced by several factors, including: changes in the distribution of body fluids, hydration status, body losses, synthesis and catabolism rates. Under normal conditions, the albumin is lost through the vessel walls to the extravascular compartment, but most of it returns to the intravascular compartment via lymphatic system (WHICHER and SPENCE, 1987).

In the duration of an inflammatory process, such as in chronic periodontitis, there is release of inflammatory cytokines (IL-1, IL-6 and TNF- α) (SCHALK et al., 2004) and changes occur in vascular permeability, which result in the decrease of serum albumin levels. Besides, in clinical situations characterized by disorders in body plasma volume, such as acute dehydration, pregnancy, congestive heart failure, hepatic failure and kidney failure, albumin concentrations show up altered, therefore, for proper interpretation of these values, these conditions should be considered (WHICHER and SPENCE, 1987).

Wahid et al. (2013) found significant association between gingival index and serum albumin levels. The precise mechanism of this relation is not yet understood, but it was hypothesized that not only the nutritional aspect but also the inflammatory markers may influence the serum albumin concentration and the periodontal disease condition.

It has been suggested that the harmed dentition status, as tooth loss due to periodontal infection can affect individuals, causing food restriction, being able to compromise the nutritional status and welfare. In terms of association between serum albumin and oral disease it has been recently reported that the number of untreated teeth is a factor strongly associated with the concentration of serum albumin in the elderly (NAZIR, 2017).

Therefore, there is evidence that the severity of PD may be indicated and monitored by serum albumin levels. However, the studies conducted to assess the relationship between the state of the periodontal disease and the albumin concentration in serum did not show this association clearly (AMITHA et al., 2012).

4.2 Serum albumin versus BMI

Nutritional status reflects the extent to which physiological nutrient needs are being reached to maintain the proper composition and functions of the organism, resulting in the balance between intake and nutrient requirements. Changes in nutritional status contribute to increased morbimortality. Thus, malnutrition predisposes a range of serious complications, including tendency to infection, wound healing deficiency,

respiratory failure, heart failure, decreased glomerular filtration rate, decreased gastric juice production and protein synthesis at a hepatic level with abnormal metabolites production (BRASIL, 2000; ACUÑA and CRUZ, 2004).

Protein-caloric malnutrition has multiple causes and albumin is the most commonly used biochemical marker because of its ease of measurement and its association with clinical events in chronic inflammatory diseases (KELLER, 2019). Several studies have shown a strong correlation between low levels of albumin and increased risk of morbimortality (STEFANELLI et al., 2010).

A periodic evaluation of nutritional status should be performed in patients who have chronic diseases. Serum albumin is a practical marker for assessing the general health of an individual, since it demonstrates the severity of the underlying disease and even mortality (SHIBATA et al., 1991).

Stenvinkel et al. (2000) investigated in 83 patients who were in pre-dialysis (outpatient treatment) a possible association between nutritional status, inflammation and lipid metabolism, noting that in malnourished patients, albumin levels were significantly lower ($p < 0.01$) than in well-nourished patients, with no statistical difference in relation to total cholesterol, HDL and LDL between the groups. For patients with decreased albumin levels and higher RPC levels there was higher prevalence of cardiovascular disease.

Malnutrition can also be a means of monitoring the serum albumin concentration (DON and KAYSEN, 2004). Albumin in the presence of an inflammation shows decrease of serum concentration, decreasing its rate of synthesis and the same occurs in the presence of malnutrition (ENWONWU et al., 2002).

Insufficient food intake causes a 50% reduction in hepatic synthesis of albumin in the very first 24 hours and it persists if this situation lasts (ROTHSCHILD et al., 1972). It seems that the effect of poor food intake has a greater impact on the synthesis of albumin than on the synthesis of other proteins produced by the liver (JEPSEN and KUCHEL, 2006).

It is imperative to study the relationship between periodontal disease and serum albumin concentrations which are related to BMI and reflects on the overall health status of an individual, who may be at a higher risk of developing conditions or systemic inflammatory disorders (STENVINKEL et al., 2006).

4. 3 Hypoalbuminemia and Chronic Periodontitis: a plausible relationship

Clinical studies with scientific basis of recent decades have led to a better understanding and appreciation of the complexity and pathogenesis of periodontal disease (SOCRANSKY et al., 1998). It has in its essence bacterial etiology, specifically, periodontal pathogens associated to the destruction of the periodontal tissues. However, these pathogens, themselves, do not cause periodontal disease (LOE, 1993).

Hypoalbuminemia or low serum albumin concentration may be caused by various conditions such as cirrhosis of the liver, nephrotic syndrome, burns, haemodilution, increased vascular permeability or decreased lymphatic clearance, acute disease states (WAHID et al., 2013) and malnutrition (KOLTE et al., 2010).

Protein reduction results in hypoproteinemia with large pathological indications including muscle atrophy, weakness, weight loss, anemia, leukopenia, edema, decreased resistance to infections, slow wound healing, lymphoid decreasing and reduced ability of forming certain hormones and enzymes. The reduction of serum proteins has shown in experimental studies with animals damage to the periodontium, periodontal ligament degeneration, osteoporosis in the alveolar bone, impaired cementum deposition, slow wound healing and tongue atrophy (KOLTE et al., 2010; SARAVANAN et al., 2012).

These observations reveal alveolar bone loss resulting from the inhibition of normal bone formation activity, rather than being caused by the introduction of destructive factors. Protein deficiency also highlights the destructive effects of dental biofilm and occlusal trauma in periodontal tissues, but the beginning of gingival inflammation and its severity depends on the dental biofilm (VEDIN et al., 2014).

In the study by Patil et al. (2015) a significant association between periodontal disease and serum albumin concentration was found in adult groups and systemically healthy elderly, non-smokers, not pregnant or lactating women, showing an inverse relationship between serum albumin concentration and PD, in accordance to a cross-sectional (OGAWA et al., 2006) study that showed a consistent association between the occurrence of periodontal disease and hypoalbuminemia, associating that the number of untreated teeth was a significant factor for this low serum albumin concentration in individuals residing in senior living community. Another cross-sectional (MOJON et al., 1999) study with 85-year-old elderly individuals low serum albumin concentration was found in patients who had chronic periodontitis, agreeing that there is an association between oral health, in particular, control of periodontal disease and serum albumin levels.

Kolte et al. (2010) conducted a study with individuals who aged between 40 and 70 years old finding a statistically significant association of serum albumin levels between clinically healthy individuals and patients with chronic periodontitis, showing an inverse relationship between periodontal disease and serum albumin concentrations (below 4,6 g/dl), these being exclusively affected by the inflammatory component of chronic periodontitis, indicating strong evidence of association between the state of oral health, periodontal disease and concentrations serum albumin.

In the elderly, impaired teeth status and nutritional life style along with the possibility of compromised systemic health, may reflect on the serum albumin concentration values. Although this is a possibility, it is difficult to infer whether serum albumin concentrations are affected by inflammatory components of chronic periodontitis or compromised by nutritional status, due to the individual's general

health status (SPENCER and PRICE, 1979; KOLTE et al., 2010).

The reduction in serum albumin concentration has a positive relationship with alveolar bone loss which suggests the fact that patients with chronic periodontitis have low serum albumin concentration when compared to individuals with healthy periodontium (MOJON et al., 1999; KOLTE et al., 2010; AMITHA et al., 2012). These results were found in studies by Amitha et. al. (2012) in 60 individuals aged between 30 and 40 years old divided into two groups: periodontally healthy and with chronic periodontitis.

Okamura et al. (2007) reported a decrease in vital activity and gradual increase in the mortality rate with the reduction in serum albumin levels in individuals aged between 60 and 74 years old, showing that albumin levels below 4.0 g / dL indicate higher mortality rate. Shibata et al. (STEFANELLI et al., 2010) reported the significantly lower 10-year survival rate for patients with low serum albumin and emphasizes that the status of the periodontal disease has a significant influence not only in serum albumin, but also on the overall health all aspects. However, studies (FRENCKEN et al., 2017; TAYLOR et al., 2006; VEDIN et al., 2014; PATIL et al., 2015; KOLTE et al., 2010; STEFANELLI et al., 2010; OGAWA et al., 2006) that show the inverse relationship between serum albumin and chronic periodontitis do not confirm the clear association of cause and effect between serum albumin levels and periodontal disease.

5 | CONCLUSION

This review showed an inverse relationship between serum albumin concentration and periodontal disease in groups of adults and seniors, not being a clear association of cause and effect. It is suggested, thus, prospective studies and large sample size clinical trials involving periodontally healthy adult individuals and those with chronic periodontitis without any systemic diseases, which may be the initial step to clarify pending issues from this association.

6 | AUTHORS' CONTRIBUTIONS

Walder Jansen de Mello Lobão: Drafting of the manuscript; critical revision of the manuscript for important intellectual content. José Eduardo Batista: critical revision of the manuscript for important intellectual content. Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira: critical revision of the manuscript for important intellectual content. Antonio Luiz Amaral Pereira: orientation and critical revision of the manuscript for important intellectual content.

REFERENCES

ACHARYA, A.; LI, S.; LIU, X.; PELEKOS, G.; ZIEBOLZ, D.; MATTHEOS, N. **Biological links in**

periodontitis and rheumatoid arthritis: Discovery via text-mining PubMed abstracts. J Periodont Res., v. 54, n. 4, p. 318-28, 2019.

ACUÑA K, CRUZ T. Nutritional Assessment of Adults and Elderly and the Nutritional Status of the Brazilian Population. Arq Bras Endocrinol Metab., v. 48, n. 3, p. 345-361, 2004.

AMITHA, R.; MARY, J. A.; BIJU, T.; KUMARI, S.; FATHIMATH, N. Association of Serum Albumin Concentration and Periodontitis. IRJP, v. 3, n. 11, p. 183-186, 2012.

ANCELL H. Course of lectures on the physiology and pathology of the blood and the other animal fluids. Lancet, v. 1, p. 222-31, 1840.

BOTERO, J. E.; RÖSING, C. K.; DUQUE, A.; JARAMILLO, A.; CONTRERAS, A. Periodontal disease in children and adolescents of Latin America. Periodontol 2000, v. 67, n. 1, p. 34-57, 2015.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde (OMS). Management of severe malnutrition: a handbook for higher level health professionals and their auxiliary teams. Genebra. 2000.

CARVALHO, R. C. C.; LEITE, S. A. M.; DUARTE, K. M. M.; BASTOS, M. G.; ALVES, C. M. C.; BENATTI, B. B.; PEREIRA, A. L. A. Relationship between periodontal diseases and anemia. Braz J Periodontol., v. 24, n. 1, p. 48-53, 2014.

DON, B. R.; KAYSEN, G. Serum albumin: Relationship to inflammation and nutrition. Semin Dial, v. 17, p. 432-7, 2004.

DOWEIKO, J. P.; NOMPREGGI, D. J. Role of albumin in human physiology and pathophysiology. JPEN, v. 15, n. 2, p. 207-11, 1991.

ENWONWU, C. O.; PHILLIPS, R. S.; FALKLER, W. A. Nutrition and oral infectious diseases: state of the science. Compend Contin Educ Dent, v. 23, p. 431-438, 2002.

FRENCKEN, J. E.; SHARMA, P.; STENHOUSE, L.; GREEN, D.; LAVERTY, D.; DIETRICH, T. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis—a comprehensive review. J Clin Periodontol., v.44, p. 94-105, 2017.

HILL, P. G. The measurement of albumin in serum and plasma. Ann Clin Biochem., v. 22, p. 565-78, 1985.

JEPSEN, R.; KUCHEL, G. A. Nutrition and inflammation: the missing link between periodontal disease and systemic health in the frail elderly? J Clin Periodontol., v. 33, p. 309-11, 2006.

KAYSEN, G. A. Why measure serum albumin levels? J Renal Nutr., v. 12, n. 3, p. 148-50, 2002.

KELLER U. Nutritional Laboratory Markers in Malnutrition. J Clin Med, v. 8, n. 6, p. 775, 2019.

KINANE, D. F.; STATHOPOULOU, P. G.; PAPAPANOU, P. N. Periodontal diseases. Nat Rev Dis Prim, v. 3, 17038, 2017.

KOLTE, R. A.; KOLTE, A. P.; KOHAD, R. R. Quantitative estimation and correlation of serum albumin levels in clinically healthy subjects and chronic periodontitis patients. J Ind Soc Periodontol, v. 14, n. 4, p. 227-230, 2010.

KOSHI, E. Risk assessment for periodontal disease. J Indian Soc Periodontol., v. 16, p. 324-8, 2012.

LERTPIMONCHAI, A.; RATTANASIRI, S.; TAMSAILOM, S.; CHAMPAIBOON, C.; INGSATHIT, A.;

KITIYAKARA, C. et al. **Periodontitis as the risk factor of chronic kidney disease: Mediation analysis.** J Clin Periodontol., v. 46, n. 6, p. 631-639, 2019.

LICCARDO, D.; CANNANO, A.; SPAGNUOLO, G.; FERRARA, N.; CITTADINI, A.; RENGO, C.; RENGO, G. **Periodontal disease: A risk factor for diabetes and cardiovascular disease.** International journal of molecular sciences, v. 20, n. 6, p. 1414, 2019.

LÖE, H. **Periodontal disease; a brief historical perspective.** Periodontol. 2000, v. 2, p. 7-12, 1993.

MOJON, P.; BUDTZ-JORGENSEN, E.; RAPIN, C. H. **Relationship between oral health and nutrition in very old people.** Age Ageing, v. 28, p. 463-468, 1999.

NAZIR, M. A. **Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention.** Int J Heal Sci., v. 11, n. 2, p. 72, 2017.

OGAWA, H.; YOSHIHARA, A.; AMARASENA, N.; HIROTOMI, T.; MIYAZAKI, H. **Association between serum albumin and periodontal disease in community-dwelling elderly.** J Clin Periodontol., v. 33, p. 312-316, 2006.

OKAMURA, T.; HAYAKAWA, T.; HOZAWA, A.; KADOWAKI, T.; MURAKAMI, Y.; KITA, Y.; ABBOTT, R. D.; OKAYAMA, A.; UESHIMA, H. **Lower Levels of Serum Albumin and Total Cholesterol Associated with Decline in Activities of Daily Living and Excess Mortality in a 12-Year Cohort Study of Elderly Japanese.** J Am Geriatr Soc, v. 56, p. 529-535, 2007.

PAPAPANOU, P. N.; SANZ, M.; BUDUNELI, N.; DIETRICH, T.; FERES, M.; FINE, D. H., et al. **Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions.** J Clin Periodontol., v. 89, p. 173-182, 2018.

OPACIC, J.; MALDONADO, A.; RAMSEIER, C. A.; LAUGISCH, O. **Influence of periodontitis on pregnancy and childbirth.** Swiss Dent J., v. 129, n. 7-8, p. 581-589, 2019.

PATIL, N. A.; PATIL, S. A.; KALE, V. T.; KAMBLE, P. S.; WASAWADE, W. S.; REDDY, S. **Association between Serum Albumin Levels and Periodontal Disease.** J Res Adv Dent., v. 4, n. 1s2, p. 27-31, 2015.

ROTHSCHILD, M. A.; ORATZ, M.; SCHREIBER, S. S. **Albumin synthesis.** N Engl J Med., v. 286, n. 14, p. 748-50, 1972.

SARAVANAN, A. V.; MYTHILI, S. R.; PANISHANKAR, K. H., KUMAR, P. **Estimation of serum Albumin Levels associated with Chronic periodontitis in Elderly Subjects – A cross sectional study.** Streamdent, v. 3, n. 2, p. 120-125, 2012.

SCHALK, B. W.; VISSER, M.; DEEG, D. J.; BOUTER, L. M. **Lower levels of serum albumin and total cholesterol and future decline in functional performance in older persons: the Longitudinal Aging Study Amsterdam.** Age Ageing, v. 33, n. 3, p. 266-72, 2004.

SHIBATA, H.; HAGA, H.; UENO, M.; HAGAI, H.; YASUMURA, S.; KOYANO, W. **Longitudinal changes of serum albumin in elderly people living in the community.** Age Ageing, v. 20, p. 417-20, 1991.

SOCRANSKY, S.; HAFFJEE, A. D.; CUGINI, M. A.; SMITH, C.; KENT JR, R. L. **Microbial complexes in subgingival plaque.** J Clin. Periodontol., v. 25, p. 134-44, 1998.

SPENCER, K.; PRICE, C. P. **Kinetic immunoturbidimetry: the estimation of albumin.** Clin Chim Acta, v. 95, p. 263-76, 1979.

STEFANELLI, C.; ANDREOTTI, F. D.; QUESADA, K. R.; DETREGIACHI, C. R. P. **Nutritional evaluation of patients on hemodialysis**. J Health Sci Inst., v. 28, n. 3, p. 268-71, 2010.

STENVINKEL, P.; HEIMBURGER, O.; LINDHOLM, B.; KAYSEN, G. A.; BERGSTRÖM J. **Are there two types of malnutrition in chronic renal failure? Evidence for relationships between malnutrition, inflammation and atherosclerosis (MIA syndrome)**. Nephrol Dial Transplant, v. 15, p. 953-60, 2000.

TAYLOR, B. A.; TOFLER, G. H.; CAREY, H. M.; MOREL-KOPP, M. C.; PHILCOX, S.; CARTER, T. R. **Full-mouth tooth extraction lowers systemic inflammatory and thrombotic markers of cardiovascular risk**. J Dent Res., v. 85, p. 74-78, 2006.

TROMBELLINI, L.; FARINA, R.; SILVA, C. O.; TATAKIS, D. N. **Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations**. J Clin Periodontol., v. 45, n. 44-67, 2018.

VEDIN, O.; HAGSTRÖM, E.; GALLUP, D.; NEELY, M. L.; STEWART, R.; KOENIG, W. et al. **Periodontal disease in patients with chronic coronary heart disease: Prevalence and association with cardiovascular risk factors**. Eur J Prev Cardiol., v. 22, p. 771-778, 2014.

VILELA, E. M.; BASTOS, J. A.; FERNANDES, N.; FERREIRA, A. P.; CHAOUBAH, A.; BASTOS, M. G. **Treatment of chronic periodontitis decreases serum prohepcidin levels in patients with chronic kidney disease**. Clinics, v. 66, n. 4, p. 657-662, 2011.

WAHID, A.; CHAUDHRY, S.; EHSAN, A.; BUTT, S.; KHAN, A. A. **Bidirectional Relationship between Chronic Kidney Disease & Periodontal Disease**. Pak J Med Sci, v. 29, n. 1, p. 211-216, 2013.

WEBSTER, D. **A study of the intervention of bromcresol green with isolated globulin fractions**. Clin Chim Acta, v. 53, p. 109-15, 1974.

WHICHER, J.; SPENCE, C. **When is serum albumin worth measuring?** Ann Clin Biochem, v. 24, p. 572-80, 1987.

ZUNSZAIN, P. A.; GHUMAN, J.; KOMATSU, T.; TSUCHIDA, E.; CURRY, S. **Crystal structural analysis of human serum albumin complexed with hemin and fatty acid**. BMC Struct Biol., v. 3, p. 6-10, 2003.

SÍNDROME URÊMICA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Luciano de Oliveira Siqueira

Faculdade de Medicina da Universidade de Passo
Fundo
Passo Fundo - RS

Augusto Poloniato Gelain

Faculdade de Medicina da Universidade de Passo
Fundo
Passo Fundo - RS

Luiz Casemiro Krzyzaniak Grando

Faculdade de Medicina da Universidade de Passo
Fundo
Passo Fundo – RS

renal crônica, revisão bibliográfica

UREMIC SYNDROME IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

ABSTRACT: Justified by the worldwide and national prevalence and the severe morbidity and mortality imposed on patients with advanced chronic kidney disease (CKD), we have written a chapter about uremic syndrome in CKD. The purpose of this text is to review the main pathophysiological, biochemical and clinical aspects of advanced CKD. We also discuss the social impacts and the difficulties encountered in the management of the disease..

KEYWORDS: uremia, chronic renal insufficiency, literature review

1 | INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, os rins são vistos como um órgão importante para o bom funcionamento do corpo. Mas foi durante o século XIX, que um clínico inglês chamado Richard Bright, começou a perceber um padrão entre as autopsias, e assim, estudar e correlacionar uma enfermidade caracterizada por edema associado a anomalias cardiovasculares, cerebrais e renais.

Hoje sabemos que os rins possuem funções muito além da clássica “excreção de

RESUMO: Justificados pela prevalência mundial e nacional da doença renal crônica (DRC) e pela severa morbimortalidade impostas aos pacientes no estágio avançado dessa patologia, redigimos um capítulo sobre a síndrome urêmica na DRC. O objetivo do capítulo escrito é, a partir de uma extensa revisão bibliográfica, abordar os principais aspectos fisiopatológicos, bioquímicos e clínicos da DRC em estágio avançado. Associado ao aspecto científico, abordamos os impactos sociais e as dificuldades encontradas no manejo da doença. Por fim, ressaltamos que a leitura é de grande valia para todos os profissionais da saúde, servindo como estimulador para futuros estudos e conhecimentos sobre o assunto.

PALAVRAS-CHAVE: uremia, insuficiência

produtos indesejáveis do metabolismo”, esse órgão é essencial para a manutenção das dimensões e da composição físico-química do organismo humano. A manutenção da constância do volume extracelular, a concentração de eletrólitos, o pH, pressão arterial e o comportamento típico de uma glândula endócrina, principalmente, pela produção de eritropoietina e da forma ativa da vitamina D, são algumas das funções indispensáveis para a homeostasia, o que exemplifica o quanto nobre é o rim para o equilíbrio do metabolismo (RIELLA, 2010).

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida por um dano renal ou pela presença de um decréscimo da função renal por no mínimo três meses, independentemente da causa geradora (CKD; GRADED, 2013). Esse período de tempo em que as duas condições permanecem (dano renal ou redução da função) é fundamental e necessário para diferenciar entre a doença renal crônica e a aguda. Os danos renais são visualizados por patologistas a partir de biópsia renal, exames de imagem ou inferidas por meio de marcadores de sedimentação urinária e aumento da excreção de albumina (albuminúria), ou mais precisamente, alteração na relação Albumina-Creatinina maior que 30mg/g. Enquanto isso, na função renal, observa-se uma diminuição na Taxa de Filtração Glomerular, ou seja, valor menor do que 60 mL/min/1.73 m² (EKNOYAN et al., 2003).

Ademais, sabemos que a DRC é uma doença deletéria para o organismo do paciente que a detém. Os danos sistêmicos englobam, principalmente, efeitos neurológicos, endócrinos, metabólicos e hidroeletritolíticos.

Quando analisado os investimentos em saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem um papel fundamental na assistência desses doentes renais, uma vez que é o responsável pelo financiamento de 90% dos tratamentos de pacientes que se encontram em terapia renal substitutiva (TRS), a qual compreende tanto a diálise (hemodiálise e diálise peritoneal) quanto o transplante renal. Segundo Alcalde e Kirsztajn (2018) o número de internações por DRC no triênio de 2013 até 2015 foi de 102.110 pacientes ao custo de aproximadamente 350 milhões de reais. Analisando os procedimentos de diálise peritoneal e hemodiálise no mesmo período foram de 13.804.574 procedimentos ao custo de aproximadamente 2,5 bilhões. (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018).

Baseado no exposto a DRC é um grande e oneroso problema de saúde pública. As morbidades impostas ao paciente decorrem da própria doença e da precariedade do sistema de saúde públicos brasileiro. Como exemplo, podemos citar os inúmeros quilômetros viajados por milhares de pacientes para receberem o tratamento adequado, uma vez que os estágios avançados da doença requerem tratamento disponível apenas em grandes centros de saúde. (MORTON et al., 2016) factors of disadvantage included gender, race/ethnicity, religion, education, socio-economic status or social capital, occupation and place of residence. Outcomes included access to healthcare, kidney disease progression, cardiovascular events, all-cause mortality and suitability of analyses. Twenty-four studies in the pre-dialysis population and 34 in

the dialysis population representing 8.9 million people from 10 countries were included. In methodologically suitable studies among pre-dialysis patients, a significant social gradient was observed in access to healthcare for those with no health insurance and no home ownership. Low income and no home ownership were associated with higher cardiovascular event rates and higher mortality [HR 1.94, 95% confidence interval (CI).

2 | FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

O dano aos rins, agudo ou crônico, ativa mecanismos de defesa intrínsecos. A agressão multifatorial e prolongada resulta em fibrose do tecido renal, não sendo os mecanismos de defesa suficientes para impedir a progressão da DRC. De acordo com Webster et al. (2017), existem três processos fisiopatológico característicos dessa falência: glomeruloesclerose, atrofia tubular e fibrose intersticial.

A disfunção do endotélio, a destruição dos podócitos e a proliferação de células musculares lisas dos vasos renais e células mesangiais são indutores de glomeruloesclerose. A hipertensão, a dislipidemia e o tabagismo são fatores de risco para os danos morfológicos descritos acima. Por sua vez, a atrofia tubular e a fibrose intersticial, são desencadeadas pela presença de compostos proteicos no filtrado glomerular e, dessa maneira, estão intimamente relacionado com a TFG e a proteinúria (WEBSTER et al., 2017) but current international guidelines define this condition as decreased kidney function shown by glomerular filtration rate (GFR).

Os néfrons (as unidades funcionais dos rins) possuem características peculiares como forma de proteção para eventuais necessidades. Por exemplo, a capacidade funcional do sistema renal é vastamente superior a sua necessidade mínima, ou seja, isso permite que os seres humanos possam se manter vivos com a perda de função renal em situações onde a massa funcional é reduzida, desde que não atinja o limiar máximo de degradação. E essa capacidade de manter o funcionamento adequado provém de outra propriedade: os néfrons remanescentes a depleção funcional são capazes de se adaptar a essa condição agregando o trabalho de um conjunto de néfrons, que agora estão insuficientes, a uma única unidade, assim multiplicando seu ritmo de trabalho. Essas duas características nos ajudam a entender um pouco mais da história natural da Doença Renal Crônica (DRC), visando seu caráter progressivo, muitas vezes insidioso onde no inicio a sintomatologia é leve, necessitando de alta suspeição clínica até chegar a níveis avançados da doença renal (RIELLA, 2010).

Além disso, a atividade tubular é extremamente importante para a manutenção do sistema renal em meio a patologias destrutivas do parênquima. Um exemplo disso é a relação entre a absorção de sódio no túbulo proximal que é sempre diretamente proporcional a taxa de filtração glomerular por néfron (FPN), ou seja, se a FPN de sódio reduzir, a absorção desse elemento diminuirá na mesma proporção (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018). Sendo assim, os néfrons que contribuem para a função renal

mantêm a equivalência entre a carga excretada e a carga filtrada.

Para isso, os mecanismos de adaptação do néfron à perda progressiva de massa renal são regidos por dois preceitos: (1) a taxa de filtração por néfron aumenta até onde é possível fisicamente; (2) a função tubular aumenta na medida exata necessária para atender às necessidades do organismo, até atingir o limite permitido pela capacidade funcional de suas células.

Por fim, é possível deduzir que a doença renal crônica em estágios avançados é caracterizada pela retenção de solutos que são fisiologicamente excretados nos rins saudáveis. Alguns desses solutos, como a ureia, possuem potencial toxicidade e acarretam síndromes clínicas secundárias a falência renal, as quais são agrupadas e sumariamente descritas como síndrome urêmica.

3 I BIOQUÍMICA DA UREIA E A SÍNDROME URÊMICA

A ureia é consequência do catabolismo proteico, mais precisamente a partir da remoção do grupo amina dos aminoácidos. Do ponto de vista bioquímico, é uma molécula solúvel em água, com peso aproximado de 60g/mol e com valores séricos que variam de 13-43 mg/dL (VANHOLDER; GRYP; GLORIEUX, 2018) a marker of uraemic retention in chronic kidney disease (CKD). De acordo com Almeras e Argilés (2009) presently referred to as chronic kidney disease (CKD, a ureia foi o primeiro composto acumulado na DRC em fase terminal a ser identificado, e também, aquele que se encontra com a maior concentração no sangue dos pacientes urêmicos.

Segundo Vanholder et al. (2017), há um paradoxo quanto a toxicidade da ureia na DRC: estudos experimentais mais antigos não identificaram potencial toxicidade da molécula, por outro lado, estudos experimentais mais recentes sugeriram que a ureia, direta ou indiretamente, induz alterações bioquímicas com significativo impacto clínico.

Assim, D'Apolito et al. (2010), submeteram adipócitos derivados de ratos à concentração de ureia semelhante àquela encontrada na doença renal crônica, o que resultou em: síntese de espécies reativas de oxigênio, maior expressão de adipocitocinas relacionadas à resistência insulínica, RBP4 (*retinol binding protein 4*) e O-GlcNAc (*O-linked B-N-acetylglucosamine*). Tanto a RBP4, quanto O-GlcNac estão associados a indução de resistência insulínica. Ainda, houveram achados similares em ratos induzidos a uremia por procedimento cirúrgico/ ratos normais suplementados com ureia.

Recentemente, o dano da uremia ao trato gastrointestinal foi associado a diferentes desfechos na DRC. Acredita-se que, assim como em animais com DRC, a inflamação da parede do cólon de pacientes pré-dialíticos/dialíticos está associada com o rompimento da barreira epitelial intestinal e a translocação de DNA bacteriano e endotoxinas para a circulação sanguínea. DNA de bactérias intestinais e endotoxinas

já foram identificadas no sangue de pacientes com DRC/ em diálise, nos quais os níveis de endotoxinas foram proporcionais ao estágio do acometimento renal e à intensidade da inflamação sistêmica dos pacientes em diálise. Além disso, a dieta do renal crônico pode alterar a microbiota, facilitando a proliferação de bactérias produtoras de toxinas urêmicas. P-cresol e indoxil são as principais toxinas sintetizadas e, quando presentes no sangue, acarretam em inflamação sistêmica, acometimentos cardiovasculares e progressão da DRC (LAU; KALANTAR-ZADEH; VAZIRI, 2015).

A ureia presente no lúmen intestinal é convertida em amônia pela urease, enzima presente nas bactérias colônicas. No paciente urêmico, a retenção da ureia predispõe a uma maior síntese de amônia nos intestinos, fato que aumenta o pH do lúmen e agride a mucosa intestinal (VAZIRI; YUAN; NORRIS, 2013) suggesting a role of dialyzable agent(s. Portanto, além da toxicidade direta, podemos concluir que a ureia apresenta um mecanismo secundário de ruptura da barreira epitelial intestinal.

O dano cardiovascular da DRC também está relacionado à uremia. Lau e Vaziri (2016) relatam que altas concentrações de ureia são danosas para as células endoteliais da camada íntima das artérias. A afirmação acima corrobora com os dados demonstrados por Annuk et al. (2001): em comparação ao grupo controle, paciente com DRC tem a vasodilatação endotelial e atividade antioxidante diminuídos. Está estabelecida, ainda, uma relação entre a exposição *in vitro* de células de músculo liso da aorta humana à 56 mg/dl de ureia, e a consequente indução de moléculas pró-apoptóticas da família BCL2 (TRÉCHEREL et al., 2012). Por fim, a apoptose das células musculares arteriais é fator predisponente para diversas doenças cardiovasculares, como cardiopatia isquêmica, hipertensão e insuficiência cardíaca.

Drechsler et al. (2015) estabeleceu relação direta entre os níveis de albumina carbamilada e marcadores de estresse cardíaco, troponina T e peptídeo natriurético tipo B, em pacientes com DRC diabética avançada. Dessa maneira, demonstrou maior mortalidade cardiovascular, risco de morte cardíaca súbita e insuficiência cardíaca naqueles com maiores níveis de albumina carbamilada. Considerando que a reação de carbamilação é potencializada pelo aumento dos níveis de ureia, pode-se afirmar a exacerbção dos compostos carbamilados é um fator de risco cardiovascular estabelecido nos pacientes urêmicos.

4 | MANIFESTAÇÕES CLÍNICA DA SÍNDROME URÊMICA

Pacientes portadores de DRC podem cursar sua doença de duas formas: assintomáticos ou quando a patologia manifesta sinais e sintomas clínicos. Naqueles ditos sem sintomas, sua doença geralmente é descoberta após exames clínicos de triagem ou “check-up” de rotina com seus médicos. No entanto, dependendo etiologia da DRC, algumas pessoas têm sintomas expressivos desde cedo, e isso é diretamente proporcional com o estágio de função renal em que o paciente se encontra.

Como dito anteriormente, com a progressão da disfunção renal, muitas substâncias deixam de ser excretadas, como deveriam fisiologicamente ser, e ficam retidas no organismo do paciente renal crônico. E então, é através do aumento da concentração sérica dessas toxinas urêmicas armazenadas interagem negativamente com as funções biológicas do corpo, manifestando os sintomas. Tais compostos contribuem para um estado de inflamação, disfunção imune, doença vascular, alterações plaquetárias com aumento do risco de sangramento e alteração no metabolismo de algumas drogas farmacológicas (WEBSTER et al., 2017)but current international guidelines define this condition as decreased kidney function shown by glomerular filtration rate (GFR. Dito isso, as toxinas urêmicas são subdivididas em três grupos de acordo com suas características químicas e físicas: as moléculas hidrofílicas pequenas não ligadas a proteínas, como por exemplo, a ureia; moléculas pequenas lipofílicas com ou sem ligação a proteína, a exemplo dos fenóis; e as moléculas grandes como o Beta-2-m (VANHOLDER et al., 2008).

Em relação ao sistema cardíaco, pacientes que apresentam a síndrome urêmica possuem 3,5 vezes mais risco de desenvolver algum evento relacionado ao coração do que não portadores dessa síndrome. Além disso, 60% dos pacientes que iniciam diálise têm, por documentação de ecocardiograma, algum grau de alteração cardiológica, como por exemplo, remodelamento cardíaco (KASPER et al., 2017). Ademais, esses pacientes tem maior propensão a atherosclerose, visto que a hiperuremia gera um estado pró-inflamatório, principalmente nas células musculares lisas das artérias, aumentando a chance de formação de placas ateroscleróticas (TRÉCHEREL et al., 2012).

Outro destaque importante em pacientes urêmicos são os distúrbios hidroelectrolíticos, dentre eles: hipercalemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia e hipomagnesemia (CHIKOTAS; GUNDERMAN; OMAN, 2006). Todos esses distúrbios geram consequências no metabolismo também, a partir de uma acidose metabólica com presença de ânion GAP. Por consequência dessa redução do pH, o tecido osteomuscular sofre danos manifestada clinicamente por fadiga muscular e perda mineral óssea (LEAL; LEITE JUNIOR; MAFRA, 2008)patients were split in two subgroups. Inside these two subgroups patients were randomly allocated to two therapeutics groups: 10 patients (group A).

Já em relação ao sistema endócrino, hiperparatireoidismo secundário e aumento da resistência insulínica devem ser sempre levados em consideração quando se trata de síndrome urêmica. O aumento nos níveis de PTH acarretam em um decréscimo da vitamina D, redução sérica de cálcio e aumento de fosfato, podendo ser manifestada no paciente na forma de osteodistrofia. Já a intolerância a glicose ocorre a partir de elevações séricas de ureia podem tendem a causar resistência insulinêmica por sua ação nos adipócitos que em contato com a ureia formam radicais de oxigênio tendo ação deletéria nas células beta-pancreáticas (D'APOLITO et al., 2010).

Em relação ao sistema neurológico, a encefalopatia urêmica ocorre quando a

taxa de filtração glomerular cai abaixo de 10mL/min (GOLDMAN; SCHAFER, 2016). As manifestações clínicas incluem dificuldade de concentração, letargia, confusão mental, e, se não tratada, pode levar ao coma. Esses sintomas são causados pelas toxinas urêmicas, somado a anemia por deficiência de eritropoietina nos pacientes com doença renal, que causa uma hipoperfusão de oxigênio no tecido cerebral. Essas manifestações podem facilmente ser revertidas com o inicio da diálise (LISOWSKA-MYJAK, 2014).

Quando se trata de doença renal crônica, diversos estudos correlacionaram a estado com o surgimento de câncer. Um estudo australiano de coorte indicou os pacientes que estão em vigência de diálise por doença renal crônica possui um aumento do risco de desenvolver câncer em até 80% quando comparada a população em geral (VAJDIC et al., 2006). A causa para que isso ocorra é multifatorial, sendo as principais decorrentes de imunossupressão por alguns agentes e pelo estado urêmico crônico. No entanto, o que de fato está bem estabelecido é que a mortalidade por câncer nos pacientes urêmicos está diretamente relacionada com a redução da taxa de filtração glomerular (IFF et al., 2014).

5 | MANEJO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Os principais aspectos do manejo da DRC serão abordados abaixo de acordo com *KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease* .

O controle dos níveis pressóricos é determinante na progressão da DRC. De acordo com o guideline, pacientes com albuminúria < 30 mg/24 horas devem manter pressão sistólica \leq 140 mmHg e pressão diastólica \leq 90 mmHg; já aqueles com albuminúria \geq 30 mg/ 24 horas, devem manter pressão sistólica \leq 130 mmHg e pressão diastólica \leq 80 mmHg. As classes anti-hipertensivas de escolha são: BRA (bloqueadores dos receptores de angiotensina) ou IECA (inibidores da enzima conversora de angiotensina). Outro fator determinante na progressão da doença é o controle glicêmico, sendo uma hemoglobina glicada de 7% considerado o valor alvo.

Restrição proteica é sugerida para renais crônicos diabéticos ou não diabéticos com TFG < 30 ml/min/1,73 m². Estes devem ingerir uma quantidade máxima de 0,8 g/kg/dia de proteínas. Também é recomendado um ingesta diária menor do que 2g de sódio, o que equivale a aproximadamente 5g de cloreto de sódio. Além disso, os doentes renais devem praticar um estilo de vida saudável: pelo menos 30 minutos de atividade física, de acordo com a capacidade individual, cinco vezes por semana, controlar o peso corporal e cessar o tabagismo.

A anemia é um complicaçāo frequente da perda de função renal. Dessa maneira, paciente com TFG < 30 ml/min/1,73m² devem realizar a medida sérica da hemoglobina no mínimo duas vezes por ano. Níveis de hemoglobina sérica menores do que 12 g/

dl na mulher e 13 g/dl no homem fazem o diagnóstico de anemia. O tratamento será individualizado caso a caso, após a pesquisa de causas secundárias de anemia.

Outro acometimento do doença renal crônica em estágio avançado é a acidose. De acordo com as evidências disponíveis, deve-se suplementar bicarbonato por via oral para pacientes com níveis séricos de bicarbonato < 22 mmol/l, visando a manutenção dos valores de normalidade do ânion.

De acordo com o *KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease - Mineral and Bone Disorder* o tratamento das desordens minerais e ósseas dos renais crônicos com TFG < 45 ml/min/1,73 m² deve ser feito de acordo com as mensurações seriadas do fosfato, cálcio e PTH séricos. Resumidamente, é preferível diminuir os níveis de fosfato para os valores normais de referência e evitar o excesso de cálcio. Quanto ao PTH, o uso de calcitriol e vitamina D deve ser evitado, sendo recomendado apenas para casos de hiperparatireoidismo secundário severo e progressivo.

A doença renal crônica, mais especificadamente em seu estágio avançado de síndrome urêmica, é um problema de saúde público devido a sua elevação na prevalência e seu impacto em morbimortalidade dos portadores com elevado custo para os cofres públicos. Diversos estudos, como por exemplo, o *US Multiple Risk Factor Intervention Trial* mostram que fatores como idade avançada, tabagismo, hipertensão arterial, diabete mellitus (DM) e obesidade são condições que tendem a reduzir significativamente a taxa de filtração glomerular e propiciar o desenvolvimento da doença renal crônica, fatores que vêm crescendo com o envelhecimento populacional (JHA et al., 2013).

Dois dos principais fatores que contribuem para a progressão da DRC são a resistência insulinêmica e a elevação a pressão arterial. Segundo um estudo holandês realizado em dois centros de Atenção Básica em Leiden, na Holanda, foram avaliados 10.740 pacientes acima de 25 anos, com hipertensão isolada ou diabetes para a análise de suas funções renais. A correlação de hipertensão com algum grau de queda na TFG esteve presente em 21% da amostra, bem como a porcentagem de DM relacionado com algum grau de doença renal foi de 27,5% (VAN DER MEER et al., 2010).

Importante atentar, então, para o fato de diversas serem as consequências da DRC. Em relação a hipertensão arterial sistêmica (HAS), sabe-se que ela pode ser tanto causa quanto consequência (JHA et al., 2013). No Brasil, a HAS atinge 32,5% dos indivíduos adultos e mais de 60% da população idosa (CARDIOLOGIA, 2016). Junto com a DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) tiveram um impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (ABEGUNDE et al., 2007). Estes custos, em grande parte, acabam sendo repassados ao Estado. Assim, podemos começar a agir em medidas públicas sobre outras doenças de base, como as citadas acima, para redução dos custos públicos e danos aos pacientes portadores de doença renal, a

partir de prevenções primárias.

A equidade de acesso aos serviços especializados para bom manejo dessa doença é ineficaz em relação a indivíduos e suas características socioeconômicas, resultando, por vezes, em condutas e prognósticos discrepantes entre pacientes com a mesma doença (GAO et al., 2008)SETTING, PARTICIPANTS, & MEASUREMENTS: We conducted a retrospective cohort study of the clinical database used in a Department of Defense (DOD. Somado a isso, segundo SMART et al. (2014), adultos com maior vulnerabilidade social são mais propensos a faz uso de terapia intensiva devido ao atraso para o encaminhamento ao serviço especializado, como por exemplo um nefrologista. Além disso, a morbimortalidade que a síndrome urêmica impacta em seu portador, com sinais e sintomas que limitam a qualidade de vida do paciente, agrava-se pela restrição ao acesso para tratamento e seguimento, muitas vezes distantes de seus locais de procedência. Somado a isso, os custos vultosos aos cofres públicos podem ser reduzidos, pelo menos em parte, se começarmos a pensar em prevenção controle de doenças adjuvantes, mas que muitas vezes se encontram presentes concomitantemente a doença renal, como a hipertensão e a diabetes. Com isso, ao cabo, que tenhamos em mente o que foi citado acima sobre síndrome urêmica para que cada vez mais atentarmos a essa doença crônica e seus impactos e desfechos.

REFERÊNCIAS

- ABEGUNDE, D. O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, v. 370, n. 9603, p. 1929–1938, 2007.
- ALCALDE, P. R.; KIRSZTAJN, G. M. Expenses of the Brazilian Public Healthcare System with chronic kidney disease. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 40, n. 2, p. 122–129, 2018.
- ALMERAS, C.; ARGILÉS, À. The general picture of uremia. *Seminars in Dialysis*, v. 22, n. 4, p. 329–333, 2009.
- ANNUK, M. et al. Oxidative stress and endothelial function in chronic renal failure. *J Am Soc Nephrol*, v. 12, n. 12, p. 2747–2752, 2001.
- CARDIOLOGIA, S. B. DE. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016.
- CHIKOTAS, N.; GUNDERMAN, A.; OMAN, T. Uremic syndrome and end-stage renal disease: Physical manifestations and beyond. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, v. 18, n. 5, p. 195–202, 2006.
- CKD, D. O. F.; GRADED, N. Chapter 1: Definition and classification of CKD. *Kidney International Supplements*, v. 3, n. 1, p. 19–62, 2013.
- D'APOLITO, M. et al. Urea-induced ROS generation causes insulin resistance in mice with chronic renal failure. *Journal of Clinical Investigation*, v. 120, n. 1, p. 203–213, 2010.
- DRECHSLER, C. et al. Protein carbamylation is associated with heart failure and mortality in diabetic patients with end-stage renal disease. *Kidney International*, v. 87, n. 6, p. 1201–1208, 2015.

EKNOYAN, G. et al. Proteinuria and other markers of chronic kidney disease: A position statement of the National Kidney Foundation (NKF) and the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). **American Journal of Kidney Diseases**, v. 42, n. 4, p. 617–622, 2003.

GAO, S. W. et al. Assessment of racial disparities in chronic kidney disease stage 3 and 4 care in the Department of Defense Health System. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 3, n. 2, p. 442–449, 2008.

Goldman-Cecil medicine Goldman, Lee, (Physician); Schafer, Andrew I. 25th edition. Philadelphia, PA : Elsevier/Saunders, [2016]. NLM ID: 101648915 [Book]

IFF S, CRAIG JC, TURNER R, CHAPMAN JR, WANG JJ, MITCHELL P, WONG G. Reduced estimated GFR and cancer mortality. **Am J Kidney Dis**. 2014 Jan;63(1):23-30. doi: 10.1053/j.ajkd.2013.07.008. Epub 2013 Aug 30. PubMed PMID: 23993153.

JHA, V. et al. Chronic kidney disease: Global dimension and perspectives. **The Lancet**, v. 382, n. 9888, p. 260–272, 2013.

KASISKE B, W. D. K. 2012 C. P. G. FOR THE E. AND M. OF C. K. D. K. I. S. [INTERNET]. 2013;3(1):136–50. A. FROM: [HTTP://WWW.KDIGO.ORG/CLINICAL_PRACTICE_GUIDELINES/PDF/CKD/KDIG](http://WWW.KDIGO.ORG/CLINICAL_PRACTICE_GUIDELINES/PDF/CKD/KDIG). C.-M. G. K. S. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney international supplements**, v. 3, n. 1, p. 136–150, 2013.

LAU, W. L.; KALANTAR-ZADEH, K.; VAZIRI, N. D. The Gut as a Source of Inflammation in Chronic Kidney Disease. **Nephron**, v. 130, n. 2, p. 92–98, 2015.

LAU, W. L.; VAZIRI, N. D. Urea, a true uremic toxin: the empire strikes back. **Clinical Science**, v. 131, n. 1, p. 3–12, 2016.

LEAL, Viviane de Oliveira; LEITE JUNIOR, Maurilo; MAFRA, Denise. Acidose metabólica na doença renal crônica: abordagem nutricional. *Rev. Nutr., Campinas*, v. 21, n. 1, p. 93- 03, Feb. 2008 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000100010&In=g=en&nrm=iso. access on 30 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000100010>. LISOWSKA-MYJAK, B. Uremic toxins and their effects on multiple organ systems. **Nephron - Clinical Practice**, v. 128, p. 303–311, 2014.

Manual de medicina de Harrison [recurso eletrônico] / Dennis L. Kasper ... [et al.] ; tradução: André Garcia Islabão ; [revisão técnica: Alessandro Finkelsztejn ... et al.]. – 19. ed. – Porto Alegre: AMGH, 2017. e-PUB.

MORTON, R. L. et al. The impact of social disadvantage in moderate-to-severe chronic kidney disease: An equity-focused systematic review. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 31, n. 1, p. 46–56, 2016.

SMART, N. A. et al. Early referral to specialist nephrology services for preventing the progression to end-stage kidney disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2014, n. 6, 2014.

TAMARA ISAKOVA, MD, MMSC'CORRESPONDENCE INFORMATION ABOUT THE AUTHOR MD, MMSC TAMARA ISAKOVAEMAIL THE AUTHOR MD, MMSC TAMARA ISAKOVA, THOMAS L. NICKOLAS, MD, MS, MICHELLE DENBURG, MD, MSCE, SRI YARLAGADDA, MD, DANIEL E. WEINER, MD, MS, ORLANDO M. GUTIÉRRE, M. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis , Evaluation , Prevention , and Treatment of Chronic Kidney Disease – Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD) TREATMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE – MINERAL AND. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 7, n. 1, 2017.

TRÉCHEREL, E. et al. Upregulation of BAD, a pro-apoptotic protein of the BCL2 family, in vascular smooth muscle cells exposed to uremic conditions. **Biochemical and Biophysical Research Communications**, v. 417, n. 1, p. 479–483, 2012.

VAJDIC CM, MCDONALD SP, MCCREDIE MR, VAN LEEUWEN MT, STEWART JH, LAW M, CHAPMAN JR, WEBSTER AC, KALDOR JM, GRULICH AE. Cancer incidence before and after kidney transplantation. **JAMA**. 2006 Dec 20;296(23):2823-31. PubMed PMID: 17179459.

VAN DER MEER, V. et al. Chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus type 2 or hypertension in general practice. **British Journal of General Practice**, v. 60, n. 581, p. 884–890, 2010.

VANHOLDER, R. et al. A Bench to Bedside View of Uremic Toxins. **Journal of the American Society of Nephrology**, v. 19, n. 5, p. 863–870, 2008.

VANHOLDER, R.; GRYP, T.; GLORIEUX, G. Urea and chronic kidney disease: The comeback of the century? (in uraemia research). **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 33, n. 1, p. 4–12, 2018.

VAZIRI, N. D.; YUAN, J.; NORRIS, K. Role of urea in intestinal barrier dysfunction and disruption of epithelial tight junction in chronic kidney disease. **American Journal of Nephrology**, v. 37, n. 1, p. 1–6, 2013.

WEBSTER, A. C. et al. Chronic Kidney Disease. **The Lancet**, v. 389, n. 10075, p. 1238–1252, 2017.

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS COM DEPRESSÃO

Iara Nadine Vieira da Paz Silva

Enfermeira pela Faculdade Estácio
Teresina, Piauí;

Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa

Medicina na Universidade Estadual do Piauí
(UESPI)
Teresina, Piauí;

Samara Cristina Dos Reis Nascimento

Fisioterapia pela UNINOVAFAPI
Teresina, Piauí;

Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha

Enfermagem pela UFPI
Teresina, Piauí;

Elivelton Sousa Montelo

Bacharelado em Fisioterapia.
Universidade Federal do Piauí - Campus Ministro
Reis Velloso. Paranaíba-Pi.
Barreirinhas-Ma

Elielma Ferreira Leite

Enfermagem pela UNINOVAFAPI
Teresina, Piauí;

Maria Janaina Oliveira Sousa

Nutrição pela Faculdade Estácio
Teresina, Piauí;

Denize Evanne Lima Damacena

Bacharelado em enfermagem pela UESPI, mestre
em ciências e saúde pela UFPI
Teresina, Piauí;

Maria Divina dos Santos Borges Farias

Bacharelado em enfermagem pelo centro de
ensino unificado de Teresina-CEUT
Teresina, Piauí;

Gabriel Barbosa Câmara

Nutrição pela Unifacisa
Esperança, Paraíba;

Erika dos Santos Pinheiro

Bacharelado em Enfermagem UESPI
Teresina, Piauí;

Jordan Da Silva Soeiro

Enfermagem, Instituição: Universidade do Estado
do Pará - UEPA
Belém, Pará;

Luana Ribeiro dos Anjos

Centro universitário Santo Agostinho
Pós Graduanda em enfermagem em home Care
pela faculdade unidiferencial
Teresina, Piauí;

Natanael Damacena Sousa

Medicina pela UNINOVAFAPI
Teresina, Piauí;

Woodyson Welson Barros da Silva Batista

Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí
Teresina, Piauí;

RESUMO: **Introdução:** O processo de envelhecimento é caracterizado por múltiplas transformações fisiológicas específicas que interferem de modo individual em todos os seres vivos. Dentre as principais alterações físicas e psicossociais consideradas comuns nesta fase. O objetivo da pesquisa foi descrever os benefícios da atividade física em idosos com

depressão. **Metodologia:** O presente estudo tratara-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão de literatura. As realizações das buscas consistiram entre abril a junho de 2019, utilizou-se as bases de dados Scielo, Science Direct, Lilacs e PubMed com o recorte temporal de 2016 a 2019, onde ocorreu uma seleção criteriosa no que diz respeito a obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão. Com os descritores utilizados de modo associado e isolados foram “BENEFÍCIOS”; “ATIVIDADE FÍSICA”; “DEPRESSÃO” e “IDOSO”, em inglês e português. **Resultados e Discussão:** Dentro dessas buscas foram encontrados 1055 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados, indisponíveis na íntegra e incompletos, restringiram-se a 30 obras, desses, foram lidos individualmente por seis pesquisadores, na presença de discordâncias entre estes, um sétimo pesquisador era consultado para opinar quanto à inclusão ou não do artigo. Ao final das análises, 9 artigos foram incluídos na revisão porque melhor se enquadraram no objetivo proposto. **Conclusão:** Assim concluímos que a prática regular de atividade física é de suma importância no fortalecimento muscular, força e equilíbrio, com isso ajudando no desempenho da AVD e AIVD, dando ao idoso uma segurança maior em sua autonomia e prevenções de quedas.

THE BENEFIT OF PHYSICAL ACTIVITY IN THE ELDERLY WITH DEPRESSION

ABSTRACT: **Introduction:** the aging process is characterized by multiple specific physiological changes that interfere in individual mode in all living beings. Among the main physical and psychosocial changes considered common at this stage. The objective of the study was to describe the benefits of physical activity in the elderly with depression. **Methodology:** The present study befriended is a type of exploratory research literature review. The achievements of the searches consisted between April and June 2019, we used the databases Science Direct, Scielo, Lilacs, and PubMed with the temporal clipping from 2016 to 2019, where there was a careful selection in respect to works used for the development of this review. With the descriptors used so associated and isolates were "benefits"; "Physical activity"; "depression" and "elderly", in English and Portuguese. **Results and Discussion:** Within these searches were found 1055 articles, however, after the exclusion of duplicate findings, unavailable in íntegra and incomplete, restricted to 30 works, these were read individually by six researchers, in the presence of disagreements between them, a seventh researcher was consulted for an opinion regarding the inclusion or not of the article. At the end of the analyzes, 9 articles were included in this review because it better fit in the proposed objective. **Conclusion:** We conclude that the regular practice of physical activity is of utmost importance in strengthening, muscular strength and balance, thus helping the performance of alds and the aivd, giving the elderly a greater security in their autonomy and prevention of falls.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define que indivíduos com idade superior a

60 anos são considerados idosos nos países em desenvolvimento. Essa população encontra-se em ritmo crescente comparado com as demais faixas etárias e aumento na longevidade nos últimos decénios. O processo de envelhecimento é caracterizado por múltiplas transformações fisiológicas específicas que interferem de modo individual em todos os seres vivos. Dentre as principais alterações físicas e psicossociais consideradas comuns nesta fase, evidencia-se uma redistribuição acentuada da composição corporal com perda progressiva de massa magra, aumento da adiposidade e seu acúmulo na região abdominal, diminuição da percepção sensorial, redução da sensação à sede e maior disposição para o desenvolvimento de doenças crônicas (PIMENTEL; SILVA, 2019).

A um declínio normal da função fisiológica com o envelhecimento, podendo ser revertido com o treinamento de resistência e de força habitualmente praticado. Entre outros benefícios da participação em um programa de atividades regular envolvem um perfil melhor para fatores de riscos, a conscientização da população idosa para os benefícios da atividade física está amplamente difundida. Esses benefícios são particularmente importantes nos idosos, apesar desta consciência, uma grande parte da população continua a ser sedentária (PETRICA et al., 2018)

Diante das diversas circunstâncias do envelhecimento que influenciam no padrão de vida saudável, a atividade física, a alimentação e o grau de independência estão entre os principais, afetam na qualidade de vida, capacidade funcional e saúde. A prática de atividades físicas regulares, aliada ao consumo compatível das necessidades do indivíduo influencia positivamente na composição corporal dos idosos. Os efeitos das atividades interferem de modo particular na composição corporal dos indivíduos com o aumento de massa muscular, força dos músculos e flexibilidade e, aumento de resistência, elevação do gasto energético e uma redução significativa do perfil corporal lipídico (PIMENTEL; SILVA, 2019)

É importante enfatizar também os distúrbios psíquicos pois interferem na maneira significativa da qualidade de vida e estado de saúde dos idosos acometidos, como também contribui para um grande impacto econômico e social. O predomínio de transtornos depressivos nos idosos é maior em ambiente hospitalar do que na comunidade geral, e suas taxas de ocorrência tem relação direta com o aumento das morbidades médicas, estimaram que 5% a 10% dos idosos atendidos na atenção primária apresentam transtorno depressivo, contra 37% dos pacientes internados em cuidados intensivos à depressão em idosos institucionalizados está associada à fatores: sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional, comportamento, cognição e medicamentos (MOTA et al., 2019).

O objetivo da pesquisa foi descrever os benefícios da atividade física em idosos com depressão.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo tratara-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão de literatura. A pesquisa exploratória visa a proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo. Este tipo de pesquisa tem como meta tornar um problema complexo mais explícito ou mesmo construir hipóteses mais adequadas.

As realizações das buscas consistiram entre abril a junho de 2019, utilizou-se as bases de dados Scielo, Science Direct, Lilacs e PubMed com o recorte temporal de 2016 a 2019, onde ocorreu uma seleção criteriosa no que diz respeito a obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão. Com os descritores utilizados de modo associado e isolados foram “BENEFÍCIOS”; “ATIVIDADE FÍSICA”; “DEPRESSÃO” e “IDOSO”, em inglês e português.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Dentro dessas buscas foram encontrados 1055 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados, indisponíveis na íntegra e incompletos, restringiram-se a 30 obras, desses, foram lidos individualmente por seis pesquisadores, na presença de discordâncias entre estes, um sétimo pesquisador era consultado para opinar quanto à inclusão ou não do artigo. Ao final das análises, 9 artigos foram incluídos na revisão, onde possuíam os descritores inclusos no tema e/ou resumo e foram incluídos porque melhor se enquadram no objetivo proposto.

No século 20, o aumento da expectativa de vida da população idosa em 30 anos foi o acontecimento mais significativo, nesse contexto o esperado é que em 2025 o Brasil seja o sexto país mais envelhecido do mundo, com uma média de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que representar à 15% da população nacional. O envelhecimento está associado a um declínio na maioria dos sistemas fisiológicos que culminam na limitação da capacidade física e mental (SAMORINHA, 2019; SILVA et al., 2019).

Diante disso com a perda da capacidade funcional é um dos principais impasses de saúde relacionadas à idade, podendo ser acompanhada de dependência física, ocupacional ou social e ainda limitação de funções e atividades relativas à vida diária. A autonomia dos idosos está correlacionada à manutenção das atividades da vida diária (AVD), que são fazeres básicos de autocuidado, e às atividades instrumentais da vida diária (AIVD), que se situam como competências necessárias para se viver de maneira independente. Buscar uma melhor qualidade de vida é um dos principais objetivos da população idosa. A não realização das AVD e AIVD podem deixar o idoso dependente e isolado, gerando patologias como depressão e isolamento do convívio e participação social, tornando-o improdutivo (SILVA et al., 2019).

O grupo mais preocupante são os idosos, no caso de mortes relacionadas à depressão. Diversos idosos sofrem com o agravio de doenças crônicas, o isolamento

social, a viuvez, a aposentadoria, o afastamento dos filhos, a morte de familiares e amigos, a institucionalização, a solidão, a depressão em outros membros da família, a perda da eficiência social dificuldades estas que podem ser agravantes para os sintomas depressivos (MELO et al., 2018).

Além da idade, outros fatores mais evidentes da depressão podem ser observados em indivíduos com menor nível de escolaridade. A depressão é um estado reduzido do funcionamento psicológico e mental, frequentemente associado a sentimentos de infelicidade, podendo ser caracterizado por um transtorno de humor que varia em relação a sua intensidade, frequência e duração na ocorrência dos sintomas tais como sentimento de tristeza, crises de choro, angustia, sentimento de culpa, queixa de dores, perda de peso dentre outros fatores que geram autoestima baixa. A maior parte dos idosos apresenta um conjunto de comprometimento físicos, psicológicos e sociais acarretando em diminuição da qualidade de vida que é constituída por vários componentes relacionados ao bem-estar físico, material, social e emocional (MELO et al., 2018).

Com isso à atividade física surge como um processo essencial para a debilidade das consequências que decorrem com o envelhecimento contemplando qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos com gasto de energia acima dos níveis de repouso, assim como a sua saúde acarreta benefícios, tanto a nível físico, como mental, melhorando o desenvolvimento de relações sociais saudáveis e o aumento da autoestima que é uma fonte indicadora de boa saúde mental (TEXEIRA et al., 2018).

E é de suma importância que o indivíduo se mantenha ativo pois a atividade física aumenta o convívio social e a estimulação corporal, influenciando o modo como se enfrenta a síndrome depressiva. Todavia, é essencial assimilar que a prática de atividade física no idoso acarreta algumas limitações devido às modificações fisiológicas e psicológicas previamente explanadas. Com efeito defendem que é fundamental um acompanhamento mais rigoroso ao idoso, de forma a retirar o máximo de proveito para a saúde aquando da sua prática (TEXEIRA et al., 2016).

Entretanto a prática de atividade física desenvolve uma melhor capacidade funcional, normalizando a pressão arterial, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes e certos tipos de câncer. A prática de atividade física combate o sedentarismo, contribui para a manutenção da aptidão física do idoso, sendo assim, é uma alternativa para melhorar a sua qualidade de vida, reduzindo a perda de massa muscular, melhorando a mobilidade funcional, equilíbrio, agilidade de deambulação e coordenação (COSTA et al., 2016).

A depressão pode ser tratada de forma farmacológica e/ou não farmacológica. Dever-se considerar a atividade física como uma opção de tratamento, não farmacológico. Pois a prática regular de atividade física além de promover benefícios na estrutura física do idoso, promove melhorias no estado psicológico, a atividade pode ser um complemento eficaz para o tratamento do idoso deprimido, pois melhora

sua qualidade de vida. Onde produz aumento da taxa de um conjunto de hormônios denominados endorfinas que agem sobre o sistema nervoso, reduzindo o impacto estressor do ambiente podendo prevenir ou reduzir transtornos depressivos. A prática pode retardar os declínios funcionais, assim como uma vida ativa pode contribuir para a melhora da saúde mental e o gerenciamento de desordens como depressão e demência (artigo 6)

4 | CONCLUSÃO

Assim concluímos que a prática regular de atividade física é de suma importância no fortalecimento muscular, força e equilíbrio, com isso ajudando no desempenho da AVD e AIVD, dando ao idoso uma segurança maior em sua autonomia e prevenções de quedas. Diferente daqueles idosos que são sedentários que apresentam um declínio de tônus musculares e com incidências de adquirir doenças crônicas e aumento de número pressóricos.

Com isso a atividade física libera hormônios como endorfina, trazendo prazer ao idoso e o aumento da autoestima e convívio social. havendo uma redução dos níveis de depressão.

REFERÊNCIAS

- Petrica, J., Paulo, R., Faustino, A., Serrano, J. Gerontomotricidade: Abordagens académicas de investigação. 2018.
- Pimentel, G. M., Silva, S. C. Avaliação do consumo alimentar e composição corporal entre idosos praticantes e não praticantes de exercício físico. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 13, n. 80, p. 505-512, 2019.
- Mota, M. I. A., Mota, I. A., Aragão, F. M. S. A., Aragão, I. C. S. A., Neves, O. M. G., de Carvalho Cardoso, L. V. S., Aragão, J. A. Ocorrência de sintomas depressivos em paciente idosos com doença arterial periférica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 32, p. e1262-e1262, 2019.
- Samorinha, C. F. S. **Efeito de um programa de exercício físico em idosos institucionalizados**. 2019. Tese de Doutorado.
- Silva, G. F. L., Marinho, I. C. P., de Lima, J. J. C., de Lemos, L. B., de Freitas Freire, M. L., de Carvalho Andrade, M., Vieira, Y. R. D. C. N. Fortalecimento da inserção política e socio familiar do idoso: o papel dos grupos de apoio no desenvolvimento da autonomia e independência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 22, p. e683-e683, 2019.
- Melo, C. C. D., Costa, V. T. D., Boletini, T. L., Freitas, V. G. D., Costa, I. T. D., Arreguy, A. V., Noce, F. A. Influência do Tempo de Prática de Dança de Salão nos Níveis de Depressão de Idosos. **Revista de psicología del deporte**, v. 27, n. 4, p. 0067-73, 2018.
- Teixeira, C. M., Nunes, F. M. S., Ribeiro, F. M. S., Arbinaga, F., Vasconcelos-Raposo, J. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. **Cuadernos de psicología del deporte**, v. 16, n. 3, p. 55-66, 2016.
- Costa, L. D. S. V., de Sousa, N. M., Alves, A. G., de Brito, F. A. V., Araújo, R. F., Nogueira, M. S.

Análise comparativa da qualidade de vida, equilíbrio e força muscular em idosos praticantes de exercício físico e sedentários. **Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 3, 2016.

Silva, C. A. Índice de depressão entre idosos institucionalizados e não institucionalizados que praticam exercício físico. 2018.

BENEFÍCIOS DO TESTE DA ORELHINHA E AS SINALizações DOS POSSÍVEIS PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS COM A PERDA AUDITIVA

Ingrid Carlos Gomes

Especialista em Educação Matemática, Pós graduada em Orientação Educacional e aluna do curso de Fonoaudiologia no Centro Universitário Fluminense (UNIFLU) – Campus II. Campos dos Goytacazes- Rio de Janeiro.

Ilma Alessandra Lima Cabral

Especialista em Audiologia e Pós-graduada em Fonoaudiologia Hospitalar. Coordenadora e Professora do curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário Fluminense - Campus II

maneira precoce se o recém-nascido tem problemas de audição. Este estudo tem como fito descrever os benefícios do teste da orelhinha e as sinalizações de possíveis problemas que podem ser detectados com a perda auditiva.

PALAVRAS-CHAVE: Teste da orelhinha, Benefícios, Sinalizações.

BENEFITS OF THE EAR TESTE AND

SIGNALS OF POSSIBLE PROBLEMS THAT MAY BE DETECTED WITH HEARING LOSS

ABSTRACT: Hearing is one of the most important senses for the child's broad development, through which he begins the development of language. The loss of hearing capacity, even at low levels, makes it impossible for the child to adequately absorb sound information that is fundamental for language acquisition. The ear test consists of a set of actions that must be performed for comprehensive attention to hearing health in childhood: screening, monitoring and follow-up of hearing and language development, diagnosis and (re) habilitation. The diagnosis identified in the newborn of the hearing problems and the treatment favor the development and quality of life. Therefore it is important to perform the test of the ear, because through it occurs the possibility of detecting early if the newborn has hearing problems. This study aims to describe the benefits of the ear test and the signs of

RESUMO: A audição é um dos sentidos mais importantes para o desenvolvimento amplo da criança, por meio dela inicia o desenvolvimento da linguagem. A perda na capacidade auditiva, mesmo em quantidade baixa, impossibilita a criança absorver de forma adequada as informações sonoras fundamentais para a aquisição da linguagem. O teste da orelhinha consiste em um conjunto de ações que devem ser realizadas para a atenção integral à saúde auditiva na infância: triagem, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, diagnóstico e (re) habilitação. O diagnóstico identificado no recém-nascido dos problemas de audição e o tratamento favorecem o desenvolvimento e a qualidade de vida. Por isso é importante a realização do teste da orelhinha, pois através dele ocorre à possibilidade de detectar de

possible problems that can be detected with hearing loss.

KEYWORDS: Ear test, Benefits, Signals.

1 | INTRODUÇÃO

A audição é necessária para a aquisição da linguagem oral e proporciona a integração da criança ao meio. Gatto e Tochetto (2007) afirmam que a linguagem falada para fluir de maneira adequada faz necessário que o sistema auditivo esteja íntegro. A criança deve obter a capacidade de detectar, reconhecer, localizar e compreender os sons. A perda auditiva quando não detectada em tempo adequado ocasiona danos ao desenvolvimento infantil, abala as funções sociais, cognitivas, ocupacionais e habilidades de fala e linguagem, ou seja, propicia diversas consequências que podem afetar o desenvolvimento da criança.

O estudo tem como fito ressaltar os benefícios da triagem neonatal auditiva, descrever que a implantação da triagem auditiva neonatal (TNA) possibilita detectar problemas dias após o nascimento e permite a intervenção precoce em casos de crianças com deficiência auditiva. A identificação prévia da doença possibilita à criança uma qualidade de vida melhor. O exame é rápido, não proporciona dor, pode ser feito com o bebê dormindo e o resultado é instantâneo.

Na metodologia deste trabalho, destaca-se a pesquisa de levantamento bibliográfico, por meio de consulta em livros, artigos e revistas fazendo um estudo sobre os benefícios e problemas que a triagem neonatal auditiva possibilita detectar.

O tema será delineado considerando os seguintes tópicos: conduta realizada no teste da orelhinha, privilégios da triagem neonatal auditiva e os possíveis problemas que podem ser detectados com a perda auditiva.

Segundo Matias (1999), o ouvido é o órgão dos sentidos que permanece desperto a vinte quatro horas por dia, até na fase mais intensa do sono, as orelhas estão em alerta para captar os sons. Desde o quarto mês de gestação, o sentido da audição está desenvolvido e este tem um objetivo essencial, devido à influência no desenvolvimento da linguagem, pois para estimular na criança a fala é necessário que ele ouça. O traje acústico na vida intra-uterina e nos anos iniciais da vida são considerados períodos cruciais para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem. Vários problemas de fala, linguagem e aprendizagem estão relacionados às dificuldades no processamento dos estímulos acústicos.

A audição é um dos sentidos mais importantes para o desenvolvimento amplo da criança, por meio dela e com os sons que ainda obtém na vida intra-uterina inicia o desenvolvimento da linguagem. Perda na capacidade auditiva, mesmo em quantidade baixa, impossibilita a criança absorver de forma adequada as informações sonoras fundamentais para a aquisição da linguagem. Gregory (1995) relata que a ausência da audição no indivíduo influência na perda da mais vital das estimulações que

consiste em o som da voz que dirige a linguagem e o pensamento efetivo. A criança com deficiência auditiva é desprovida de sons comuns às crianças ouvintes.

Com a audição as crianças se situam no ambiente, os sons captados possibilitam a elas se envolver nas situações do cotidiano, por meio da escuta dos sons a linguagem verbal é adquirida. Na infância ocorre à necessidade de receber estímulos para desenvolver seus conhecimentos e habilidades. O diagnóstico precoce no recém-nascido de perda ou alterações auditiva e o tratamento em tempo adequado favorecem a qualidade de vida, pois possibilita a reabilitação em tempo hábil, minimizando os riscos no desenvolvimento da linguagem e aprendizagem. Por isso é importante a realização do teste da orelhinha ou triagem auditiva neonatal, por meio dele ocorre à oportunidade de detectar se o recém-nascido tem problemas de audição. A efetuação do exame ocorre nos primeiros dias após o nascimento do bebê, a análise acontece sem contraindicação, é indolor e gratuito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

2 | REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Condutas realizadas no teste da orelhinha

No Brasil a lei que dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas é a Lei Nº 12.303, de 2 de agosto de 2010. Art. 1º : É obrigatória a realização gratuita do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.

O profissional fonoaudiólogo possui importante papel no decorrer das fases do teste da orelhinha, no processo de detecção, diagnóstico e intervenção precoce nas alterações auditivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As Diretrizes de atenção da Triagem Auditiva Neonatal do ano de 2012 ressaltam que o teste da orelhinha faz parte de um conjunto de ações que devem ser realizadas para a atenção integral à saúde auditiva na infância: triagem, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, diagnóstico e (re) habilitação. A TAN deve estar integrada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e às ações de acompanhamento materno-infantil. Também relata que a articulação, capacitação e integração com a atenção básica para garantir o monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, e para a adesão aos encaminhamentos para serviços especializados são importantes.

Gatto e Tochetto (2007) relatam que a perda auditiva na criança pode desencadear diversos danos na comunicação e efeitos secundários, como alterações emocionais, cognitivas, sociais, intelectuais e educacionais, sendo fator de impacto nos anos iniciais de vida.

Os malefícios que a perda auditiva pode causar no indivíduo em relação ao desenvolvimento social, educacional, emocional, cognitivo, linguagem e fala ,

resultaram na implantação da obrigatoriedade do exame Emissões Otoacústicas Evocadas, também conhecido como teste da orelhinha.

O teste da orelhinha tem como uma de suas funções separar com precisão e eficácia os neonatos com boa audição dos que tem perda auditiva, o teste ocorre no segundo ou terceiro dia de vida. Cabe ao fonoaudiólogo fazer o teste posicionando um aparelho de Emissões Otoacústicas Evocadas, o equipamento produzirá estímulos sonoros leves e medirá o retorno desses estímulos no ouvido interno (AZEVEDO, 2004).

A triagem auditiva neonatal não tem como escopo diagnosticar a alteração, consiste em o ponto de partida para esse diagnóstico, pois se o bebê falha no primeiro exame, o mesmo é repetido, e só após esta segunda falha é encaminhado para exames mais elaborados. Há um número significativo de neonatos de baixo risco que apresentam alteração na realização do primeiro exame de Emissões Otoacústicas logo nos primeiros dias de vida. Esta falha, na maioria das vezes, está relacionada com alguma obstrução no conduto auditivo do bebê como vérnix, presença de líquido amniótico, água, dentre outros (NORTHERN e DOWNS, 2005). O teste consiste em posicionar um fone acoplado a um computador na orelha do recém-nascido, que libera sons de fraca intensidade e fixa as respostas que a orelha interna da criança produz. Se o bebê é considerado de baixo risco o primeiro teste feito é o EOAT (Emissões Otoacústicas Transientes), se ocorrer falha efetua o reteste por meio do EOAT e PEATE (Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Cerebral) ou BERA. Já as crianças com alto risco são testadas no primeiro momento pelo o PEATE, se tiver o resultado falha realiza o reteste com PEATE e EOAT. Se o bebê passar no primeiro teste ou no reteste é introduzido em um programa de acompanhamento. E se ocorrer à falha também no reteste ocorre o encaminhamento para a etapa de conclusão do diagnóstico.

Ribeiro (2005, p.59), destaca que:

Quando a criança é de alto risco, ela é testada através do PEATE no primeiro teste; se “falhar” realiza o reteste através do PEATE e EOAT. Se “passar” no primeiro teste, ou somente no reteste, ela é inserido em um programa de acompanhamento. Se “falhar” também no reteste, é encaminhada, então, para a etapa da conclusão do diagnóstico. Nas crianças consideradas de baixo risco, o primeiro teste é realizado através das EOAT; aqueles que “falharem” realizam o reteste através das EOAT e PEATE. Se “passarem” no primeiro teste ou somente no reteste, são inseridas em um programa de acompanhamento. Se “falharem” também no reteste, são encaminhadas para a etapa de conclusão do diagnóstico, e se a deficiência auditiva for constada, tem acesso imediato à etapa de intervenção.

Indica-se o PEATE para detectar anormalidades neurológicas do nervo auditivo até o tronco encefálico e para estimar o limiar auditivo. O teste é feito com o paciente deitado acordado ou dormindo ocorre à colocação de eletrodos na testa e atrás das orelhas e também se coloca fones de ouvido. O aparelho produzirá um som que irá passar pelo o nervo auditivo para chegar ao cérebro. Ele vai criar um potencial

evocado auditivo que é absorvido pelo aparelho e transmitido em forma de dados para o computador, posteriormente são analisados e interpretados pelo fonoaudiólogo e otorrinolaringologista.

Kent et al. (2002) concebe-se que na análise microscópica da cóclea, as células ciliadas estão presentes em bebês que nasce de nove meses completos e prematuros, porém está em processo de diferenciação, pois, a mielinização do nervo auditivo se encontra incompleta, devido no recém-nascido o processo ser progressivo e contínuo depois do nascimento.

Kemp et al. (1986) as EOAET é um dos principais instrumentos para sinalizar alterações na saúde auditiva, com origem coclear, porque permite o estudo dos aspectos mecânicos da função coclear de forma não-invasiva e objetiva e, independe do potencial de ação neural, vibializa a obtenção de informações precisas, clinicamente, sobre os elementos pré-neurais da cóclea.

Moreira et al. (2001) relata que durante a aplicação clínica, um estímulo acústico é mandado pela fonte de um som ao canal auditivo externo, passando pela orelha média até chegar à 7 cóclea. As células que estão dentro da cóclea (cílios cocleares), são excitadas pelos estímulos e reagem através da emissão de uma resposta acústica. Essa resposta vai em direção contrária, isto é, volta da cóclea para o canal auditivo externo para serem detectadas pelo microfone do equipamento. Por sua rapidez, por seu caráter não traumatizante e por sua fidedignidade, torna-se um teste ideal para programas de triagem.

2.2 Privilégios da triagem neonatal auditiva

Johnsen et al. (1983) começaram a explorar a possibilidade de uso do teste de EOA como forma de triagem auditiva em recém-nascidos, considerando ser um procedimento rápido, não evasivo, indolor e de fácil aplicabilidade, com alta sensibilidade e especificidade para constatar alterações no sistema auditivo.

A audição é fundamental para o desenvolvimento da linguagem, fala e interação social, as alterações auditivas afeta a qualidade de vida. A realização do teste da orelhinha possibilita detectar de maneira precoce problemas auditivos, possibilitando que o tratamento ocorra de maneira rápida sem causar tantos prejuízos ao desenvolvimento emocional, cognitivo, social e de linguagem (BASSETO, 1998).

De acordo com as Diretrizes de atenção da Triagem Auditiva Neonatal do ano de 2012, a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família. No caso de deficiência auditiva permanente, o diagnóstico funcional e a intervenção iniciados antes dos seis meses de vida da criança possibilitam, em geral, melhores resultados para o desenvolvimento da função

auditiva, da linguagem, da fala, do processo de aprendizagem e, consequentemente, a inclusão no mercado de trabalho e melhor qualidade de vida.

Têm-se muitos indicadores de risco que podem prejudicar a audição nos períodos pré e peri natal, a detecção de maneira precoce dos indicadores de risco possibilita um fator determinante para o prognóstico de reabilitação e efetivação.

Hilú; Zeigelboim (2007, p. 563) ressaltaram que:

É fundamental o conhecimento e a valorização de todos os profissionais de saúde envolvidos no período pré e pós gestacional para que haja efetividade nos programas de triagem auditiva, tendo em vista a detecção precoce da perda auditiva por meio do teste da orelhinha. Todo o esforço só é válido se existir a consciência imediata dos profissionais que atuam diretamente com os bebês, com o intuito de dar início ao processo de (re)habilitação.

Distintos métodos existem para a detecção da deficiência auditiva, no entanto o teste de EOA desencadeia eficácia, qualidade e praticidade. A efetuação dos programas de TAN favorece no precoce diagnóstico e a reabilitação em tempo adequado para diminuir os impactos da deficiência auditiva na pessoa. Detecta precocemente a perda auditiva e sinaliza quais as condutas têm que ser tomadas no planejamento e nas medidas terapêuticas, dá ênfase para a prevenção de agravos e melhora a qualidade de vida da criança e da família. Ocorre então a necessidade de esforços e trabalho em equipe para que os programas de TAN possam atingir seus escopos e permitir benfazejo de um número cada vez mais elevado de crianças surdas e suas famílias (AZEVEDO MF, 2004).

2.3 Possíveis problemas que podem ser detectados com a perda auditiva

A triagem auditiva neonatal é fundamental a criança, por meio dela identificam os problemas auditivos. A audição é importante para a interação social, faz-se necessário identificar a perda auditiva de maneira precoce para que não ocorram danos a qualidade de vida da criança, desencadeando alterações no processo da fala, perdendo informações sonoras importante para a aquisição da linguagem, aprendizagens e outros. A criança aprende ouvindo, ao escutar ocorre a possibilidade de conceber novas palavras, aumentando o assim o conjunto de palavras compreendidas (Oliveira et al, 2000).

Jcih (2007) aborda que os indicadores de risco para surdez em recém – nascidos são: história familiar de deficiência auditiva congênita; infecção congênita; anomalias crânio-faciais do tipo malformações de pavilhão auricular, meato acústico externo, ausência de filtrum nasal, implantação baixa da raiz do cabelo; peso ao nascimento inferior a 1500 g; hiperbilirrubinemia; medicação ototóxica por mais de cinco dias; meningite bacteriana; sinais ou síndromes associadas à deficiência auditiva condutiva ou neurosensorial.

De acordo com Hilú; Zeigelboim (2007, p. 565), temos que:

As EOAE registram a energia sonora gerada pelas células ciliadas da cóclea, em

resposta aos sons apresentados e gravados por microfone miniaturizado colocado no conduto auditivo externo. Os métodos citados são rápidos, não invasivos e de fácil aplicação. Não sendo possível realizar a triagem pelos métodos eletrofisiológicos é possível investigar junto aos fatores de risco, a observação do comportamento auditivo e pesquisa do reflexo cócleo-palpebral, porém perdas leves ou unilaterais não podem ser diagnosticadas por este método.

O PEATE ou BERA é conceituado por ChapChap (1996), como registro das respostas elétricas desencadeadas por um estímulo sonoro ao longo da via auditiva, e este é o procedimento mais estipulado internacionalmente para fazer o teste da orelhinha. Através do exame ocorre a possibilidade de avaliar a integridade neural das vias auditivas, da porção periférica até o tronco encefálico, detectando assim alterações leves e aprofundado, unilaterais ou bilaterais.

Andrade; Lewis (2008), afirmam que a deficiência auditiva é invisível ao nascimento, contudo se tornará notório mais tarde. No momento da alta hospitalar não se pode afirmar que a criança não possua nenhuma alteração auditiva sem ter realizada Triagem Auditiva Neonatal.

A audição é importante para o desenvolvimento da criança, o bebê antes de nascer já escuta, ocorre à audição desde gestação, com o bebê ouvindo a voz da mãe e o som do corpo. Quaisquer perdas auditivas impossibilitam a criança de captar de forma adequada sons regidos de informações importantes para a aquisição da linguagem (BASSETO, 1998).

Segundo Hochadel (2011, p. 37) ocorre que:

Os dois primeiros anos de vida têm sido considerados como período crítico para aquisição das habilidades auditivas e da linguagem oral. Se houver uma provação sensorial neste período a criança poderá apresentar prejuízos muitas vezes irreversíveis.

A incidência da perda auditiva em recém-nascidos é alta se comparada a outras doenças de diagnóstico neonatal. A surdez infantil representa um problema de saúde pública, não só devido à sua elevada prevalência, mas principalmente pelas múltiplas consequências que acarreta.

Quando identificado alguma alteração, o recém-nascido é destinado para a identificação do diagnóstico por meio de avaliação otorrinolaringológica e exames. Com o teste da orelhinha muitos bebês apontam audição normal e outros confirmam a perda auditiva. Tendo a confirmação de alteração auditiva com o tipo e grau, a criança é direcionada ao programa de intervenção precoce com o intuito de instruir a família, orientar para o uso de aparelhos de amplificação ou implante coclear e terapia fonoaudiológica (AZEVEDO, 2004).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante o assunto delineado conclui-se que a audição é um dos sentidos fundamentais para o desenvolvimento amplo da criança. Alterações auditivas, mesmo

em grau baixo, impossibilitam a criança de abstrair de forma adequada as informações sonoras importantes para a aquisição da linguagem.

A realização do teste da orelhinha é obrigatório por lei sendo feito ainda na maternidade, tem como finalidade avaliar a audição e averiguar precocemente algum grau e alteração auditiva no bebê.

O diagnóstico precoce da perda auditiva identificado no recém-nascido e se necessário o tratamento imediato beneficia o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança. É importante a realização da triagem auditiva neonatal, pois por meio dela detecta se o recém-nascido tem problemas de audição e possibilita o tratamento ou a reabilitação em tempo hábil, minimizando danos na aquisição da linguagem.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO MF. Triagem auditiva neonatal. In: Ferreira LP, Betti-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004, cap. 47, p. 604.

ANDRADE, I.F.C.; LEWIS, D.R. A negligência mundial sobre a deficiência auditiva infantil em países em desenvolvimento. **Distúrbio da Comunicação**. São Paulo, v. 2, n. 20, p.279-281, ago. 2008. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/6825/4944>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

BASSETO, M. C.; BROCK, R.; WAJNSZTEJN, R. Neonatologia – um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo: Lovise, 1998, pp.255-293.

BRASIL. **Lei nº 12.303, de 02 de agosto de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Diário Oficial União. 3 ago 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm Acesso em: 15 set. 2018.

CHAPCHAP, M.J. Potencial evocado auditivo de tronco cerebral (PEATC) e das emissões otoacústicas evocadas (EOAE) em unidade neonatal. In: ANDRADE, C.R.F. **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**. São Paulo: Lovise; 1996, p.53.

GATTO, C.I; TOCHETTO, T.M. Deficiência Auditiva Infantil: implicações e soluções. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 9, n. 1, p.110-115, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v9n1/v9n1a12>>. Acesso em: 09 set. 2018.

GREGORY, S. Deaf Children and their Families. Cambridge: Cambridge University Press. 1995, p. 240.

HILÚ, M.R.P.B.; ZEIGEÇBOIM, B.S. O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. São Paulo, **Rev.CEFAC**. v.9, n.4, p. 563-570, out./dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462007000400017&script=sci_abstract&tlang=pt Acesso em: 17 set. 2018.

HOCHNADEL, D.B. **Conhecimento das gestantes sobre a triagem auditiva neonatal**. 2011. 37f. (monografia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS, 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37925/000823860.pdf> Acesso em: 15 set. 2018.

JOHNSON, N.J; BAGI, P.; ELBERLING, C. Evoked acoustic emissions from the human ear. III: findings in neonates. **Scand Audiol**. v. 12, n. 1, p. 17-24, 1983. Disponível em: Acesso em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6844867> 15 set. 2018.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. **Pediatrics**. v. 120, n. 4, p. 898-921, 2007. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/4/898> Acesso em: 18 set. 2018.

KEMP, D.T.; BRAY, P.; ALEXANDER, L.; BROWN, A.M. Acoustic Emission Cochleography: Practical aspects. **Scand Audiol Suppl**. v. 25, p. 71-95, 1986. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3472324> Acesso em: 15 set. 2018.

KENT, W.D.T.; TAN, A.K.W.; CLARKE, M.C.; BARDELL, T. Excessive noise levels in the neonatal ICU: potential effects on auditory system development. **The Journal of Otolaryngology**. v. 31, n. 6, p. 355-60, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12593547> Acesso em: 15 set. 2018.

MATIAS, G.F. **A importância de estimulação auditiva durante o período pré e pós-natal**. 1999. 23f. (monografia). Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Goiânia/GO. 1999. Disponível em: Acesso em: <https://pt.scribd.com/document/251527268/A-Importancia-Da-Estimulacao-Auditiva-Durante-o-Periodo-Pre-e-Pos-natal>. Acesso em: 15 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Secretaria de atenção à saúde, Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_trigem_auditiva_neonatal.pdf Acesso em: 20 set. 2018.

MOREIRA, A.R.P.; RAMOS, D.; SANTOS, I.C. Teste da Orelhinha – O que é?. **Revista Lato & Sensu**, Belém, v. 2, n. 3-4, p. 90-92, dez. 2001. Disponível em: <https://ppgcc.ufersa.edu.br/wp-content/uploads/sites/42/2014/09/natan-moreira-barros.pdf> Acesso em: 20 set. 2018.

NORTHERN, Jerry L.; DOWNS, Mario P. **Audição na Infância**, 5^a edição, Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA TT, CÓSER PL, MACHADO MS, PINHEIRO MMC. **Triagem auditiva infantil: quem está interessado?** *Pediatria Atual*. 2000, 13(9); 50-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000072&pid=S1516-1846200800040001700001&lng=en Acesso em 24 set. 2018.

RIBEIRO, F.G. **Da triagem auditiva neonatal ao diagnóstico: os pais diante da suspeita de deficiência auditiva no filho**. 2005. 78f. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/SP. p. 59, 2005. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/11847>. Acesso em: 15 set. 2018.

BIÓPSIA LÍQUIDA NA CONDUTA E PROGNÓSTICO DA MUTAÇÃO T790M DO EFGR DO CPNPC COM RESISTÊNCIA A TKI

Pedro Hidekatsu Melo Esaki

Interno do Curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Professor Apparecido dos Santos – UNICEPLAC, Gama - DF.

Rodrigo Bovolin de Medeiros

Oncologista clínico e coordenador do Centro de Oncologia do Hospital Sírio-Libanês – Unidade Lago Sul – Brasília – DF. Médico formado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Residência Médica em Clínica Médica e Cancerologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP).

Rodrigo Siguenza Saquicela

Médico formado pelo Centro Universitário do Planalto Central Professor Apparecido dos Santos – UNICEPLAC.

Rafael Luiz Alcântara Nascimento Amorim

Interno do Curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Professor Apparecido dos Santos – UNICEPLAC, Gama - DF.

Willyclay Jordan dos Santos Borges

Interno do Curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Professor Apparecido dos Santos – UNICEPLAC, Gama - DF.

João Pedro Cavalcante Roriz Teixeira

Interno do Curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Professor Apparecido dos Santos – UNICEPLAC, Gama - DF.

Tatiana Paranhos de Campos Ribeiro

Interna do Curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Professor Apparecido dos Santos – UNICEPLAC, Gama - DF.

Joaquim Alberto Barbosa Mariano de Castro

Interno do Curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Professor Apparecido dos Santos – UNICEPLAC, Gama - DF.

João Paulo Cavalcante Roriz Teixeira

Médico formado pela Universidade Católica de Brasília - UCB.

Rômulo Di Tomaso Pereira Milhomem

Médico formado pelo Centro Universitário do Planalto Central Professor Apparecido dos Santos – UNICEPLAC, Gama - DF.

RESUMO: A biópsia líquida representa um dos maiores avanços na aplicação prática da Oncologia de precisão, já que representa uma alternativa importante no seguimento de diagnóstico de portadores de Câncer. A partir de uma amostra de sangue periférico ou secreção, há a possibilidade de realização de testes genômicos para detecção de mutações ou trechos de material genético específicos e, assim, realizar não apenas diagnóstico. Entretanto, também pode trazer importantes informações prognósticas, como padrões de

sensibilidade/resistência, tipos celulares, informações moleculares. Nesse sentido, patologias antes com grande morbimortalidade como o Câncer de pulmão, passaram a ter opções terapêuticas que oferecem ao paciente maior sobrevida e qualidade de vida. A terapia padrão com quimioterápicos de platina tem sido preterida pelo uso de inibidores de Tirosina quinase (TKI). Os resultados obtidos por TKI demonstraram sobrevida e qualidade de vida superiores ao tratamento quimioterápico. Entretanto, para determinados pacientes, a medicação torna-se ineficiente após algum período de uso. A biópsia líquida no Câncer de Pulmão, além de fornecer características importantes sobre o tumor, auxilia diretamente na escolha terapêutica. Sabe-se que a mutação de T790M é importante preditor da resistência à utilização de TKI em terapêutica. A medicação pode ser utilizada, entretanto, para saber se é adequada ao caso é necessário seguir o paciente. Após indicação da mutação de T790M, é necessário que se ajuste a escolha medicamentosa. Esse manejo individualizado é possível a partir do seguimento com biópsia líquida, um avanço considerável na aplicação da oncologia de precisão.

PALAVRAS-CHAVE: "carcinoma de células não pequenas células", "biópsia líquida", "T790M EFGR", "inibidores da tirosina-cinase".

LIQUID BIOPSY IN THE TREATMENT AND PROGNOSIS OF TKI-RESISTANT CPNPC EFGR MUTATION T790M

ABSTRACT: Liquid biopsy is one of the greatest advances in the application of precision oncology, as it represents an important alternative in the follow-up and diagnosis of cancer patients. With a peripheral blood sample or secretion, genetic testing can be performed to detect mutations or portions of genetic material. Therefore, it is not only a diagnosis, but also brings important prognostic information, such as sensitivity or resistance patterns, cell types, molecular information. In this sense, previously pathologies of high morbidity and mortality such as lung cancer, liquid biopsy has access to therapeutic options that are applied to patients with longer survival and quality of life. Standard therapy with platinum chemotherapeutic agents was deprecated by the use of tyrosine kinase inhibitors (TKI). The results generated by TKI demonstrated survival and superior quality of life to chemotherapy treatment. However, for some patients, the medication becomes ineffective after some period of use. The liquid biopsy in lung cancer, in addition to providing important resources on the tumor, directly helps in the therapeutic choice. T790M mutation is an important predictor of resistance to the use of TKI in therapy. Medication can be used, however, to find out if it is appropriate to the case and follow the patient. After the T790M mutation is detected, it is necessary to adjust the drug option. This individualized treatment is possible after follow-up with liquid biopsy, an advance in the application of accurate oncology.

KEYWORDS: "non small cell lung cancer/adenocarcinoma", "liquid biopsy/methods", "T790M EFGR", "TKI/chemotherapy".

1 | INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença com base fisiopatológica na lesão e promoção de mutações estruturais de genoma celular, ocasionando uma replicação celular excessiva descontrolada. Os fenômenos de instabilidade genética são fatores necessários para criar e gerar a sinalização proliferativa, com limitação da supressão de crescimento, resistência a morte celular (Mathai et al. 2019).

As análises realizadas pelo GLOBOCAN em 2018 demonstraram que o Câncer tem uma incidência estimada de 18,1 milhões, com mortalidade de 9,6 milhões de óbitos por câncer, apenas no ano de 2018 (Mathai et al. 2019).

Há um conceito crescente na oncologia denominado de Oncologia de precisão, trata-se de uma estratégia clínica que busca a realização de um tratamento preciso e eficaz a cada etapa do seguimento do paciente (Mathai et al. 2019). A base da oncologia de precisão está no conhecimento da base do perfil genômico dos portadores de Câncer para alcançar uma melhor terapêutica especializada e voltada a esse paciente comparada a uma terapia geral e única para todos (Piotrowska et al. 2014).

Na oncologia de precisão, o perfil genético permite estabelecer as características e comportamentos fenotípicos tumorais, de modo que resistências terapêuticas, heterogeneidade genômica sejam precocemente conhecidas para um manejo mais adequado do caso (Rossi, Ignatiadis, 2019). Nesse sentido, é necessário o reconhecimento de marcadores biomoleculares com capacidade de informar acerca de prognóstico, sensibilidade e resistência a terapêuticas específicas (Mathai et al. 2019).

No contexto da Oncologia de precisão, a biópsia líquida surge como uma das ferramentas mais revolucionárias e promissoras de diagnóstico e prognósticos conjuntamente (Mathai et al. 2019). Ademais, a escolha pelo uso da biópsia líquida leva em consideração o acompanhamento dinâmico de doença (Rossi, Ignatiadis, 2019).

A partir de uma coleta de amostra de secreção ou de sangue periférico, técnicas de pesquisa genômica analisa e pesquisam trechos de material genéticos sugestivos de células tumorais circulantes (CTCs), DNA tumoral circulante (ctDNA) (Mathai et al. 2019).

A biópsia líquida tem sido apontada, em alguns centros, como método de eleição para pesquisa da mutação de T790M do gene do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) em amostras de DNA circulante tumoral (ctDNA) de carcinoma pulmonares de não pequenas células (CPNPC).

2 | METODOLOGIA

Revisão exploratória de literatura de artigos selecionados nas principais

plataformas nacionais e internacionais de dados, como PubMed, LILACS, BVS. Artigos selecionados em inglês e português, publicados entre janeiro de 2014 e novembro de 2019, com os descritores “lung câncer”, “t790m” OR “EFGR”, “TKI”. Com leitura e agrupamento de artigos por conveniência, sem objetivo de reproduzibilidade.

3 | DISCUSSÃO

Por ser o método “padrão ouro”, a análise histopatológica apresenta dificuldade inerentes ao seu processo de obtenção, tais como dificuldade de acesso e exploração cirúrgica, incapacidade de acompanhamento contínuo e seriado tumoral, alto risco de falsos negativos ou falso positivos, mutilação do paciente para obtenção da amostra (Piotrowska et al. 2014).

Somente pelo método de coleta, a biópsia líquida apresenta a clara vantagem de ser obtida com apenas uma coleta de sangue ou de secreções. De modo que para obter a amostra, o paciente é submetido, no máximo, a um procedimento minimamente invasivo. Após essa coleta, procede-se a exame de detecção genética das amostras tumorais citadas (Rossi, Ignatiadis, 2019).

A biópsia líquida desporta como um dos métodos mais promissores para diagnóstico e seguimento de neoplasias. Apesar de recente, já existem métodos de rastreios sistematizados e válidos para condução. Esse método inaugura uma nova fase das intervenções minimamente invasivas e da medicina personalizada (Piotrowska et al. 2014).

Por se tratar de procedimento não invasivo, a biópsia líquida pode ser repetida no seguimento desses pacientes, sem intervenções mutiladoras, como as biópsias para histopatologia (gold standard) (Haratani et al. 2014).

A EFGR representa um grupo de proteínas de membrana da forma quinase citoplasmática com função de transdução e sinalização ao fator de crescimento, com expressão em cerca de 60% das CPNPC (Piotrowska et al. 2014).

O EFGR é responsável por uma importante via de sinalização para o crescimento e sobrevivência de células neoplásicas. As mutações ativadoras desse gene representam 15% dos CPNPC (Haratani et al. 2014). De modo que esse grupo tem tido sucesso terapêutico considerável com o emprego de Erlotinibe e geftinibe. Tais medicações atuam na inibição das vias de sinalização com melhoria de sobrevida dos pacientes selecionados (Cross et al. 2014).

Pacientes com padrão tumoral geneticamente sensíveis a terapia com TKI tem progressão de sobrevida livre (FPS) superior ao tratamento quimioterápico com platina (considerado como terapia de primeira linha) (Remon et al. 2017).

Uma das grandes limitações de seguimento dinâmico desses pacientes com exames histopatológicos ocorrem de que as lesões tendem a ser heterogêneas e uma amostra localizada pode não representar globalmente a amostra nem suas

características (Remon et al. 2017). De modo que a resistência pode acontecer localmente ou não estar representada na amostra considera (Piotrowska et al. 2014)

Entretanto, após cerca de 16 meses da terapêutica com TKI, os portadores de CPNPC apresentam resistência ao emprego de TKI, devido a mutação presente T790M no gene do EGFR, para cerca de 50% dos pacientes de origem asiática e para 12% de caucasianos (Remon et al. 2017).

A mutação de T790M representa uma substituição de aminoácido treonina por metionina na posição 790 do exon 20 do gene EGFR. Somente essa alteração é responsável por mais da metade dos mecanismos de resistência adquiridos em relação ao imunobiológicos (Remon et al. 2017).

Essa alteração da genética tumoral torna os TKI ineficientes no controle de doença local.

No primeiro trimestre de 2016, o *U.S. Food and Drug Administration* elegeu a realização do primeiro teste da biópsia líquida para pesquisa de mutações no gene do EGFR em portadores de CPNPC por intermédio de cobaias *EGFR Mutation Test v2*. A época, desejava-se conhecer a sensibilidade e especificidade a partir de biópsia líquida na detecção de substituições do exon 18 (G719X), deleções do exon 19, inserções e substituições do exon 20 (T790M, S768I) e substituições do exon 21 (L858R, L861Q) (Mathai et al. 2019)

Portadores de mutação do T790M confirmados por meio da biópsia líquida apresentam resposta ao osimertinibe (inibidor covalente de EGFR TJI de 3^a geração seletivo para mutantes e resistentes) tem taxa de resposta de 61% e FPS mediano de 9,6 meses. Seguindo os conceitos de oncologia de precisão, essa seria uma das medicações de eleição para pacientes após confirmação da mutação já que apresenta resultados consistentes em relação aos demais TKI (Remon et al. 2017).

Em novembro de 2015, a partir de resultados preliminares de fase II do estudo AURA, o FDA aprovou o Osimertinibe para pacientes com mutação adquirida de T790M. Já em abril de 2016, a *European Medicines Agency* (EMA) aprovou a aplicação de Osimertinibe para o mesmo grupo. Novamente os resultados demonstraram maior eficácia, a partir da Fase III do AURA3, do Osimertinibe em relação a quimioterapia com pemetrexedo de Platina. Vale ressaltar que, conforme as recomendações do FDA e da EMA, o Osimertinibe é válido para tal grupo com mutação testada a partir da Biópsia Líquida de plasma (Remon et al. 2017).

4 | CONCLUSÃO

Apesar da existência de diversos estudos em curso e com resultados parciais promissores da utilização da biópsia líquida como método padrão de diagnóstico e seguimento de pacientes, o laudo histopatológico continua a ser dito como “padrão ouro” no diagnóstico. Diversos centros já utilizam a biópsia líquida para seguimento

dos pacientes, entretanto há de se reconhecer de que são necessários estudos com amostras maiores e de maior tempo de seguimento para predizer o valor e utilização das biópsias líquidas na morbimortalidade por cânceres.

Além disso, os estudos em cursos há clara necessidade para a padronização de dados pré-analíticos de comparação do desempenho de biópsia líquida com outros métodos. A padronização dos métodos de análise de genoma e obtenção de trechos é vital para a consistência e validação dos dados obtidos.

A avaliação pela biópsia líquida para pesquisa da mutação de T790M do gene do EGFR é método seguro no seguimento de portadores de CPNPC, tratados com TKI. Entretanto, há de se ressaltar que as limitações são relacionadas sobretudo ao alto custo do exame, aliado a possibilidade da existência de outras mutações de EGFR não sistematizadas que possam interferir na efetividade do EGFR. Estudos preliminares amplos são necessários e devem dimensionar com mais acurácia o emprego da técnica.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Luiz Henrique et al. Lung cancer in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 1, p. 55-64, 2018.
- CHEN, Yi-Lin et al. Five technologies for detecting the EGFR T790M mutation in the circulating cell-free DNA of patients with non-small cell lung cancer: a comparison. **Frontiers in oncology**, v. 9, 2019.
- CROSS, Darren AE et al. AZD9291, an irreversible EGFR TKI, overcomes T790M-mediated resistance to EGFR inhibitors in lung cancer. **Cancer discovery**, v. 4, n. 9, p. 1046-1061, 2014.
- HARATANI, K. et al. Tumor immune microenvironment and nivolumab efficacy in EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer based on T790M status after disease progression during EGFR-TKI treatment. **Annals of Oncology**, v. 28, n. 7, p. 1532-1539, 2017.
- HATA, Akito et al. Spatiotemporal T790M heterogeneity in individual patients with EGFR-mutant non-small-cell lung cancer after acquired resistance to EGFR-TKI. **Journal of thoracic oncology**, v. 10, n. 11, p. 1553-1559, 2015.
- LOPES, Gabriel Lima; VATTIMO, Edoardo Filippo de Queiroz; CASTRO JUNIOR, Gilberto de. Identifying activating mutations in the EGFR gene: prognostic and therapeutic implications in non-small cell lung cancer. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 41, n. 4, p. 365-375, 2015.
- MATHAI, Roshni Ann et al. Potential utility of liquid biopsy as a diagnostic and prognostic tool for the assessment of solid tumors: Implications in the precision oncology. **Journal of clinical medicine**, v. 8, n. 3, p. 373, 2019.
- PIOTROWSKA, Z. et al. Variation in Mechanisms of Acquired Resistance Among EGFR-Mutant NSCLC Patients With More Than 1 Postresistant Biopsy: Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer. **International Journal of Radiation Oncology• Biology• Physics**, v. 90, n. 5, p. S6-S7, 2014.
- REMON, Jordi et al. The APPLE trial: feasibility and activity of AZD9291 (osimertinib) treatment on positive plasma T790M in EGFR-mutant NSCLC patients. EORTC 1613. **Clinical lung cancer**, v. 18, n. 5, p. 583-588, 2017.
- ROSSI, Giovanna; IGNATIADIS, Michail. Promises and pitfalls of using liquid biopsy for precision medicine. **Cancer research**, v. 79, n. 11, p. 2798-2804, 2019.

COMPREENSÃO DAS ALTERAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR DO INDIVÍDUO PORTADOR DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Jurcelene de Sousa Sena

Universidade CEUMA, Graduada em Enfermagem, Imperatriz - Maranhão

Carla Araújo Bastos Teixeira

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

Isabella Cristina Cunha Carneiro

Docente do Curso de Enfermagem, Instituto Florence de Ensino, São Luís - Maranhão

Janine Silva Ribeiro Godoy

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

Ariadne Siqueira de Araujo Gordon

Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz - Maranhão

Juliana Ramos Pereira

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

Adriana Ramos Leite Matalobos

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

Rômulo Dayan Camelo Salgado

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

Paula Alexandra Trindade Mota

Assessora pedagógica do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

Janildes Maria Silva Gomes

Docente do Curso de Medicina, Universidade CEUMA, Imperatriz - Maranhão

RESUMO: Introdução:

O portador de Autismo é um indivíduo que possui alterações comportamentais desde a fase pré-escolar. Partindo deste cenário, é de extrema importância o entendimento da família a cerca desta patologia, a forma de lidar com o diagnóstico desta, pois é essencial para a adesão e condução das particularidades de cada criança.

Objetivo: Compreender como as famílias lidam com o diagnóstico de Autismo e como o diagnóstico interfere na dinâmica de famílias.

Materiais e Métodos: Trata-se de uma revisão de literatura com características descritivo-exploratória, retrospectiva, com abordagem qualitativa, por meio da seleção criteriosa de 21 publicações, as quais foram lidas na íntegra e utilizadas para embasamento e discussão do trabalho. Foi realizada por meio do cruzamento de palavras-chave encontradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS).

Resultados: Os resultados apontaram como principais fatores relacionados com alteração da dinâmica familiar de famílias com portadores de Autismo: Suporte familiar; Aspectos financeiros inerentes à nova condição; Reajuste familiar; e Desconhecimento prévio da Síndrome.

Considerações Finais: Foi possível concluir que o diagnóstico de autismo afeta profundamente os ambientes familiares dos indivíduos diagnosticados, de modo que, se faz necessário um esforço conjunto dos familiares e profissionais da saúde no intuito de

orientar, reajustar e readaptar-se às novas condições advindas com o transtorno, de maneira que tal impacto seja reduzido na dinâmica familiar, razão pela qual se faz tão importante a figura de um cuidador primário, o qual será responsável pelo cuidado direto do indivíduo autista.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo. Dinâmica Familiar. Cuidadores.

UNDERSTANDING CHANGES IN THE FAMILY DYNAMICS OF THE AUTIST SPECTER HOLDER: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: **Introduction:** The holder of Autism is an individual who has behavioral changes since the preschool stage. From this scenario, it is extremely important to understand the family about this pathology, the way to deal with its diagnosis, as it is essential for the adherence and conduction of each child's particularities. **Objective:** To understand how families deal with the diagnosis of Autism and how the diagnosis interferes with family dynamics. **Materials and Methods:** This is a literature review with descriptive-exploratory, retrospective, qualitative approach, through the careful selection of 21 publications, which were read in full and used to support and discuss the work. It was performed by crossing keywords found in the Health Sciences Descriptors (DECS). **Results:** The results pointed as the main factors related to changes in family dynamics of families with Autism: Family support; Financial aspects inherent in the new condition; Family readjustment; and Prior ignorance of the syndrome. **Final Considerations:** It was concluded that the diagnosis of autism profoundly affects the family environments of the diagnosed individuals, so that a concerted effort of family members and health professionals is necessary to guide, readjust and readjust to the new conditions arising with the disorder, so that such an impact is reduced in the family dynamics, which is why it is so important the figure of a primary caregiver, who will be responsible for the direct care of the autistic individual

KEYWORDS: Autism. Family dynamics. Caregivers.

1 | INTRODUÇÃO

Historicamente, o termo "autista" derivado da palavra grega *autos*, que significa o próprio indivíduo. Esse termo foi utilizado, primeiramente, no início do século XX pelo psiquiatra Eugen Bleuler, o qual se refere a um transtorno caracterizado pelo distanciamento da criança de sua relação com as pessoas e com o mundo exterior, ou seja, uma espécie de afastamento da estrutura da vida social para a individualidade (CUNHA, 2012). O autismo enquadra-se como uma doença de ordem genética, complexa e heterogênea, uma vez que se caracteriza por padrões diversificados de herança e variantes genéticas causais (GRIESI-OLIVEIRA & SERTIÉ, 2017). Neste sentido, o autismo é caracterizado como uma condição de ordem crônica, acompanhando o indivíduo por toda a vida.

O portador da síndrome do autismo é um indivíduo que possui alterações

comportamentais desde a fase pré-escolar. Deduz-se que são mudanças precoces com características como o déficit na comunicação, a falta de interação social e no constante uso da imaginação, com isso, apresentam atraso global do desenvolvimento e comportamentos limitados e repetitivos (MELO, 2007). O transtorno do espectro autista é uma condição que se inicia precocemente de modo que o desenvolvimento do indivíduo é comprometido ao longo da vida, e cuja intensidade e forma de expressão da sintomatologia são extensamente variáveis (ZANON, *et al*, 2014). Percebe-se, portanto, que um dos maiores desafios de quem convive com um indivíduo autista é saber como lidar com as diversas alterações psicossociais e comportamentais geradas pela condição.

Para Kanner, outro ponto importante analisado em seus estudos foi o transtorno afetando a interação da criança com seu ambiente, e pessoas desde o princípio da vida da criança. Os grupos de crianças apresentaram alguns traços que foram observados por Kanner: Incapacidade para estabelecer relações com as pessoas, um vasto conjunto de atrasos e alterações na aquisição e no uso da linguagem; e uma obsessão em manter o ambiente intacto, acompanhada da tendência a repetir uma sequência limitada de atividades ritualizadas. As manifestações comportamentais que definem o autismo incluem comprometimentos qualitativos no desenvolvimento sociocomunicativo (ZANON, *et al*, 2014).

Esse distúrbio do desenvolvimento tem como base a neurobiologia e que atinge 4 a 10 em cada 10.000 indivíduos, com uma incidência maior em pessoas do sexo masculino com a seguinte proporção de para cada quatro indivíduos masculinos, um feminino é afetado com o Autismo Infantil - AI (SCHWARTZMAN, 2003). A quinta edição do Manual de Diagnóstico e Transtorno Mentais (DSM-V) traz uma nova nomenclatura para o autismo incluindo a Síndrome de Asperger. Essa Síndrome, de acordo com o DSM-V, configura uma graduação mais branda dos Transtornos do Espectro Autístico (TEA). Atualmente, esses transtornos são subdivididos em cinco categorias diagnósticas: Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra Especificação, sendo o Transtorno Autista o quadro protótipo desta categoria (APA, 2002). Existe certo consenso entre os especialistas de que o autismo é decorrente de disfunções do sistema nervoso central (SNC), que levam a uma desordem no padrão do desenvolvimento da criança (SILVA & MULICK, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o autismo é uma síndrome que se evidencia constantemente antes dos 30 meses de idade e sua principal característica é quando o portador apresenta respostas anormais aos estímulos dos sentidos visual, auditivo e também pela dificuldade em interagir com os demais. Destarte se faz necessário que o cuidador encontre uma forma de tornar esta comunicação possível e funcional (FÁVERO, 2005). A comunicação é a base da formação social do ser humano e como tal, faz-se necessário que a criança encontre, de alguma forma, um método para se comunicar e se fazer entender.

Segundo Cardoso (2012), é fundamental um diagnóstico precoce do autismo na criança. Essas manifestações podem ser identificadas pelas pessoas mais próximas como os cuidadores, os pais, familiares e professores, pois diariamente estão vivenciando e observando o comportamento da criança e suas características tendem a ser vistas como necessidades ímpar para essas crianças. Porém, para o fechamento do diagnóstico médico existe um processo minucioso onde o profissional avalia as esferas física e neurológica, utilizando-se de entrevistas com pais e outros familiares, observação e exame psicomental da criança e, algumas vezes, exames complementares para doenças genéticas e/ou hereditárias.

Segundo Buscaglia (2006), ao deparar-se com as deficiências de um filho, em qualquer ambiente familiar, é sempre um momento de incertezas e desconhecido. Ao confrontar essa realidade inesperada há um misto de sentimentos como o sofrimento, a confusão, as frustrações e os medos. Exercer a maternidade e a paternidade de uma criança especial torna-se uma experiência heterogênea, e, mesmo contando com diversos aparelhos e o apoio de profissionais e familiares empenhados em amenizar tal sofrimento, são geralmente os pais que possuem a maior carga de responsabilidade.

Neste contexto é provável que as famílias sofram algumas alterações e nos primeiros sintomas do Autismo, a família sofre com grandes alterações em seu cotidiano, e sua rotina é totalmente alterada com interrupções de suas atividades e uma grande transformação no clima emocional no qual estão inseridos. Devido à convivência diária, envolvendo diferentes contextos e ocasiões, reconhece-se que, na maioria das vezes, são os pais, e não os profissionais, os primeiros a suspeitarem de problemas no desenvolvimento da criança (ZANON, *et al*, 2014).

O Estresse, a ansiedade e a depressão são as maiores características de pais de crianças com Transtornos do Espectro Autístico, isso quando comparados aos pais de crianças com outros transtornos, como a Síndrome de Down. O reconhecimento da sintomatologia manifestada pela criança com autismo é fundamental para a obtenção do diagnóstico precoce (PINTO, *et al*, 2016).

Diante do panorama situacional exposto, este estudo objetiva compreender como as famílias lidam com o diagnóstico de Autismo e como o diagnóstico interfere na dinâmica de famílias, evidenciado na literatura científica. Este transtorno, assim como outras doenças crônicas, altera drasticamente no cotidiano familiar, e com isso iremos descobrir como auxiliar essas famílias, que por muitas vezes sentem-se vulneráveis perante tal situação. Conhecer o envolvimento dos familiares diante do autismo e o enfrentamento do cuidador em face de nova dinâmica familiar pode auxiliar, como forma de subsídios, na reorientação da prática de enfermagem na atenção ao paciente especial. E com isso, o fornecimento da atenção integral preconizada pelo SUS.

2 | DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura realizada no primeiro trimestre de 2018, com características descritivo-exploratórias, retrospectiva, com abordagem qualitativa, foi desenvolvido por meio da seleção criteriosa de 21 publicações, as quais foram lidas na íntegra e utilizadas para embasamento e discussão do trabalho.

A construção do presente trabalho foi realizada por meio do cruzamento de palavras-chave encontradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Transtorno Autístico, Síndrome de Rett; Enfermeiro; Relações Enfermeiro-Paciente, Transtorno do Espectro Autista; Relações Familiares, Relações Profissional-Família, Cuidadores. Foram utilizadas as seguintes bases de dados para embasamento teórico: Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os presentes critérios de inclusão: ser da língua portuguesa, artigos disponíveis na íntegra; publicações realizadas entre os anos de 2000 a 2018 que abordassem as palavras-chave segundo a disponibilidade nos DECS sobre a temática do autismo e a dinâmica familiar. Enquanto, como critério de exclusão: artigos que não eram nacionais; publicações que não estavam entre o tempo proposto da pesquisa, aqueles disponíveis em fontes de dados não confiáveis, periódicos que não estavam disponíveis na íntegra e os que fugissem dos objetivos dessa pesquisa.

3 | RESULTADOS

3.1 Suporte familiar

A família, na maioria dos contextos humanos, constitui o embasamento social. Neste sentido, Andrade e Teodoro, (2012, *apud* BUSAGLIA, 1997) dispõem que esta “é o primeiro contexto relacional de um indivíduo. Por esse motivo, possui importante influência na determinação do comportamento humano e na formação da personalidade”. Assim, quando observado o panorama contextual do familiar do indivíduo portador do autismo, ou mesmo de outros transtornos e doenças de ordem crônica, é possível notar que a importância das relações de interdependência entre os membros da família é multiplicada, principalmente quando levado em conta o fato de que, geralmente o cuidador primário é alguém da família, sendo em grande parte os próprios pais os responsáveis por tal tarefa.

Monte e Pinto (2015) discorrem que “o nascimento de uma criança autista pode apresentar reações diversas nos membros familiares que vão desde o estresse gerado pela mudança na rotina com terapias, médicos e gastos com medicamentos”. Diante disto, percebe-se que tal alteração tão brusca no cotidiano familiar pode gerar, além de

problemas internos ao círculo familiar, bem como de ordem material e financeira, certo medo e receio quanto ao restante da sociedade, especialmente no que diz respeito à comunicação. Neste sentido, Monte e Pinto, (2015, *apud* PANIAGUA, 2004) aferem que “o contato externo é importante para a criança, porém necessita ser cauteloso e a presença da família neste contexto do aprendizado é fundamental”. Nota-se, portanto, o quanto necessário é o suporte familiar no sentido de guiar e facilitar a inclusão do indivíduo portador de autismo nos demais contextos sociais que o cercam.

Sobre as formas de lidar com o transtorno, Andrade e Teodoro pontuam que, “diante da presença de um membro com Autismo na família, os pais gradualmente desenvolvem diferentes estratégias de *coping* para lidar com as dificuldades: negação ativa, foco no problema, pensamento positivo e religiosidade” (2012, *apud* HASTINGS *et al.*, 2005). Os autores colocam ainda que, “as formas de enfrentamento podem ser subdivididas em enfrentamento passivo (ou de fuga e esquiva) e enfrentamento ativo” (ANDRADE E TEODORO, 2012). Por enfrentamento passivo é possível compreender que o núcleo familiar procura ignorar o problema e as questões decorrentes da condição autística. Como disse o autor supracitado, é a negação ativa. Já o enfrentamento ativo consiste em procurar compreender as necessidades do indivíduo e adaptar-se a estas, mantendo uma postura positiva e resiliente.

O suporte familiar, contudo, não se limita à atuação dentro do lar, e não compete unicamente ao cuidador primário, ou familiares mais próximos. Zanatta (*et al.*, 2014) afirma que, “em relação ao autismo e ao impacto que ele gera nas famílias, as redes sociais de apoio podem colaborar, ao fornecer informações e auxílio diante das adversidades sentidas pelas famílias em decorrência da condição limitante”. As redes de apoio de que a autora fala, constituem-se nos centros de auxílio social e psicológico, tais como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e a APAE (Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais), institutos que fornecem auxílio às pessoas portadoras de deficiências intelectuais.

Sobre o apoio que tais entidades podem oferecer, Zanatta (*et al.*, 2014) dispõe que estas “atuam proporcionando espaços de troca de experiências e amparo para que possam falar das suas dificuldades do dia a dia, dos seus sentimentos, frustrações, esclarecer suas dúvidas e aconselhar-se com os profissionais”. Percebe-se assim, que estes centros de apoio têm a importância de facilitar o suporte familiar no que diz respeito a orientar os cuidadores e familiares, oferecer-lhes auxílio emocional e psicológico e tirar dúvidas quanto às dificuldades na hora de lidar com o indivíduo portador do autismo, ajudando a família ou o cuidador primário a executar a tarefa de cuidar do mesmo.

Diante disto, cabe ainda ressaltar o papel do enfermeiro no contexto de suporte familiar. Isto se configura muito mais no âmbito social do que no âmbito da assistência médica em si. Sobre tal colocação, afirma Zanatta (*et al.*, 2014) que “conhecer o cotidiano de famílias que convivem com o autismo infantil proporciona ao enfermeiro subsídios para planejar o cuidado voltado às necessidades da criança e da família

considerando suas realidades”. Deste modo, a atuação do enfermeiro é uma pedra angular no suporte familiar ao portador do transtorno autístico, uma vez que é ao profissional da enfermagem que cabe o planejamento de estratégias de cuidados necessários ao portador, de modo que o desenvolvimento de tais estratégias só é possível através do conhecimento prático do cotidiano do indivíduo autista, do cuidador primário e de todo o seu contexto familiar.

3.2 Aspectos financeiros inerentes à nova condição

O panorama desencadeado pela descoberta de que um indivíduo é portador do transtorno autístico envolve uma série de aspectos. Muniz Pinto (*et al*, 2016) afirma que “constitui uma situação de impacto, podendo repercutir na mudança da rotina diária, na readaptação de papéis e ocasionando efeitos diversos no âmbito ocupacional, financeiro e das relações familiares”. Neste sentido, não se pode olvidar que o devido acompanhamento e tratamento de uma doença de ordem crônica exige uma reavaliação e readaptação, principalmente no que se refere ao aspecto financeiro. A fim de auxiliar os pais e familiares neste novo desafio, foram criados métodos de auxílio no que se refere à lidar com a questão financeira. Como dispõe Fávero (*et al*, 2005), ao se aconselhar os pais é necessário levar em conta “a suficiência técnica das habilidades de modificação de comportamento dos pais, os recursos da família e sua prontidão para mudança”.

A questão dos recursos é o ponto de interesse neste contexto, pois, entre as diversas técnicas e tratamentos que podem ser aplicados ao indivíduo autista, dependendo do grau dentro do espectro, um tratamento adequado pode acarretar gastos maiores que outros. Como dispõe o Ministério da Saúde, “a variedade de terapias, voltadas para o tratamento do autismo, se deve às diversas características que apresentam e à grande diferenciação na apresentação dos casos” (BRASIL, 2000). Antes tal situação, é mister que haja o acompanhamento de profissionais da saúde, a fim de garantir ao indivíduo o tratamento mais indicado. Entretanto, antes mesmo de se referir ao tratamento em si, o devido acompanhamento acarreta expensas, por vezes altas demais para que a família possa custear.

No entanto, dispõe a legislação brasileira de meios para que o indivíduo portador de autismo possa ser assistido. Como dispõe Silva (2012) “um dos direitos das pessoas com deficiência e, portanto, segundo a legislação brasileira, das pessoas com autismo, é o benefício da prestação continuada (BPC)”. Tal benefício é disposto pela Lei nº 8742/93, a qual legisla sobre a assistência social do Estado. Nos termos da referida lei, é prevista a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2011). Silva (2012) afirma que “para a pessoa receber esse benefício é necessária a comprovação de renda familiar inferior a um quarto do salário mínimo por pessoa dentro do mesmo

lar familiar". Embora possa parecer pouco relevante o valor de um salário mínimo ante o contexto socioeconômico atual, tal auxílio é por vezes a diferença entre um tratamento adequado e a completa negligência do indivíduo autista, principalmente no que se refere ao âmbito de famílias menos favorecidas.

3.3 Reajuste familiar

É fato que o indivíduo portador do autismo, independente do nível, possui dificuldades comunicativas e sociais. Fávero (*et al*, 2005) aponta que “a comunicação é um aspecto especialmente afetado no quadro do autismo e que, com frequência, apresenta-se severamente prejudicada”. Diante disto, a família de um portador encontra-se diante de uma dura e complexa missão quando o indivíduo é diagnosticado com a condição. Acerca de tal paradigma, Filho (*et al*, 2016), aponta ainda que ”a família apresenta dificuldades em lidar com este tipo de situação, podendo desenvolver posturas e atitudes inadequadas que não contribuirão para o desenvolvimento da criança nem trarão equilíbrio da dinâmica familiar”. Neste sentido, resta claro que os familiares de um indivíduo autista, após o devido diagnóstico feito por um profissional, necessitam, antes de mais nada, se readjustar.

Conforme este entendimento, independentemente da adaptação que se faça, o núcleo familiar será abalado pelas implicações que a condição de cuidar de um portador de autismo traz consigo. Diante disto, a fim de minorar as implicações acarretadas pela mudança no cotidiano, a família deve ser capaz de desenvolver meios e métodos que não apenas reduzam o impacto na dinâmica familiar, como também contribuam para o crescimento individual do portador, de maneira que este possa se desenvolver.

Ainda acerca da readaptação familiar, o sofrimento de saber que o indivíduo sempre será refém de limitações sociais e psicológicas acaba por gerar uma carga emocional negativa dobrada, quase que um sofrimento duplo, do cuidador por si mesmo e pelos familiares, e do cuidador pelo indivíduo, por ter a ciência da inaptidão que acompanhará o mesmo até o fim de seus dias, e acabar tratando o indivíduo como completo incapaz. Entretanto, o sentimento de que a criança é incapaz pode gerar um problema de superproteção, o que pode aleijar o desenvolvimento do indivíduo autista. Filho (2016, *apud* PENNA, 2006) dispõe sobre tal que “a família [...] vive os problemas da criança como se fosse seu, tenta resolver qualquer conflito que talvez ela possa enfrentar, pois a criança tem que ter sua própria individualidade, escolher por si só, expressar seus sentimentos”. Neste mesmo sentido entende o Ministério da Saúde ao colocar que “o autista precisa ser tratado como um membro da família e não como um soberano, a quem é tudo permitido” (BRASIL, 2000). Portanto, para que haja uma dinâmica familiar adequada, é ponderoso que o indivíduo seja tratado com a normalidade que a situação exige, não o colocando numa posição de completamente inválido.

Neste contexto, se faz mister que o enfermeiro tenha participação. Filho (2016, *apud* SOARES, 2008) dispõe que “deve-se ter sempre em mente que a família de uma criança autista necessita tanto de atendimento e orientação quanto o próprio indivíduo”. Isto importa dizer que a família carece de um acompanhamento profissional para que se dê um reajuste de maneira adequada em relação ao contexto familiar, e tal acompanhamento certamente trará em sua equipe multidisciplinar a figura do profissional da enfermagem. Semelhante entendimento dispõe Pinto:

Assim, compreendemos a importância de que todos os esclarecimentos necessários sejam realizados e que todas as dúvidas e anseios dos familiares envolvidos neste momento sejam minimizados e que os profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro saiba implementar estratégias de aceitação (PINTO, *et al*, 2016).

Disto, o que se pode aferir é que o enfermeiro tem a sua importância e deve ser capaz de transmitir aos familiares, sobre tudo ao cuidador primário, o necessário ao completo entendimento do que a situação acarreta, a fim de minimizar os impactos familiares que decorrem do diagnóstico.

3.4 Desconhecimento prévio da síndrome e preconceito

Um dos fatores que pode ser apontado como o maior obstáculo no que se refere ao tratamento e acompanhamento de um indivíduo autista, sem dúvidas é o entendimento sobre do que se trata o autismo. Conforme Pinto (2016) “é de suma importância a compreensão sobre as causas do autismo e, principalmente, sobre as consequências advindas dele”. Neste ínterim, comprehende-se que apenas um pequeno percentual de pessoas comprehende o que de fato é o transtorno do espectro autista, e tal desconhecimento inevitavelmente leva ao preconceito. Paiva Júnior (2012) pontua que “os adultos, principalmente aqueles com autismo severo, sofrem o preconceito de forma muito semelhante a qualquer outra síndrome ou necessidade especial, pois muitos logo identificam que há algo de diferente”. Neste contexto, nota-se que é primordial que haja informação.

Não obstante, há ainda que se considerar que existe entre as pessoas menos esclarecidas um estereótipo sobre o indivíduo autista, onde se enxerga o mesmo como alguém alheio à realidade. Paiva Júnior (2012) coloca que “ao pensar que o autista não tem um mundo próprio, teremos mais chances de incluí-lo em nosso mundo com o respeito que merecem, pois preconceito se combate com informação”. Nada obstante, Moraes (2012) coloca ainda que “é urgente e preciso conscientizar a todos da necessidade de intervir rapidamente, para proporcionar ao autista a oportunidade de uma vida mais próxima da normalidade”. Assim, é necessário que exista a vontade de incluir o autista, não de relegá-lo à alienação como se não tivesse capacidade para se tornar um ser social.

Como bem coloca Pinto (*et al*, 2016) “expectativas positivas ou negativas quanto ao desenvolvimento e futuro do filho podem ser influenciadas pelo entendimento

das informações e recursos oferecidos, necessários ao bom desenvolvimento da criança". Semelhantemente coloca Fávero (*et al*, 2005) ao dispor que "o processo de aconselhamento informativo positivo e de desenvolvimento com outros pais deveria começar no mesmo momento em que o diagnóstico é estabelecido". Atente-se, portanto, para a importância da inter-relação entre os familiares de indivíduos portadores de autismo para a conscientização do que é a doença e do que é mito, auxiliando-se assim a eliminar o preconceito para com o autista.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fato de um indivíduo da família ser diagnosticado com autismo é uma ocasião que acarreta complexidade ao ambiente familiar como um todo, o primeiro momento é sem dúvidas o mais impactante. Tal acontecimento transforma o ambiente familiar, gerando uma oportunidade quase que obrigatória de readaptação e reflexão acerca de vários núcleos que compõem o cotidiano familiar, aspectos do tipo financeiro, educacional, interpessoal, social e particular, entre outros. A mudança repentina, acompanhada pelo desconhecimento do transtorno e do preconceito que a sociedade carrega pelo indivíduo autista torna tudo ainda mais complexo e difícil de lidar. Não obstante, os custos decorrentes de tratamentos e acompanhamentos profissionais fazem do ambiente familiar do portador do autismo um desafio diário. Diante de tal contexto, há a necessidade de se eleger, para administrar tal mudança e readaptação, um indivíduo que passa a ter o encargo de cuidador primário. É ao cuidador primário que compete a tarefa de gerir sobre a inclusão social do indivíduo autista, bem como coordenar a questão financeira que decorre dos tratamentos do mesmo.

Diante disto, e por todo o exposto, foi possível notar que a figura do cuidador primário é de suma importância para o desenvolvimento do indivíduo autista, mas não apenas a este cabe o papel de administrar a vida do portador, pois num ambiente familiar em que há um portador de uma doença crônica, os encargos de seus cuidados competem a todos os indivíduos que o cercam. Assim, é dever de todos que compõem o núcleo familiar aprender mais sobre o transtorno autístico, a fim de possibilitar ao portador um ambiente em que este possa ser tratado de forma humanizada e igualitária, não se sentindo deslocado ou discriminado por sua condição. Não menos célebre pontuar aqui a importância dos profissionais da saúde no acompanhamento e aconselhamento dos familiares e do cuidador primário, uma vez que, o acompanhamento do indivíduo autista em seu tratamento e cuidado exige informação e orientação, os quais o profissional da enfermagem devidamente qualificado será capaz de transmitir. Tal orientação deve ser feita tanto no plano da assistência em saúde, quanto no plano da assistência social e psicológica, tanto do indivíduo quanto do cuidador primário e das demais pessoas que porventura componham o grupo familiar do autista, a fim de possibilitar que o impacto da situação

crônica seja o menor possível dentro do âmbito familiar. Neste diapasão, conclui-se que foi alcançado o objetivo do presente estudo, tendo sido feita a exploração do tema e a sua explanação de modo a compreender a importância da figura do cuidador primário e como se dá a atuação do seu papel fundamental no âmbito do cuidado ao indivíduo portador do transtorno do espectro autista. Alcançou-se ainda o objetivo de analisar as relações familiares do autista, e de compreender como as famílias lidam com o diagnóstico de autismo, em todas as suas principais dimensões, bem como adquirir a noção do impacto do diagnóstico no ambiente familiar, e como este interfere na dinâmica do mesmo.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. A. TEODORO, M. L. M. **Família e Autismo: Uma Revisão da Literatura**. Contextos Clínicos, jul. dez., 2012. Disponível em <pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v5n2/v5n2a08> Acesso em: 23. Mai. 2018.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM V)**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Autismo: orientação para os pais**. Casa do Autista. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. **Lei nº 12435 de 06 de julho de 2011 (Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social)**. Brasília: 2011. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm#art1> Acesso em: 23. Mai. 2018.
- CARDOSO C. et al. **Desempenho sócio-cognitivo e diferentes situações comunicativas em grupos de crianças com diagnósticos distintos**. J Soc. Bras. Fonoaudiol. 2012.
- CUNHA, E. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. Rio de Janeiro: Wak, 2012.
- FAVERO, M A B. SANTOS, M A. **Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura**. Psicologia: Reflexão e Crítica. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005.
- FAVERO, M.A.B. SANTOS, M.A. dos. **Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000300010>> Acesso em: 20. Set.2017.
- FILHO, A. L. M. M. NOGUEIRA, L. A. M. M. SILVA, K. C. O. SANTIAGO, R. F. **A importância da família no cuidado da criança autista**. Rev. Saúde em Foco. Teresina, jan./jun. 2016 Disponível em <www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/719/1000> Acesso em: 28. Mai. 2018.
- GRIESI-OLIVEIRA, K. SERTIÉ, A. L. **Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético**. Hospital Israelita Albert Einstein, mai. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n2/pt_1679-4508-eins-15-02-0233.pdf> Acesso em: 01. Jun. 2018.
- MELLO, A. M. S. **Autismo: guia prático**. São Paulo: AMA. Brasília: Corde, 2007.
- MONTE, L. C. P. PINTO, A. A. **Família e autismo: psicodinâmica familiar do transtorno e desenvolvimento global na infância**. Revista Estação Científica, jun. dez. 2015. Disponível em <

MORAES, Claudia. **Autismo da idade adulta**. Revista Autismo, abr. 2012. Disponível em <<https://www.revistaautismo.com.br/RevistaAutismo002.pdf>> Acesso em: 23. Mai. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Administração da OMS**. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/en/index.html>>. Acesso em: 20. Set. 2017.

PAIVA JÚNIOR. **Preconceito x informação**. Revista Autismo, abr. 2012. Disponível em <<https://www.revistaautismo.com.br/RevistaAutismo002.pdf>> Acesso em: 23. Mai. 2018.

PINTO, Rayssa Naftaly Muniz. **Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares**. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre: 2016 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000300413&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23. Mai. 2017.

SANTOS, A. A. **A fala de uma criança autista dos 10 aos 11 anos de idade**. Trabalho de Conclusão de Curso. São Leopoldo: Unisinos, 2010.

SCHWARTZMAN, J. S. et al. **Síndrome de down**. São Paulo: Memnon: Mackenzie, 2003.

SILVA, A. B. B. **Mundo Singular: entenda o autismo**. São Paulo: Fontanar, 2012.

SILVA, M. MULICK, J. A. **Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas**. Psicol. cienc. prof. Brasília, mar. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932009000100010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 19. jun. 2018.

ZANATTA, E. A. MENEGAZZO, E. GUIMARÃES, A. N. FERRAZ, L. MOTTA, M. G. C. **Cotidiano das famílias que convivem com o autismo infantil**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, set.dez. 2014. Disponível em <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/10451/8989>> Acesso em: 23. Mai. 2018.

ZANON, R. B. BACKES, B. BOSA, C. A. **Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, jan. mar. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n1/04.pdf>> Acesso em: 01. jun. 2018.

COMPREENSÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Manoela Lais Pereira Nolêto

Universidade Estadual do Piauí

Teresina – Piauí

Bruna Lorena Soares Cavalcante

Universidade Estadual do Piauí

Teresina – Piauí

RESUMO: Diante de uma doença que ameaça a vida, os Cuidados Paliativos (CP) apresentam-se como medidas de conforto com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Considerando o início dos CP desde o momento do diagnóstico de uma doença grave até a fase final da vida, a fim de desfazer a ideia de que ao receber CP signifique que não haja mais nada a fazer pela pessoa. Objetivo: Revisar na literatura artigos que visem discutir a compreensão sobre CP na percepção de estudantes da área da saúde. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica a respeito da compreensão sobre CP na percepção de estudantes da área da saúde. As bases de dados utilizadas foram: LILACS, MEDLINE e SCIELO, delimitados os seguintes descritores: Cuidados paliativos; Comunicação; Educação Superior. Selecionou-se artigos e revistas científicas contendo informações relevantes a compreensão sobre CP na percepção de estudantes das seguintes áreas da saúde: medicina, enfermagem, fisioterapia e psicologia,

publicados entre os anos de 2012 a 2018. Resultados: Nove artigos foram selecionados para revisão após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. O público mais estudado foram os estudantes de medicina, seguido de enfermagem, por último, os estudantes de fisioterapia e psicologia. Quanto ao tipo de estudo, 55,5% dos artigos se tratam de pesquisas qualitativas e 44,5% são pesquisas quantitativas. Conclusão: A compreensão sobre CP na percepção de estudantes da área da saúde ainda é deficiente.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos. Comunicação. Educação Superior.

UNDERSTANDING PALLIATIVE CARE IN THE PERCEPTION OF HEALTH STUDENTS: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: In the face of a life-threatening illness, Palliative Care (CP) presents as comfort measures to improve the quality of life of patients and their families. The onset of PCs from the time of diagnosis of a serious illness is a final phase of life, in order to undo the idea of what a challenge is. Objective: To review the literature on the consultation on CP in the area of health perception. Methodology: This is a bibliographical review about the respect for CP in the perception of students in the health area. The databases used were: LILACS, MEDLINE

and SCIELO, delimited by the descriptors: Palliative care; Communication; College education. More articles and scientific journals with more information are applied on the health area: medicine, nursing, physiotherapy and psychology, between 2012 and 2018. Results: Nine articles were selected for review after application of the inclusion and exclusion criteria. The most studied public were medical students, followed by nursing, lastly the students of physiotherapy and psychology. Regarding the type of study, 55.5% of the articles are qualitative research and 44.5% are quantitative research. Conclusion: The understanding of CP in the perception of students in the health area is still deficient.

KEYWORDS: Palliative care. Communication. College education

1 | INTRODUÇÃO

Diante de uma doença que ameaça a vida, os Cuidados Paliativos (CP) apresentam-se como medidas de conforto promovidas por uma equipe multidisciplinar, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Historicamente, a prática dos cuidados paliativos tem suas primeiras citações no século IV, quando se relembra os *hospices* que eram locais criados por religiosos com intuito de cuidar dos doentes que estavam morrendo (MORAES, 2010). Com o passar dos anos, em diferentes partes do mundo, foram surgindo outras organizações como essas (PESSINI, 2003). Aproximadamente, 115 países possuem serviços de cuidados paliativos com diferentes níveis de desenvolvimento (WRIGHT et al, 2008).

No Brasil, as iniciativas voltadas aos cuidados paliativos passaram a existir na década de 70, mas somente a partir dos anos 90 apareceram os primeiros serviços especializados de fato. O objetivo era assessorar o paciente, ajudando-o a tolerar da melhor forma o tratamento e manter o controle de suas emoções durante uma doença que não tinha perspectiva de cura (PESSINI, 2003). Mesmo com um atraso de duas décadas, quando comparado com países mais desenvolvidos, começou-se a implantar os serviços de cuidados paliativos, principalmente pelos médicos e líderes do SUS, o Sistema de Saúde (RODRIGUES, 2005).

Frente às controvérsias, os pacientes “fora de possibilidade de cura”, amontoam-se em hospitais, quase sempre recebendo cuidados inadequados, focados na tentativa de cura, por meio de métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor (ANCP, 2012).

Em esclarecimento, deve-se levar em consideração o início dos cuidados paliativos desde o momento do diagnóstico de uma doença grave até a fase final

da vida (HALL et.al., 2011), a fim de desfazer a ideia de que ao receber cuidados paliativos signifique que não haja mais nada a fazer pela pessoa, pelo contrário, há medidas e intervenções precoces que fortalecem a compreensão da doença e participação no cuidado (ANCP, 2017).

Portanto, torna-se necessário planejar opções mais humanizadas e individualizadas a fim de ajudar o paciente a se adaptar às mudanças estabelecidas pelo agravo de uma doença cujas alternativas de tratamento de cura acabaram ou não possuem mais efetividade. Para isso, os profissionais precisam de uma formação prévia, tendo assim um bom conhecimento sobre cuidados paliativos (FRIZZO et al, 2013).

De acordo com o que foi apresentado acima, surgiu a seguinte pergunta: “Qual a compreensão sobre cuidados paliativos na percepção de estudantes da área da saúde?”. A execução dessa pesquisa oportunizará à comunidade acadêmica uma reflexão acerca do tema e apontará a importância da discussão em grade curricular. Além disso, a fim de esclarecer sobre o que são cuidados paliativos e estratégias de comunicação interpessoal, com o propósito de estimular o aprofundamento de conhecimento e reflexões em suas abordagens. Portanto, o estudo teve como objetivo Revisar na literatura artigos que visem discutir a compreensão sobre cuidados paliativos na percepção de estudantes da área da saúde.

2 | METODOLOGIA

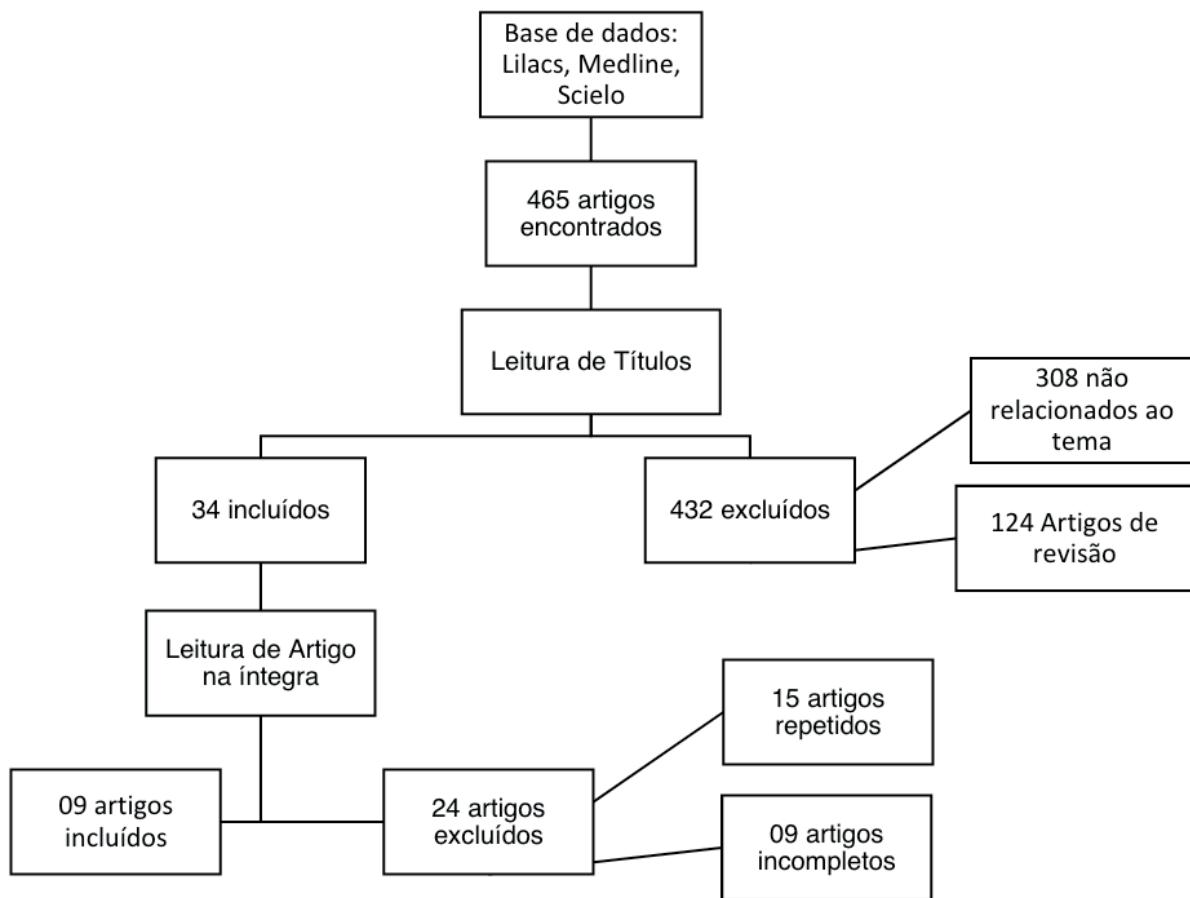
Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica que se constituiu pela seleção de artigos e publicações de revistas científicas, publicadas entre os anos de 2012 a 2018, que abordaram a compreensão sobre cuidados paliativos na percepção de estudantes da área da saúde, dentre as publicações, somente as de língua portuguesa e inglesa foram selecionados.

Foi realizado um estudo descritivo que teve como objetivo buscar informações sobre o tema em discussão através de publicações já existentes. Três bases de dados foram utilizadas para a revisão bibliográfica: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*). Os seguintes descritores: Cuidados paliativos; Comunicação; Educação Superior foram utilizados de forma combinada para a busca dos artigos, de acordo com o DECS (Descritores em Ciências da Saúde).

Teve como critérios de inclusão, artigos e revistas científicas contendo informações relevantes a respeito da compreensão sobre cuidados paliativos na percepção de estudantes das seguintes áreas da saúde: medicina, enfermagem, fisioterapia e psicologia, sendo publicados entre os anos de 2012 a 2018.

Foram excluídos relatos de caso, artigos que não tinham a disponibilidade na

integra e artigos em duplicação, artigos que não contém informações sobre o tema em discussão e artigos que se tratavam de revisões bibliográficas. Para obter melhor compreensão da seleção dos artigos do presente estudo, foi incluído na pesquisa o auxílio de um fluxograma.



2.1. Figura1. Fluxograma de seleção (inclusão e exclusão) dos artigos no estudo de revisão, 2019.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 465 artigos encontrados na busca, nove artigos foram selecionados para revisão após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Os nove artigos selecionados foram utilizados para compor o *Quadro 1* que representa a característica geral dos estudos selecionados, descrevendo: os autores, o ano de publicação, o tipo de estudo, o objetivo, a metodologia, a amostra e a conclusão, sendo esses os que mais especificaram a compreensão sobre cuidados paliativos na percepção de estudantes da área da saúde.

3.1 Quadro 1. Quadro comparativo entre autores

Autor/Ano	Tipo do Estudo	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conclusão
CORREIA, D. S. et. al., 2018	Quantitativo, descriptivo e transversal.	Identificar a importância da temática dos cuidados paliativos para discentes da graduação em Medicina.	Utilizou-se uma versão adaptada do instrumento PEAS – Physicians' End-of-Life Care Attitude Scale. Foram usadas 37 questões do tipo Likert.	134 participantes, idades entre 22 e 37 anos.	Os discentes identificaram as deficiências acerca do tema ocasionadas pela ausência ou limitação do ensino de cuidados paliativos na graduação e tem interesse em ver a temática incluída como disciplina no currículo médico.
DALPAI, D. et. al., 2017	Quantitativo e transversal.	Avaliar o conhecimento sobre dor e cuidados paliativos dos estudantes de medicina e a sua percepção sobre o ensino dessas temáticas na graduação.	Foi aplicado um questionário validado com 19 perguntas diretas sobre dor e cuidados paliativos.	47 alunos do curso de medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).	A graduação apresenta lacunas no ensino ao que diz respeito aos cuidados paliativos e dor e, também, dificuldades dos alunos em transportar o conhecimento teórico para a prática profissional.
LEMOS, C.F.P. et. al., 2017.	Transversal.	Avaliar os conhecimentos em cuidados paliativos (CCP); averiguar se há ganho de CCP entre os alunos de primeira, quarta e sexta séries.	Aplicação de questionário anônimo (21 perguntas).	193 alunos da primeira, quarta e sexta série do curso de Medicina. Com idades de $23,6 \pm 4,3$ anos, sendo 100 mulheres.	Há necessidade de aprimorar o CCP. Não houve ganho de CCP durante o internato (com significância estatística).
COSTA, A. P.; POLES K.; SILVA, A. E., 2016.	Exploratório, descriptivo e qualitativo.	Conhecer a experiência dos alunos de medicina e enfermagem durante atendimentos a pacientes em CP, identificando dificuldades e aspectos formadores para esse cuidado.	10 entrevistas semiestruturadas, sem amostragem predefinida.	10 alunos (5 medicina + 5 enfermagem). Com idades entre 21 e 30 anos.	Estimular o ensino teórico e prático dos CP nas grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, e incentivar pesquisas que visem o aprimoramento desta formação.
OLIVEIRA, J. R. et. al., 2016	Exploratório de caso e qualitativo.	Analizar a atual situação do ensino de bioética e CP nas escolas médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil.	Questionário, entrevista e documento informatizado.	28 escolas médicas de Minas Gerais.	É necessária a inserção do CP nos cursos de Medicina, seja no formato de disciplina específica, em curto prazo, seja por meio de um ensino longitudinal, em longo prazo, quando poderá ser discutido durante a graduação, em outra disciplina ou módulo curricular.

MIZUNO, Y. A.; SOUSA, J. M.; MATHEUS, J. P. C., 2015.	Exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa.	Analizar as experiências e consequências do enfrentamento da morte e do processo de morrer em graduandos do curso de fisioterapia e a presença dessa temática durante a graduação.	Questionário sociodemográfico constituído de dez itens.	222 estudantes.	Foi percebida a carência da abordagem do tema durante a formação profissional.
FONSECA, A.; GEOVANI-NI, F., 2013.	Qualitativo e exploratório.	Discutir as atuais iniciativas de inserção dos CP no currículo médico, apontando habilidades necessárias para atuar na área.	Aplicação de um questionário a estudantes	17 participantes, média de 27 anos de idade.	A inserção dos CP nos cursos de graduação médica seja em disciplinas específicas ou por meio de um ensino transversal, ajuda na consolidação dos CP, assim podendo formar não apenas profissionais da saúde, mas especialistas em CP.
SANTOS, L. R. G.; MENEZES, M. P.; GRADVOHL, S. M. O., 2013.	Qualitativa.	Identificar o conhecimento sobre a ortotanásia dos concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia.	Entrevista semiestruturada por meio de questões disparadoras.	22 alunos participaram da pesquisa, 6 do curso de medicina, 10 de enfermagem e 6 de psicologia.	Há a necessidade de mudanças sobre o enfoque dado ao tema terminalidade nos cursos de graduação da área da saúde, visando preparar melhor os futuros profissionais.
TOLEDO, A. P.; PRIOLLI, D. G., 2012.	Descriptivo e transversal.	Descrever atitudes e práticas do ensino dos cuidados no fim da vida	Questionário sobre o ensino dos cuidados no fim da vida foi aplicado em coordenadores de escolas de medicina brasileiras.	58 coordenadores de 179 cursos de medicina do Brasil.	O ensino em cuidados no fim da vida no Brasil possui limitações, necessitando de ampla discussão.

Como pode ser visto na tabela o público mais estudado são os estudantes dos cursos de medicina, estando presente em oito dos nove artigos. Seguido dos estudantes dos cursos de enfermagem, estando em dois dos nove artigos. E, por último, os estudantes de fisioterapia e psicologia, estando presente em apenas um artigo cada.

Quanto ao tipo de estudo, 55,5% dos artigos encontrados são pesquisas qualitativas, e 44,5% pesquisas quantitativas. Sendo que todos os artigos apresentaram conclusões semelhantes quanto à necessidade de melhorar a oferta do ensino a cerca dos cuidados paliativos a fim de preparar melhor os futuros profissionais da área da saúde.

Na busca de informação sobre o conhecimento dos estudantes da área da saúde sobre CP, Dalpai et al., tendo os estudantes de medicina como amostra, aplicou um questionário afim de avaliar o conhecimento sobre dor e a percepção desses estudantes sobre o ensino de CP na graduação. Com o decorrer da pesquisa

ficou evidente que os alunos apresentavam dificuldades em transpor o conhecimento teórico para a prática, tendo como exemplo a insegurança em manusear a dor.

Santos, Menezes e Gradvohl (2013) utilizaram-se de uma entrevista semiestruturada para tentar identificar o conhecimento sobre ortotanásia dos alunos concluintes dos cursos de graduação de medicina, enfermagem e psicologia. Reafirmando ser necessário, para preparar melhor os futuros profissionais, mudar o enfoque dado a terminalidade nos cursos de graduação na área da saúde.

Mizuno, Sousa e Matheus (2015) analisaram as experiências e consequências do enfrentamento da morte e do processo de morrer em alunos de fisioterapia e analisaram também a presença dessa temática durante a graduação. Costa e Silva (2016) também fizeram suas análises por meio das experiências dos alunos, tentando identificar as suas dificuldades. Os dois artigos confirmam em suas conclusões que percebem a carência da abordagem do tema na formação profissional, se fazendo necessário estimular o um ensino teórico e prático dos CP e incentivar pesquisas visando o aprimoramento da formação dos acadêmicos da área da saúde.

Fazendo uma comparativa entre os alunos em diferentes períodos do curso de graduação de medicina por meio de um questionário Lemos et al. (2017) chegou a conclusão de que existe a necessidade de se aprimorar o ensino de CP pois não houve ganho, com significância estatística, de conhecimento sobre o assunto, nem mesmo durante o internato.

Com relação à análise das instituições Oliveira et al. (2016), que buscou saber por meio de análise da grade curricular, aplicação de questionários e entrevistas com alunos do último ano de internato sobre o ensino da bioética e dos CP nas escolas médicas de Minhas Gerais, afirma que se faz necessário inserir o ensino de CP, para que estes possam ser discutidos durante a graduação em uma outra disciplina ou em um módulo curricular específico.

Já analisando o corpo docente, Toledo e Priolli (2012) procuraram descrever sobre as práticas do ensino dos cuidados paliativos, utilizando um questionário sobre o assunto, aplicado em 58 coordenadores de 179 cursos de medicina do Brasil, e chegaram à conclusão que existem limitações no ensino de cuidados ao fim da vida e que há a necessidade de ampla discussão sobre o assunto.

Em contrapartida, Correia et al. (2018), escolheu os discentes para identificar a importância do ensino de CP na graduação, sendo condizente aos docentes da pesquisa de Toledo e Priolli (2012), os estudantes sugerem ter deficiências causadas pela ausência/limitação do ensino em cuidados paliativos e ainda se mostraram interessados em ter a este ensino incluído no currículo para ter uma formação que vai além da busca pelo curar.

Ao mesmo tempo em que Fonseca e Geovanini (2013) procuraram discutir as iniciativas atuais de inserção de CP no currículo médico a fim de estimular a reflexão acerca da terminalidade da vida, pois só através da educação se formará mais que especialistas em CP, mas profissionais preparados para oferecer um cuidado que

proporcione conforto e tranquilidade ao paciente e a sua família.

4 | CONCLUSÃO

Com o decorrer pesquisa, evidenciou-se que se faz necessário mais pesquisas especificamente com os estudantes, em especial de outras áreas da saúde além da medicina e da enfermagem como, por exemplo, na área da fisioterapia.

Concluiu-se que a compreensão sobre cuidados paliativos na percepção de estudantes da área da saúde ainda é deficiente, pois todos os artigos deixam bem claro em suas conclusões que existe a necessidade de melhorar o ensino de cuidados paliativos a fim de preparar melhor os futuros profissionais da área da saúde.

Este déficit evidenciado pode ser reparado por meio da elaboração de estratégias educativas de comunicação, assim como, discussões precoces acerca do alívio de sofrimento frente às mudanças estabelecidas pelo agravio de uma doença. Portanto, o estudo pode oferecer meios para investir tanto no âmbito da educação como na assistência ao cuidado por tratar-se de um público em formação na área da saúde.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **O que são Cuidados Paliativos.** São Paulo, BR. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>>. Acesso em: 18 de julho de 2018.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP:** Ampliado e atualizado. 2^a ed. Rio de Janeiro, 2012.

CALDAS, G. H. O; MOREIRA, S. N. T.; VILAR, M. J. Cuidados Paliativos: Uma proposta para o ensino da graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 269-80, 2018.

CORREIA, D. S. et. al. Cuidados Paliativos: Importância do Tema para Discentes de Graduação de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Brasília, v. 42, n. 3, p. 78-86, 2018

COSTA, A. P.; POLES K.; SILVA, A. E. Formação em Cuidados Paliativos: experiências de alunos de medicina e enfermagem. **Revista Interface, comunicação, saúde, educação.** São Paulo, v. 20, n. 59, p. 1041-52, 2016.

DALPAI, D. et. al. Dor e cuidados paliativos: o conhecimento dos estudantes de medicina e as lacunas da graduação. **Revista Dor.** São Paulo, v. 18, n. 4, p. 307-10, 2017

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Brasília, v. 37, n. 1, p.120-25, 2013.

FRIZZO, K. Percepção dos acadêmicos de medicina sobre cuidados paliativos de pacientes oncológicos terminais. **Revista Bioethikos.** São Paulo, v. 7, n. 4, p. 367-375, 2013.

HALL, S et al. **Palliative care for older people:** better practices. Londres, UK. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

LEMOS, C.F.P. et. al. Avaliação do Conhecimento em Cuidados Paliativos em Estudantes durante o Curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 41, n. 2, p. 278-82, 2017.

MIZUNO, Yasmim de Araújo., SOUSA, Janaína Meirelles., MATHEUS, João Paulo Chieregato. **Experiências frente à morte em graduandos de fisioterapia: perfil sociodemográfico**. 2015. 40f. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2015.

MORAES S.A.F; KAIRALLA M.C. Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de Medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. **Revista Einstein**. São Paulo, v. 8, n. 2, p. 162-7, 2010.

OLIVEIRA, J. R. et. al. Reflexões sobre Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 40, n. 3, p. 364-73, 2016.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 15-30, 2003.

RODRIGUES, I.G; ZAGO M.M; CALIRI M.H. Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 29, n. 2, p. 147-54, 2005.

SANTOS, L. R. G.; MENEZES, M. P.; GRADVOHL, S. M. O. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2645-51, 2013.

TOLEDO, A. P.; PRIOLLI, D. G. Cuidados no Fim da Vida: O Ensino Médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 36, n. 1, p. 109-17, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2^a ed. Geneva: WHO. 2002.

WRIGHT, M. et al. Mapping Levels of Palliative Care Development: a global view. **Journal of Pain and Symptom Management** . USA, v. 35, n. 5, p. 469-85, 2008.

CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO: UMA NOVA PERSPECTIVA PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE

Mônica de Oliveira Santos

IPTSP- Universidade Federal de Goiás – UFG –
Goiânia (GO) – Brasil.

Mayara Tobias da Costa Pires

Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia
(GO) – Brasil.

Mônica Santiago Barbosa

IPTSP-Universidade Federal de Goiás – UFG –
Goiânia (GO) – Brasil.

Carla Afonso da Silva Bitencourt Braga

Universidade Federal de São Carlos - UFSCar –
São Carlos (SP) – Brasil.

Aroldo Vieira de Moraes Filho

Faculdade Alfredo Nasser - Aparecida de Goiânia
(Goiás) – Brasil.

a confiança, a atenção na aplicação de uma metodologia específica durante a consulta farmacêutica são características fundamentais para um profissional farmacêutico se destacar no trabalho. Observamos que alguns autores já realizaram trabalhos confirmando os benefícios da atenção farmacêutica na qualidade de vida da população. Conclusão: A consulta farmacêutica garante resultados mais satisfatórios e proporciona uma terapia mais efetiva, com menos problemas relacionados aos medicamentos, além de contribuir com a promoção da saúde e uma melhor qualidade de vida do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Farmacêutica, Farmácia Clínica, Serviços Farmacêuticos.

RESUMO: **Objetivo:** Abordar as atribuições do farmacêutico no consultório farmacêutico e seu impacto na promoção da saúde. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados do MEDLINE, PubMed, LILACS e SCIELO e em revistas impressas e legislações vigentes. Foram incluídos artigos em inglês e português publicados no período de 1990 a 2019. **Resultados:** Observamos que a consulta farmacêutica ainda é pouco utilizada no Brasil, sobretudo pela necessidade de mudança de conceitos. Alguns estudos mostraram uma ótima aceitação da população com relação a consulta e atenção farmacêutica; a empatia,

PHARMACEUTICAL CLINIC: A NEW

PERSPECTIVE FOR HEATH PROMOTION

ABSTRACT: **Objective:** To address the pharmacist's attributions in the pharmaceutical office and its impact on health promotion. **Methods:** A literature review was performed in the MEDLINE, PubMed, LILACS and SCIELO databases and in print magazines and current legislation. We included articles in English and Portuguese published from 1990 to 2019. **Results:** We observed that the pharmaceutical consultation is still little used in Brazil, especially due to the need for change of concepts. Some

studies have shown great acceptance of the population regarding consultation and pharmaceutical attention; Empathy, trust, attention to the application of a specific methodology during the pharmaceutical consultation are fundamental characteristics for a pharmaceutical professional to excel at work. We observed that some authors have already done work confirming the benefits of pharmaceutical attention on the population's quality of life. Conclusion: The pharmaceutical consultation ensures more satisfactory results and provides a more effective therapy, with less drug-related problems, and contributes to health promotion and a better quality of life for the patient.

KEYWORDS: Pharmaceutical Care, Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Services.

1 | INTRODUÇÃO

A profissão farmacêutica tem vivenciado um crescimento e desenvolvimento significativo nos últimos tempos. As primeiras transformações da profissão foram estimuladas devido uma nova condição tecnológica mais avançada, onde o farmacêutico perdeu espaço na manipulação para as indústrias farmacêuticas, e na farmácia, passou a ser visto pela sociedade como apenas um vendedor de medicamentos e sua presença tornou-se dispensável. Neste contexto, as orientações sobre o uso correto de medicamentos, interações e eventos adversos foram ignoradas (Holland; Nimmo, 1999; Freitas *et al.*, 2002).

Com a insatisfação do novo cenário de atuação profissional decorrente da industrialização de medicamentos, houve um movimento norte americano que resultou no surgimento da farmácia clínica, fazendo com que os farmacêuticos participassem da equipe de saúde, no intuito de orientar na dispensação dos medicamentos (Holland; Nimmo, 1999; Freitas *et al.*, 2002), na mesma época, com a formação do SUS foram implementadas diversas estratégias para colocar os serviços farmacêuticos como uma política pública essencial à integralidade da atenção à saúde como direito social e dever do Estado (Brasil, 2009).

A farmácia clínica foi definida como uma prática que aprimora a habilidade do médico para realizar boas decisões na conduta terapêutica. Ao médico compete a responsabilidade pelos resultados da farmacoterapia e, ao farmacêutico, fornecer serviços de suporte adequados e conhecimento especializado sobre a utilização dos medicamentos (Holland; Nimmo, 1999; Pereira; Freitas, 2008).

Com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade associada ao uso de medicamentos, em 1990 surgiu uma nova atribuição profissional ao farmacêutico que foi denominado de “pharmaceutical care”, traduzido em português para atenção farmacêutica. A atenção farmacêutica foi definida como dispensação responsável da farmacoterapia, com a finalidade de alcançar resultados definitivos que colaborem para uma melhor qualidade de vida para o paciente (Hepler; Strand, 1990; Wiedenmayer *et al.*, 2016).

Embora em outros países, principalmente nos Estados Unidos da América (EUA),

o farmacêutico já pensava em atenção farmacêutica desde algumas décadas atrás, no Brasil somente com algumas legislações recentes que esta atribuição começou a ganhar rigor metodológico (Brasil, 2014; CFF, 2013a; CFF, 2013b).

A prática clínica no Brasil teve grandes avanços nas últimas décadas e a expansão das atribuições clínicas do farmacêutico ocorreu, em parte, devido ao fenômeno da transição demográfica e epidemiológica visto na sociedade. A crescente morbimortalidade relacionada às doenças e agravos não transmissíveis e à farmacoterapia repercutiu nos sistemas de saúde e um novo perfil farmacêutico foi necessário. Atualmente, o farmacêutico atua no cuidado direto ao paciente, promovendo o uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde, modificando sua atuação conforme as necessidades dos pacientes e da sociedade (CFF, 2013a).

O farmacêutico se tornou obrigatoriamente indispensável com a Lei 1301/2014 que transformou as farmácias em estabelecimento de saúde, regendo os serviços de assistência farmacêutica (Brasil, 2014). A assistência farmacêutica pode ser definida pelo conjunto de ações e serviços que objetivam assegurar a assistência farmacoterapêutica, promoção, proteção e recuperação da saúde nos estabelecimentos que ofereçam atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial, além de proporcionar seu acesso e uso racional (Brasil, 2014).

Com este novo modelo assistencial, o farmacêutico é um dos responsáveis pela terapêutica (Angonesi, Sevalho, 2010), seja em farmácias e drogarias, hospitais ou até em consultórios farmacêuticos (Brasil, 2014; CFF, 2013a; CFF, 2013b).

Como a atuação do farmacêutico em consultório é recente, pouco se conhece sobre este assunto, portanto esse trabalho tem como objetivo abordar as atribuições do farmacêutico neste cenário e o impacto que se tem na promoção da saúde.

2 | MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura com levantamento bibliográfico nas bases de dados MEDLINE, PubMed, LILACS e SCIELO e em revistas impressas e legislações vigentes. Foram utilizadas as palavras-chave “Atenção Farmacêutica”, “Farmácia Clínica”, “Serviços Farmacêuticos” e a correspondente em inglês “Pharmaceutical care”. Foram selecionados 48 artigos, publicados entre 1990 e 2019 e, após leitura dos resumos, foram incluídos os materiais que se referiam à atuação do farmacêutico para promoção da saúde, sendo 26 artigos, 4 legislações e 1 revista impressa. Artigos antigos foram relevantes durante a pesquisa para apresentação dos conceitos de palavras chaves para este estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Consultório Farmacêutico

As legislações que regem os consultórios farmacêuticos e definem as atribuições dos farmacêuticos são duas portarias do Conselho Federal de Farmácia (CFF). A Resolução 585 regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico (CFF, 2013a) e a Resolução 586 regulamenta a prescrição farmacêutica (CFF, 2013b), ambas de 29 de agosto de 2013. Também apoiadas pela Lei 13.021, de agosto de 2014 (Brasil, 2014), que dispõe sobre o exercício das atividades farmacêuticas e pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 44 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 17 de agosto de 2009 (Brasil, 2009), que dispõe, entre outros temas, sobre a prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias.

O consultório farmacêutico é o local de trabalho do profissional para a realização de atendimentos de pacientes, cuidadores e familiares, devendo a consulta farmacêutica ser realizada com privacidade. O consultório pode estar presente em locais independentes, ou em ambulatórios, hospitais, farmácias comunitárias, locais de atendimentos multiprofissionais de atenção à saúde, ou em outros serviços de saúde, tanto no setor público quanto no privado (CFF, 2013a).

Os farmacêuticos passaram a ter o respaldo burocrático e legal para a instalação de seus consultórios e a prestação de seus serviços apenas em 2017, com a implantação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). O número da CNAE é 8650-0/99, tanto para os consultórios farmacêuticos quanto para os serviços prestados por farmacêuticos clínicos (CFF, 2017).

Em pesquisa realizada foi relatado que 73% dos brasileiros participantes preferem farmácias que possuem consultórios farmacêuticos e 81% acreditam que os gastos com médicos poderão se manter ou diminuir com a uso da farmácia clínica. A preferência por farmácias ou drogarias com consultório foi mais significativa entre os participantes das classes econômicas D/E e com grau de escolaridade fundamental entre os usuários de atendimentos médicos público ou privado (ICTQ, 2017).

Os consultórios farmacêuticos no Brasil ainda estão em processo inicial, comparados com a estrutura das farmácias americanas, canadenses e algumas europeias. Mas embora ainda seja um conceito inicial, sem regulamentações claras e a total confiança do cliente, já é uma realidade que aos poucos tende a crescer. No Brasil, os consultórios agregados a farmácias ou drogarias são mais comuns de serem encontrados do que os consultórios independentes, devido as legislações fiscais e sanitárias voltadas para esse tipo de negócio ainda faltarem regulamentações específicas para os consultórios independentes, dificultando ainda sua implantação (ICTQ, 2017).

3.2 Atribuições do farmacêutico clínico em consultório

O farmacêutico, para o exercício das atribuições clínicas, deve estar legalmente habilitado e registrado no respectivo Conselho Regional de Farmácia (CRF) do seu Estado. As atribuições clínicas do farmacêutico estão apresentadas no Quadro 1 e visam a promoção, proteção e reabilitação da saúde, assim como a prevenção de doenças e outros problemas relacionados (CFF, 2013a).

A prática da Atenção Farmacêutica envolve várias atividades, como a dispensação, orientação farmacêutica, educação em saúde, atendimento farmacêutico e seguimento da farmacoterapia. Além disso, o registro das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (OPAS/OMS, 2002).

O intuito do cuidado farmacêutico é promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia para alcançar resultados que favoreçam a qualidade de vida do paciente (CFF, 2013a).

A expansão das responsabilidades do manejo clínico dos pacientes com o profissional farmacêutico intensifica o processo de cuidado e têm apresentado alterações nas regulamentações de vários países (CFF, 2013b; Angonesi, Sevalho, 2010). Baseado nessas mudanças, foi autorizado para que outros profissionais além da categoria médica, possam selecionar, iniciar, adicionar, substituir, ajustar, repetir ou interromper a farmacoterapia. Essa mudança surgiu devido a necessidade de ampliar a cobertura dos serviços de saúde e incrementar a capacidade de resolução desses serviços (CFF, 2013b).

3.3 Consulta farmacêutica

A consulta farmacêutica foi definida pelo CFF como um atendimento a ser realizado pelo farmacêutico ao paciente, com ética profissional, tendo como finalidade a obtenção de melhores resultados com a farmacoterapia e a promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde. É uma prática centrada no paciente, e as decisões e responsabilidades devem ser compartilhadas com o paciente e com a equipe multiprofissional de saúde (CFF, 2013a). A consulta deve ser baseada no processo de atenção farmacêutica obedecendo uma sequência de passos conhecida como método clínico. O método inclui a coleta de dados, identificação de problemas, implantação de um plano de cuidado e seguimento do paciente (CFF, 2013a; Correr, Otuki, 2011; Brasil, 2015).

A consulta farmacêutica deve ser iniciada com a anamnese, para que o farmacêutico possa coletar os dados sobre o paciente e conhecer sua história clínica, com o objetivo de identificar os problemas e poder delinear o perfil farmacoterapêutico, bem como identificar suas necessidades, conforme apresentado na Figura 1 (CFF, 2013a; Correr, Otuki, 2011; Brasil, 2015).

O plano de cuidado é o delineamento da gestão clínica dos problemas de saúde e da farmacoterapia, ele deve considerar a condição clínica do paciente, e deve conter

as definições dos objetivos terapêuticos, as intervenções farmacêuticas, orientações prestadas ao paciente e agendamento do retorno para seguimento da atenção e cuidados farmacêuticos (CFF, 2013a; Correr, Otuki, 2011).

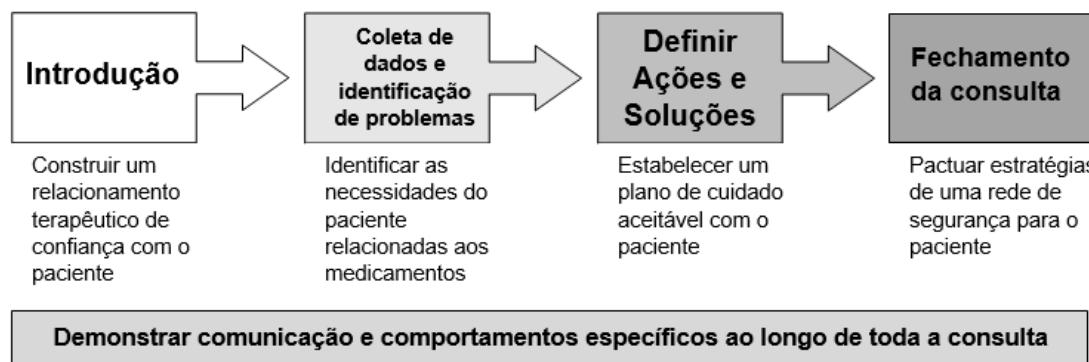


Figura 1: Esquema de roteiro básico para consulta farmacêutica.

Fonte: Abdel-Tawab et al., 2011. Citado em Brasil, 2015.

A consulta deve ser cobrada como qualquer outro serviço farmacêutico, e os valores devem ser baseados de acordo com a natureza e complexidade dos serviços prestados, com as condições socioeconômicas do público alvo e com a expectativa de lucro do profissional. Portanto, os valores variam de acordo com cada realidade (ICTQ, 2017).

3.4 Seguimento farmacoterapêutico

O seguimento farmacoterapêutico é realizado em consulta por meio de metodologias já validadas que são instrumentos usados para proporcionar ao farmacêutico ferramentas para o atendimento clínico. As metodologias mais utilizadas são o Método Dáder, o Pharmacotherapy WorkUp e o Therapeutic Outcomes Monitoring (Corrier, Otuki, 2011), as quais são baseadas no método clínico acrônimo para Subjetivo/ Objetivo/ Avaliação/ Plano (SOAP) (LeFebvre, Lynch, Willians, 2013; Correr, Otuki, 2011), conforme apresentado na Figura 2.

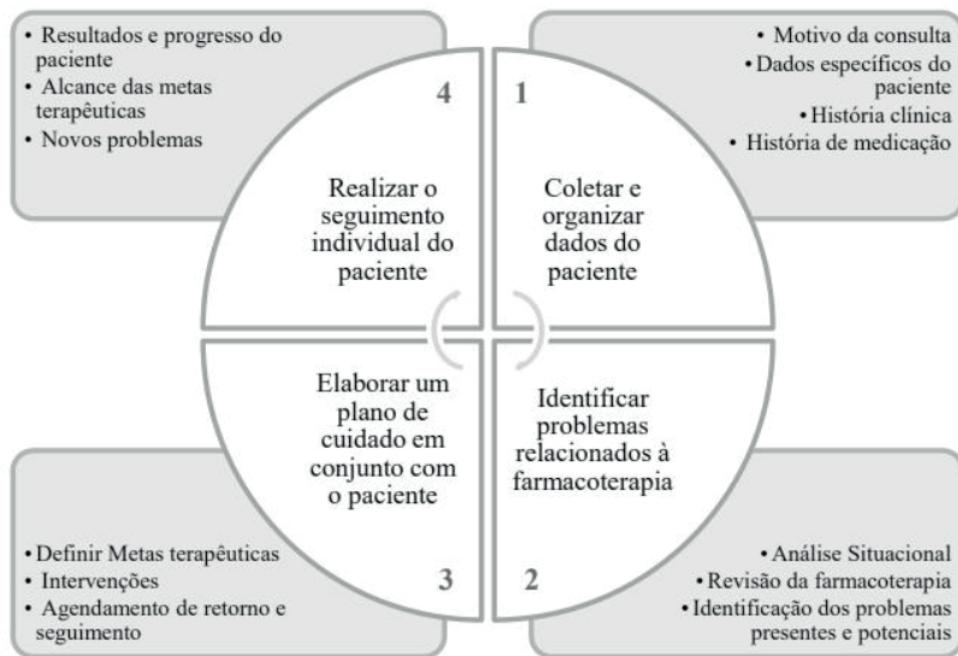


Figura 2: Esquema do processo geral da atenção farmacêutica ao paciente.

Fonte: Correr, Otuki, 2011.

A relação continuada entre paciente e o profissional farmacêutico é fundamental para que os serviços farmacêuticos sejam realizados com ética e de acordo com as legislações vigentes, proporcionando resultados duradouros e assegurando a efetividade da farmacoterapia (ACCP, 2014; Amaral, Amaral R, Provin, 2008). Além disso, as intervenções farmacêuticas devem ser baseadas em evidências científicas, o que requer mais esforços políticos e qualificação profissional (Al-Quteimat, Amer, 2016).

3.5 Importância do farmacêutico clínico na promoção da saúde

A intervenção farmacêutica é uma ferramenta efetiva na prevenção e detecção de problemas relacionados aos medicamentos, assim como na promoção e inserção do serviço farmacêutico à equipe multiprofissional, pacientes e sociedade (Geurts *et al.*, 2016; Nunes *et al.*, 2008).

No estudo realizado por (Cazarim, Pereira, 2018), o cuidado farmacêutico mostrou-se como uma estratégia custo efetiva para o atendimento de pacientes com hipertensão, comparado com os cuidados convencionais. Além de ser capaz de diminuir o risco cardiovascular e promover mais cuidados preventivos para o paciente (Cazarim *et al.*, 2018).

A assistência farmacêutica, na maioria dos casos, é eficaz tanto na diminuição de hospitalizações quanto na melhora dos desfechos clínicos, por isso, tem fortes evidências para incentivar esse cuidado em pacientes com doenças de longo prazo, como hipertensão e dislipidemias (Babar *et al.*, 2018). Também apresenta

potencial satisfatório para evitar as readmissões hospitalares por uso inapropriado de medicamentos (Lenssen *et al.*, 2018).

Em estudos sobre osteoporose e outras doenças crônicas, intervenções farmacêuticas auxiliaram na diminuição do número de pacientes com baixa adesão aos medicamentos, mostrando que as consultas farmacêuticas necessitam de intervenção. Portanto, o seguimento farmacoterapêutico apresenta um impacto positivo na adesão a terapia, e os pacientes se mostraram satisfeitos com os resultados da consulta (Chandrasekhar *et al.*, 2018; Huszcz RS, Sato MO, Santiago RM, 2018; Stuurman-Bieze *et al.*, 2014).

O resultado benéfico da atenção farmacêutica foi apresentado por pesquisas realizadas em vários países, mostrando que tal prática leva a promoção do uso racional de medicamentos (Reis, 2003). Além disso, o acompanhamento farmacoterapêutico permite a resolução dos problemas de saúde relacionados à farmacoterapia, manutenção dos objetivos terapêuticos do paciente, promoção de educação em saúde e reconhecimento profissional do farmacêutico junto à equipe multidisciplinar (Melo, Castro, 2017; Aires, Marchiorato, 2010).

4 | CONCLUSÃO

Pela observação e descrição dos tópicos analisados, a consulta farmacêutica é uma prática nova no Brasil já apoiada por legislações vigentes que vem sendo implantada gradativamente nos estabelecimentos de saúde ou até mesmo em locais independentes que visa ampliar o acesso aos serviços de saúde, proporcionando ao farmacêutico a atribuição de resolver problemas de saúde autolimitados.

Portanto, é necessário que os profissionais de saúde e a população em geral tenha conhecimento sobre a legalidade e importância da consulta farmacêutica na promoção da saúde para que o farmacêutico possa proporcionar ao paciente uma terapia mais efetiva e com menos problemas relacionados aos medicamentos garantindo resultados mais satisfatórios e consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

Destaca-se ainda, que o impacto positivo da atenção farmacêutica já foi comprovado através de pesquisas realizadas em vários países, porém ainda são escassos estudos sobre a promoção da saúde em consultórios farmacêuticos.

REFERÊNCIAS

ABDEL-TAWAB, R. et al. **Development and validation of the Medication Related Consultation Framework (MRCF).** Patient Educ. Couns., [S.I.], v. 83, n. 3, p. 451-7, 2011.

AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY (ACCP). **Standards of practice for clinical pharmacists. Pharmacotherapy.** 34(8): 794–797, 2014.

AIRES, C.C.N.F; MARCHIORATO, L. **Acompanhamento farmacoterapêutico a hipertensos e diabéticos na unidade de saúde Tereza Barbosa: análise de caso.** Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde. 1(1): 26 – 31, 2010.

AL-QUTEIMAT, O.M; AMER, A.M. **Evidence-based pharmaceutical care : the next chapter in pharmacy practice.** Saudi. Pharm. J. 24(4): 447–451, 2016.

AMARAL, M.F.Z.J; AMARAL, R.G; PROVIN, M.P. **Intervenção farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: uma revisão.** Rev. Bras. Farm. 5(1):60-66, 2008.

ANGONESI, D; SEVALHO, G. **Pharmaceutical care : conceptual and critical basis to a Brazilian model.** Ciênc. Saúde Colet. 15(3): 3603-3614, 2010.

BABAR, Z.U.D; KOUSAR, R; MURTAZA, G; AZHAR, S; ALI KHAN, S; CURLEY, L. **Randomized controlled trials covering pharmaceutical care and medicines management : a systematic review of literature.** Res. Social Adm. Pharm.14(6): 521–539, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para classificação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília (DF): 2009. [citado em fevereiro de 2017]. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, **RDC nº 44**, de 17 de agosto de 2009.

Brasil. Presidência da República. **Lei nº 13.021**, de 08 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado farmacêutico na atenção básica.** – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAZARIM, M.S; FREITAS, O; PENAFORTE, T.R; ACHCAR, A; PEREIRA, L.R.L. **Impact assessment of pharmaceutical care in the management of hypertension and coronary risk factors after discharge.** PLoS ONE. 11(6): 1 – 21, 2016.

CAZARIM, M.S; PEREIRA, L.R.L. **Cost-effectiveness analysis of pharmaceutical care for hypertensive patients from the perspective of the public health system in.** PLoS ONE. 13(3):1 – 16, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **CNAE do consultório farmacêutico já está disponível.** Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=4541>> . Acesso em: 31out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução Nº 585**, de 29 de agosto de 2013a.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução Nº 586**, de 29 de agosto de 2013b.

CORRER, C.J; OTUKI, M.F. **Método clínico de Atenção Farmacêutica**, 2011. 22p. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistenciafarmaceutica/otukimetodoclinicoparaatencaofarmaceutica.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2018.

CHANDRASEKHAR, D. et al. **Impact of intensified pharmaceutical care on health related quality of life in patients with stroke in a tertiary care hospital.** Clin. Epidemiol. Global Health. 6(4): 198-202, 2018.

FREITAS, O; CHAUD, M.V; UETA, J; SHUHAMA, I.K. **O farmacêutico e a farmácia: Uma análise retrospectiva.** Infarma. 14(1/2): 85 -87, 2002.

GEURTS, M.M.E; STEWART, R.E; BROUWERS, J.R.B.J; GRAEFF, PA; GIER, J.J. **Implications of a clinical medication review and a pharmaceutical care plan of polypharmacy patients with a cardiovascular disorder.** *Int. J. Clin. Pharm.* 38(4): 808 – 815, 2016.

HEPLER, C.D; STRAND, L.M. **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care.** *Am. J. Hosp. Pharm.* 47(3): 533 – 543, 1990.

HOLLAND, R.W; NIMMO, C.M. **Transitions, part 1: beyond pharmaceutical care.** *Am. J. Health-Syst. Pharm.* 56(17): 1758 – 64, 1999.

HUSZCZ, R.S; SATO, M.O; SANTIAGO, R.M. **O Consultório farmacêutico: atuação do farmacêutico no SUS.** *Rev. S. D.* 12(10): 144 – 159, 2018.

INSTITUTO DE CIÊNCIA TECNOLOGIA E QUALIDADE (ICTQ). **Consultório Farmacêutico 360º (Anuário).** São Paulo, SP: ICTQ, 2017. 114p.

LeFEBVRE, R; LYNCH, O; WILLIANS, D. **S-O-A-P/ Progress notes Clinic Protocol.** 1-11, 2013. Disponível em: <http://ftp.uws.edu/main.html?download&weblink=d845b478325bf060e587b729626fa439&realfilename=SOAP_Progress_Notes.pdf>.

LENSSEN, R et al. **Comprehensive pharmaceutical care to prevent drug-related readmissions of dependent-living elderly patients: a randomized controlled trial.** *BMC Geriatr.* 1(135): 1 – 9, 2018.

MELO, D.O; CASTRO L.L.C. **Pharmacist's contribution to the promotion of access and rational use of essential medicines in SUS.** *Ciênc. Saúde Coletiva.* 22(1): 235 – 244, 2017.

NUNES, P.H et al. **Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos.** *Rev. Bras. Ciênc. Farm.* 44(4): 691 – 699, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**, 2002. 30p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2018.

PEREIRA, L.R; FREITAS, O. **A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil.** *Rev. Bras. Ciênc. Farm.* 44(4): 601 – 612, 2008.

REIS, A.M.M. **Atenção farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos.** *Espaço Saúde.* (9): 1 – 17, 2003.

STUURMAN-BIEZE, A.G.G; HIDDINK, E.G; BOVEN, J.F.M; VEGTER, S. **Proactive pharmaceutical care interventions decrease patients nonadherence to osteoporosis medication.** *Osteoporos. Int.* (25): 1807–1812, 2014.

WIEDENMAYER, K; SUMMERS, R.S; MACKIE, C.A; GOUS, A.G.S; EVERARD, M. **Developing pharmacy practice: a focus on patient care: handbook 2016.** Geneva: World Health Organization: International Pharmaceutical Federation; 2006.

CRIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE UM BLOG COMO INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

José De Siqueira Amorim Júnior

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Picos – PI

Diego Rodrigues Ponciano

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Senador Pompeu – CE

Fernanda Nascimento Severo

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Quixeramobim – CE

Francisco Arlysson Da Silva Veríssimo

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Crateús – CE

Rosa Maria Sobreira De Sousa

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Juazeiro do Norte – CE

Tobias Júnior Do Bomfim Ferreira

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Crateús – CE

Raphaela Mota Feitosa Vasconcelos

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Quixeramobim – CE

Paola Gondim Calvasina

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza – CE

experiência realizado em setembro de 2018 mediante uma atividade proposta na disciplina de Tecnologias da Informação e Comunicação Aplicadas ao Ensino na Saúde e que envolveu a participação de cinco discentes. Para criar o Blog foi utilizado o programa Blogpost e a página foi denominada com o nome Respeitamente. Destinou-se ao sofrimento psíquico de alunos de graduação e pós-graduação, pois se trata de um fenômeno contemporâneo que tem gerado diversos transtornos mentais. Após criado, os discentes conseguiram 161 acessos em menos de um mês e algumas interações com os usuários mediante os comentários postados nas publicações. Dentre os comentários, um despertou o interesse dos discentes. Foi o comentário de uma mãe que afirmou ter, por meio do Blog, compreendido melhor por que sua filha que estuda Doutorado andava muito estressada, e em seguida elogiou a página criada pelos discentes. Os demais comentários referiram-se a dúvidas sobre quais os sinais e sintomas da depressão, formas de prevenir, como é feito o tratamento. Foi uma experiência gratificante e enriquecedora para os discentes, onde por meio de um blog, foi possível democratizar e disseminar informações importantes sobre um tema de grande relevância que é a saúde mental. Além disso, foi possível aconselhar e orientar os usuários do site e assim, contribuir com que o Blog se tornasse uma ferramenta de

RESUMO: O estudo objetiva relatar a experiência da construção e utilização de um Blog como intervenção de educação em saúde. Trata-se de um estudo do tipo relato de

promoção em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia da Informação; Educação; Mídias Sociais.

CREATION AND USE OF A BLOG AS A HEALTH EDUCATIONAL INTERVENTION: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The study aims to report the experience of building and using a blog as a health education intervention. This is an experience report study conducted in September 2018 through an activity proposed in the discipline of Information and Communication Technologies Applied to Health Education and which involved the participation of five students. To create the blog we used the program Blogpost and the page was named Respectfully. It was intended for the psychological distress of undergraduate and graduate students, because it is a contemporary phenomenon that has generated several mental disorders. Once created, students achieved 161 hits in less than a month and some interactions with users through comments posted in publications. Among the comments, one aroused the interest of the students. It was a comment from a mother who claimed to have better understood why her PhD student daughter was so stressed, and then praised the page created by the students. Other comments referred to doubts about the signs and symptoms of depression, ways to prevent, how the treatment is done. It was a rewarding and enriching experience for students, where through a blog, it was possible to democratize and disseminate important information on a topic of great importance that is mental health. In addition, it was possible to advise and guide users of the site and thus contribute to the Blog becoming a health promotion tool.

KEYWORDS: Information Technology; Education; Social media.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos é notório perceber os diversos avanços voltados para a educação. Se tratando de recursos educacionais, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) podem ser aplicadas e utilizadas na organização de conteúdo, favorecendo as práticas transformadoras e aprendizagem significativa, procurando desenvolver o senso crítico, reflexão e compreensão da realidade.

O Blog, por exemplo, é uma das tecnologias que podem ser utilizadas, sendo um diário online que possibilita que os usuários façam registros de conteúdos que permanecem disponíveis seguindo uma ordem cronológica, e que possibilita com que os leitores interajam por meio de comentários registrados nas publicações postadas.

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência da construção e utilização de um Blog como intervenção de educação em saúde.

3 | MÉTODOS

Estudo do tipo relato de experiência, realizado em setembro de 2018, como proposta de atividade da disciplina de Tecnologias da Informação e Comunicação Aplicadas ao Ensino na Saúde do curso Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) na cidade de Fortaleza – CE.

Participaram desta atividade, cinco discentes do referido curso, que durante esse período elaboraram e criaram um Blog que foi utilizado como meio educativo em saúde.

4 | RESULTADOS

Inicialmente, foi necessário definir qual o assunto seria abordado no Blog. Após um consenso entre os integrantes da equipe, ficou decidido criar uma Tecnologia de Informação e Comunicação que abordasse a temática referente a saúde mental trazendo discussões sobre os fenômenos modernos que levam ao adoecimento psíquico, suas causas, tratamento e principalmente formas de prevenção e medidas de promoção em saúde, sendo que, para elaborar os conteúdos que foram postados no Blog, foi necessário realizar um estudo aprofundado sobre o tema.

Durante a criação do Blog, os discentes tiveram algumas dificuldades em relação ao tema que seria trabalhado, o design da página, os conteúdos que seriam publicados e as ferramentas a serem utilizadas. Para criar o Blog foi utilizado o programa Blogpost e a página foi denominada com o slogan Respeitamente. A página destinou-se ao sofrimento psíquico de alunos de graduação e pós-graduação, pois se trata de um fenômeno contemporâneo que tem gerado diversos transtornos mentais. Após criado, os discentes conseguiram 161 acessos em menos de um mês e algumas interações com os usuários mediante os comentários postados nas publicações.

Dentre os comentários, um despertou o interesse dos discentes. Foi o comentário de uma mãe que afirmou ter, por meio do Blog, compreendido melhor por que sua filha que estuda Doutorado andava muito estressada, e em seguida elogiou a página criada pelos discentes. Os demais comentários referiram-se a dúvidas sobre quais os sinais e sintomas do sofrimento psíquico, formas de prevenção e o tratamento.

Entre os integrantes do grupo, havia um psicólogo atuante na área, sendo assim, o mesmo com ajuda dos demais componentes do grupo entraram em contato com os usuários do Blog que por meio de seus comentários, solicitaram esclarecimentos sobre os assuntos abordados no site. Foi uma forma que a equipe encontrou de sanar as principais dúvidas e ensinar ao público sobre esse tema de grande relevância que é a saúde mental dos discentes de graduação e pós-graduação.

5 | CONCLUSÃO

O Blog é uma ferramenta de fácil acesso e compreensão. No contexto atual, as TICs se tornaram comuns no cotidiano das pessoas, sendo que, as mesmas abrem possibilidades de exploração pedagógica a partir de uma ferramenta inovadora como parte do processo de democratização da informação.

Foi uma experiência gratificante e enriquecedora para os discentes, onde por meio de um blog, foi possível democratizar e disseminar informações importantes sobre um tema de grande relevância que é a saúde mental. Além disso, foi possível aconselhar e orientar os usuários do site e assim, contribuir com que o Blog se tornasse uma ferramenta de promoção em saúde.

REFERÊNCIAS

BOEIRA, A. F. Blogs na Educação: Blogando algumas possibilidades pedagógicas. Disponível em: <http://tecedu.pro.br/wp-content/uploads/2015/07/Art-10-vol1-dez-20091.pdf>.

PRAIS, L. S; VILLANUEVA, J. I; DUTRA, A. O uso das TICs no atual contexto educacional: formação docente frente às novas tecnologias. **Revista Tecnologias na Educação**, v. 7, n. 12, p. 2- 13, 2015.

CAPÍTULO 23

DENGUE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Pós-Graduando em Hematologia Clínica e Banco de Sangue
Teresina, Piauí;

Cássio Almeida de Sousa

Graduado em Biomedicina pela UNINASSAU
Teresina, Piauí;

Tacyana Pires de Carvalho Costa

Doutoranda em Engenharia Biomédica
Universidade Brasil;
Teresina, Piauí;

Juciara Carvalho de Oliveira

Graduado em Biomedicina pela UNINASSAU
Teresina, Piauí;

Rai Pablo Sousa de Aguiar

Mestre em ciências biomédicas- UFPI
Parnaíba, Piauí;

Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa

Estudante de Medicina da Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
Teresina, Piauí;

Marcio Marinho Magalhães

Especialista em Traumato Ortopedia e Desportiva com Ênfase em Terapia Manual.
Caxias, MA;

Myllena Maria Tomaz Caracas

Especialista em planificação da atenção a saúde pela Escola de saúde pública
Fortaleza / Ceará

João Pedro da Silva Franco

Graduando de Medicina do Centro Universitário

UNINOVAFAPI

Teresina, Piauí

Érika Maria Marques Bacelar

Enfermagem pela UESPI
Teresina, Piauí

Pablo Rafael Araújo Lima

Enfermeiro pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI
Teresina, Piauí

Ramon Freitas Silva

Pós graduando em Farmácia Clínica com Ênfase em Prescrição Farmacêutica pela FacidIWyden
Teresina, Piauí

Camylla Layanny Soares Lima

Pós-graduada em Docência no Ensino Superior pela Faculdade Evangélica do Meio Norte
Teresina- Piauí

Pedro Igor Barros Santos

Médico pela Universidade Estadual do Piauí
Teresina-Piauí

Mariana Dantas Coutinho

Pós-Graduanda em Terapia Intensiva Adulta, Pediátrica e Neonatal
Teresina-Piauí

RESUMO: Introdução: O vírus da dengue é um arbovírus da família Flaviviridae, do gênero Flavivirus. É um vírus transmitido pelo mosquito Aedes aegypti, que foi identificado no brasil por testes sorológicos pela a primeira

vez na década de 80. **Objetivo:** Descrever a situação do vírus da dengue no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de trabalho de revisão da literatura. Foram utilizadas como fonte para obtenção dos artigos a base de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) a partir das seguintes palavras-chave: Mosquito *Aedes aegypti*, Tratamento/Diagnóstico, Prevenção da dengue, dengue/diagnóstico, tratamento prevenção. **Resultados e Discussão:** O dengue originou-se em 1762, com identificação sorológica no Brasil pela a primeira vez na década de 80. Os primeiros relatos de dengue no brasil, foi no final do século XIX, em Curitiba (PR), e no início do XX, em Niterói (RJ). O mosquito *Aedes Aegypti* já era um problema no século XX, mas não devido a dengue, e sim por causa da febre amarela, mas *Aedes Aegypti* foi erradicado no brasil em 1995, por medidas de controle contra a febre amarela. Devido ao relaxamento das medidas adotadas, teve-se o início da reintrodução do vetor em 1960 em território nacional. Hoje, o mosquito *Aedes Aegypti* é encontrado em todos os estados brasileiros, no qual se torna um problema de saúde pública. **Conclusão:** São importante a educação e a consciência da população para que se evite a proliferação do vetor, pois, só assim pode-se diminuir e até mesmo erradicar o vírus.

PALAVRAS-CHAVE: Mosquito *Aedes aegypti*, Tratamento/Diagnóstico, Prevenção.

DENGUE FEVER IS A PROBLEM OF PUBLIC HEALTH IN BRAZIL

ABSTRACT: **Introduction:** the dengue virus is an arbovirus of the Flaviviridae family, of the Flavivirus. It is a virus transmitted by the *Aedes aegypti* mosquito, which was identified in Brazil by serologic tests for the first time in the decade of 80. **Objective:** To describe the situation of the dengue virus in Brazil. **Methodology:** This is a work of literature review. They were used as a source for obtaining the articles the database BVS (Virtual Health Library) from the following keywords: *Aedes aegypti* mosquito, Treatment/diagnosis, prevention of dengue, dengue/diagnosis, treatment, prevention. **Results and Discussion:** The dengue originated in 1762, with serological identification in Brazil for the first time in the decade of 80. The first reports of dengue in Brazil, it was at the end of the 19th century, in Curitiba (PR), and at the beginning of the 20th century, in Niterói (RJ). The mosquito *Aedes aegypti* was already a problem in the 20th century, but not due to dengue, and yes because of yellow fever, but *Aedes aegypti* was eradicated in Brazil in 1995, for control measures against yellow fever. Due to the relaxation of the measures adopted, had become the beginning of the reintroduction of the vector in 1960 in the national territory. Today, the mosquito *Aedes aegypti* is found in all Brazilian states, in which it becomes a public health problem. **Conclusion:** It is important to education and awareness of the population in order to avoid the proliferation of vector, because only in this way can be used to reduce and even eradicate the virus. **KEYWORDS:** Mosquito *Aedes aegypti*, Treatment / Diagnosis, Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

O vírus da Dengue é transmitido pelo o mosquito *Aedes aegypti*, esse

nome originou-se em 1762. Acredita-se que o mosquito chega ao brasil por meio de embarcações vindo da África no período colonial, nos tráficos de escravos transportados por navios dos continentes europeus e africanos para a américa do Sul, no qual os navios da época tinham condições perfeitas para os mosquitos sobreviver e se reproduzir, com recipientes com água potável o que tornava a proliferação do mosquito mais rápido. Com tudo isso, ao chegar nas américas o mosquito encontrou um clima tropical com condições perfeitas para o seu desenvolvimento. Ainda no período colonial o mosquito *Aedes aegypti* foi um vetor de um outro importante vírus, o vírus da Febre amarela, onde ocorreu uma das primeiras epidemias de febre amarela no brasil, que foi em Recife-PE no final do séc. XVI (IOC/FIOCRUZ, 2016; BRASIL, 2015; BRASIL, 2008).

A dengue só foi identificada no brasil com a confirmação sorológica, pela a primeira vez na década de 80. Estima-se que 50 milhões de pessoas são infectadas por ano em vários países. A transmissão do vírus é por meio da picada do *Aedes aegypti* onde pode ser transmitida as arboviroses mais conhecidas como, febre amarela, dengue, chikugunya e zika. Já há registros de transmissão vertical (gestantes – bebê) e por transfusão de sangue. Existe também quatro tipos diferentes de vírus da Dengue.DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4) (IOC/FIOCRUZ, 2016; NUNES, 2011; ANDRADE, 2009).

O mosquito *Aedes aegypti* é o principal transmissor do vírus da dengue, o *Aedes aegypti* foi erradicado nos países das américas nas décadas de 50 e 60, com a grande preocupação e necessidade de eliminar a doença febre amarela urbano, uma grande preocupação da época, sem utilizar o rigor necessário,10 anos depois devido ao relaxamento das campanhas de combate ao vetor a reinfestação volta nos anos 70. Devido existir falhas nas estratégias do combate ao vetor *Aedes aegypti*, a circulação do vírus da dengue se estabeleceu e se expandiu, passando a ser um grave problema de saúde pública (TEIXEIRA; BARRETO, 2008).

Frente à problemática “Por que a dengue se tornou um problema de saúde Pública na sociedade Brasileira?”, o presente artigo reforça informações pertinentes sobre os perigos da dengue. Este tem como objetivo principal descrever a situação do vírus da dengue no brasil, através de uma revisão bibliográfica. Como objetivos específicos reforçar a importância dos hábitos de higiene como forma de manter a saúde e prevenção contra a doença, e caracterizar as regiões mais afetadas pela dengue no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de trabalho de revisão da literatura, que visou investigar como a dengue se tornou um problema de saúde Pública na sociedade brasileira. Este tipo de estudo permitiu colocar o pesquisador em contato com aquilo que já foi elaborado, permitindo

o aperfeiçoamento do conhecimento.

Foram utilizadas como fonte para obtenção dos artigos a base de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) a partir das seguintes palavras-chave: Mosquito *Aedes aegypti*, Tratamento/Diagnóstico, Prevenção da dengue, dengue/diagnóstico, tratamento prevenção.

Para obtenção das fontes foram consideradas como critério de inclusão artigos completos na Língua Portuguesa (Brasil) e Inglesa que versam sobre a temática definida, publicados no recorte temporal de 2000 a 2017. Foram excluídas aquelas que não atenderam a temática, artigos incompletos, artigos de revisão e que estavam fora do recorte temporal.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Aspectos gerais

A dengue é uma doença infecciosa de um vírus do genoma RNA, que tem quatro sorotipos; DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4, que se caracteriza de quadros febris. Classificada de febre do dengue. Levando a uma febre clássica até a febre hemorrágica e síndrome do choque do dengue, podendo levar a pessoa ao óbito. A dengue tem uma grande repercussão econômica e social, quando se afeta, comprometimento escolar, força de trabalho e organização do atendimento à saúde (TORRES, 2005).

O vetor do vírus da dengue é conhecido como mosquito *Aedes aegypti*, que se adaptou ao ambiente doméstico e por motivos de crescimento desordenado das cidades. Como também aos intercâmbios internacionais. Estes fatores, assim como as mudanças climáticas, favoreceram ao mosquito a disseminação dos sorotipos do vírus, por motivos em que a população dispõe de recipientes que aumenta a reprodução do vetor (TORRES, 2005; DONALÍSIO, 2002).

É importante lembrar, que por motivos de deterioração de infraestruturas de saúde pública, e redução de recursos humanos, as autoridades têm apoiado cada vez mais as ações de combate às epidemias e medidas de prevenção (TAUIL, 2001).

A dengue pode apresentar 4 classificações diferentes, onde elas se destacam desde a dengue clássica a febre hemorrágica, apresentando também a infecção inaparente (estar infectado, sem a sintomatologia), e síndrome de choque da dengue (BRASIL, 2014).

3.2 Aspecto histórico

Acredita-se que o mosquito *Aedes aegypti* chega ao Brasil por meio de embarcações vindas da África no período colonial, nos tráficos de escravos transportados por navios dos continentes europeus e africanos para a América do Sul, os navios da

época tinham condições perfeitas para os mosquitos sobreviver e se reproduzir, como recipientes com água potável o que tornava a proliferação do mosquito mais rápido (IOC/FIOCRUZ, 2016; BRASIL, 2015; MS, 2008).

O dengue originou-se em 1762, com identificação sorológica no Brasil pela a primeira vez na década de 80. Os primeiros relatos de dengue no brasil, foi no final do século XIX, em Curitiba (PR), e no início do XX, em Niterói (RJ). O mosquito *Aedes Aegypti* já era um problema no século XX, mas não devido a dengue, e sim por causa da febre amarela, mas *Aedes Aegypti* foi erradicado no brasil em 1995, por medidas de controle contra a febre amarela. Devido ao relaxamento das medidas adotadas, teve-se o início da reintrodução do vetor em 1960 em território nacional. Hoje, o mosquito *Aedes Aegypti* é encontrado em todos os estados brasileiros, no qual se torna um problema de saúde pública (IOC/Fiocruz, 2016).

3.3 Votor

Os quatro sorotipos do vírus da dengue têm uma história natural semelhante, incluindo os humanos como principal hospedeiro primário, e o *Aedes* do subgênero *Stegomyia* (principalmente *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* e o *Aedes polynesiensis*) como o votor primário. Devido a sua proliferação ser influenciada pelas mudanças climáticas, nos últimos anos teve um aumento de epidemias causadas pelo mosquito *Aedes aegypti* (BRASIL, 2014).

O mosquito da dengue (*Aedes aegypti*), é menor que os outros mosquitos, ele é preto com rajadas brancas, nas pernas e corpo. O macho não se alimenta de sangue e sim só de frutas e vegetais adocicados, a fêmea é a que se alimenta de sangue principalmente de seres humanos, ao picar ela libera uma substância anestésica, fazendo com que não haja dor ao picar o indivíduo. Pois é no momento da retirada do sangue que a fêmea contaminada transmite o vírus da dengue para o ser humano (NEVES, 2005).

O ciclo de vida do mosquito é dividido em quatro estados larvais, ovo, larva, pupa e a última fase terrestre, no qual corresponde ao mosquito adulto. Na (figura 1), mostra o ciclo que tem aproximadamente 10 dias, desde a oviposição até a fase adulta (ALMEIDA et al, 2007).

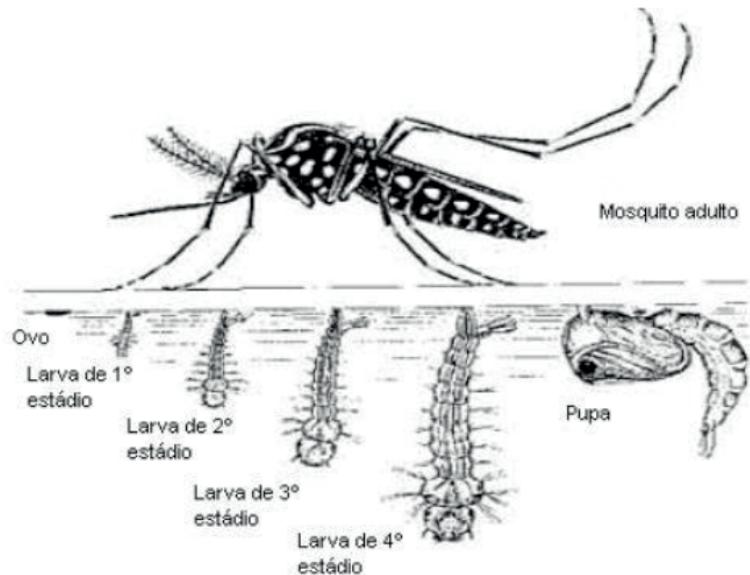


Figura 1. Ciclo de reprodução do *Aedes Aegypti*

Modificado de <https://www.tuasaude.com/> e <http://www.publico.pt>.

O mosquito *Aedes aegypti* fêmea, tem cor castanho escuro, com seu tórax coberto de escamas com pontos branca-prateada e de abdome escuro com anchas formando faixas anéis de cor brancas-prateada, com suas pernas com faixas brancas dando ilusão de se tratar de listras (CLEMONS et al, 2010). O mosquito *Aedes albopictus*, o qual alimenta-se tanto de sangue humano quanto de outros animais, hoje ele estar espelhado em continentes europeu, médio oriente e as américa (LAMBRECHTS, SCOTT, GUBLER, 2010).

3.4 Ciclo de vida do vírus

A infecção pelo o vírus da dengue não tem efeito patogênico direto no vetor, após a fêmea fazer a ingestão do sangue (hematófaga) do *Aedes aegypti*, o vírus obtido a partir de um infectado, seguida ocorre uma infecção das células epiteliais no intestino do mosquito, no qual se propaga através de laminas basais do intestino, onde cai na circulação e infecta a glândulas salivares do vetor, onde vai ter o período de incubação de 8-12 dias, por fim a vida máxima do mosquito *Aedes aegypti* é de 45 dias, nesse ciclo o vetor pode infectar até 300 pessoas (MCBRIDE, BIELEFELDT-OHMANN, 2000; LAMBRECHTS, SCOTT, GUBLER, 2010).

A fêmea ao picar um hospedeiro ela regurgita a saliva com anticoagulante, para assim não coagular o seu alimento, o sangue, em seguida o vírus cai na correte sanguínea da vítima, tendo seu período de incubação que varia de 5 a 7 dias a 2-12 dias, a pessoa infectada vai ter de 5 a 6 dias para os primeiros sintomas que se inicia acompanhada de uma febre ou podendo ser assintomática. O mosquito *Aedes aegypti* uma vez infectado ele ficara capacitado a transmitir o vírus por toda sua vida (MCBRIDE, BIELEFELDT-OHMANN, 2000; LAMBRECHTS, SCOTT, GUBLER,

3.5 Manifestação clínica

A Dengue podem ser assintomáticos, leve ou causar doenças grave, levando à morte. Normalmente a primeira manifestação da Dengue é febre alta (39° a 40°) de início abrupto, que geralmente dura de 2 a 7 dias, acompanhada de dor de cabeça, dores no corpo e articulações, fraqueza, dor atrás dos olhos, erupção e coceira na pele. Perda peso, náuseas e vômitos são também comuns. A forma grave da doença inclui dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, sangramento de mucosas, entre outros sintomas (NUNES, 2011; ANDRADE, 2009).

A dengue pode apresentar 4 formas de sintomas, onde elas se destacam desde as dengue clássica a febre hemorrágica, apresentando também a infecção inaparente, e síndrome de choque da dengue. A infecção inaparente é quando a pessoa estar infectada, mas não apresenta nenhum dos sintomas (BRASIL, 2014).

A dengue hemorrágica é a mais grave, causando coagulação sanguínea e com o tempo mais curto que varia de 3 a 4 dias, as hemorragias podem ser nasais, na gengiva, urinaria, gastrointestinais e outros, levando até a morte. A mais séria fica com a síndrome de choque da dengue, que causa uma grande perda ou ausência de pressão artuculação, apresentando inquietação, palidez e perda da consciência e outros, também não tratada pode levar a morte (BRASIL, 2014).

3.6 Transmissão da dengue

A dengue é transmitida pela a picada da fêmea do mosquito Aedes aegypti. A transmissão ocorre quando o mosquito pica a pessoa já infectada com o vírus. Após a incubação de 8 a 12 dia o mosquito estar apto a transmitir a doença. O sintoma começa a aparecer nos humanos depois do período de incubação de 3 a 15 dias, o vírus da dengue não é transmitido por água ou alimento, nem por contato direto de um doente ou sua secreção.

Somente a fêmea do mosquito Aedes aegypti que se alimenta de sangue, para assim amadurecerem os seus ovos, tendo o abito de atacar em momentos diurnos, pela manhã e fim de tarde. O Aedes aegypti fêmea põem seus ovos em recipientes artificiais, como, vasilhas, tampa de caixa d'água, pneus, latas e outros quaisquer objetos que possa ter acumulo de água (FIOCRUZ, 2007).

3.7 Tratamento, diagnóstico e prevenção

O diagnóstico é feito por base da história clínica do paciente, por exames de sangue e exames específico por isolamento do vírus em culturas ou anticorpos específico (WHO, 2009).

É preciso fazer uma sorologia, onde vai detectar anticorpos contra o vírus da

dengue. A doença só é detectada a partir do quarto dia de infecção, depois é feito exames hemograma com contagem de plaquetas. Já existe testes rápidos disponíveis para a realização de triagem da infecção do vírus. Este teste apresenta 100% de sensibilidade, por também detectar IgG, IgM e antígenos (SHU et al, 2003).

Para cada caso deve ser preciso, pois o tratamento dos casos clínicos pode ter alguma alteração. As melhores formas de tratamento é sempre ser diagnosticado com prescrição médica e fazer ingestão oral de água e sucos de frutas (WHO, 2009).

As formas de prevenção para a doença da dengue, ainda consistem em evitar o acúmulo de água parada, manter a região domiciliar e peridomiciliar limpas, evitar o acúmulo de lixo pois favorecem como criadouros dos mosquitos, e não esperar apenas as ações de prevenção do governo (BRASIL, 2011).

3.8 Epidemia no brasil

Várias epidemias se repetem no brasil desde a década de 80, segundo o ministério da saúde cerca de 3,600 municípios nos 27 estados do brasil, encontrava infestação de vetor no ano de 2000. Pois os estados de menor incidência era Amapá, Rio Grande do Sul e Santa Catarina (MS; 2005).

O Avanço da doença pelo o território do brasil, com casos de hemorragia e óbitos, encontra explicação no permanente intercâmbio de pessoas e mercadorias entre diversas regiões do continente e do mundo, sugerindo o que se poderia chamar de uma "globalização" de vetores e agentes etiológicos. Com a permanência da desigualdade na organização do espaço urbano gerando bolsões carentes de infraestrutura de saneamento básico, como abastecimento de água potável e serviços de coleta de lixo, ou de uma estrutura adequada de educação e de saúde pública. Ao contrário só vem aumentando a competência vetorial para a disseminação de epidemias (COSTA, NATAL, 1996; COSTA, 1998).

4 | CONCLUSÃO

Conclui que diante da importância do conteúdo, são importantes a educação e a consciência da população para que se evite a proliferação do vetor, pois, só assim pode-se diminuir e até mesmo erradicar o vírus, que tanto traz gastos para a saúde pública, ou seja, a prevenção continua sendo o melhor método para uma saúde ideal para todos os tipos de doenças de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA A, GONÇALVES Y, NOVO M, SOUSA C, MELIM M, GRÁCIO A. Vector monitoring of *Aedes aegypti* in the Autonomous Region of Madeira, Portugal. *Euro Surveill.*;12(46). 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Dengue: **instruções para**

pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3. ed., rev. Brasília, 2001. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).** 2008.

_____. Dengue: **aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento** / Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde confirma relação entre vírus dengue e febre hemorragica-Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21014- ministerio-da-saudeconfirma-relacao-entre-virus-dengue-febre-hemorragica> Fundação Nacional de Saúde. Dengue – **Instruções para pessoal de combate ao vetor.** Brasília: Funasa; 2001

_____. BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde.**

Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.

Donalísio MR, Glasser CM. **Vigilância entomológica e controle de vetores do dengue.** Revista Brasileira de Epidemiologia 2002;5(3):259-272.

MCBRIDE WJH, BIELEFELDT-OHMANN H. **Dengue viral infections; pathogenesis and epidemiology. Microbes and infection.** ;2(9):1041-50. 2000.

Teixeira MG, Barreto ML, Guerra Z. **Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue.** Informe Epidemiológico do SUS 1999;8(4):5-33.

TORTORA, Gerard J.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christine L. Artmed, 2012. 967 p. **BRASIL.**
Ministerio da Saúde (MS) disponivel em:<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/bahia-pesquisadores-publicam-artigo-sobre-novas-faces-do-zika-no-emerging-infectious>

TORRES EM. Dengue. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.TAUIL, Pedro. Urbanização e ecologia do dengue. **Cad. Saúde Pública** vol.17, supl. Rio de Janeiro, 2001.

Washington,D.C.Disp:<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task= doc_download&gid=16984&Itemid=&lang=en em 2011 e acessado em setembro de 2017.

WHO. World Health Organization. Carta de Ottawa. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Ministério da Saúde/IEC, Brasília. 1986.

WHO. World Health Organization. **Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control:** new edition. Geneva: World Health Organization; 2009.

EFEITO DO MÉTODO PILATES DURANTE PERÍODO GESTACIONAL

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Pós-Graduando em Hematologia Clínica e Banco de Sangue
Teresina, Piauí;

Sheila Ruth Da Silva Campelo

Graduanda em Fisioterapia pela UNINASSAU
Teresina, Piauí;

Osmar Ferreira da Silva Filho

Doutorado em Ciência Animal pela Universidade Federal do Piauí
Teresina, Piauí;

João Victor de Sousa Costa

Fisioterapeuta pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI
Teresina, Piauí;

Abimael de Carvalho

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí-UESPI
Teresina, Piauí;

William Gomes Silva

Especialização em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário Internacional, UNINTER
Teresina, Piauí;

Antônio filho Alves Rodrigues

Especialização em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário Internacional, UNINTER
Teresina, Piauí;

Eulália Caroline de Sousa Santos Fonseca

Pós graduanda em Fisioterapia em Terapia

Intensiva pelo Hospital São Marcos / Centro Universitário Santo Agostinho
Teresina, Piauí;

Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa

Estudante de Medicina da Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
Teresina, Piauí;

Marcio Marinho Magalhães

Especialista em Traumato Ortopedia e Desportiva com Ênfase em Terapia Manual.
Caxias, MA;

Ana Adélya Alves Costa

Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí
Picos, Piauí;

Gabriel Gardhel Costa Araujo

Fisioterapeuta, Pós graduado em trauma, ortopedia e desportiva
São Luís- MA;

Ranyele Lira da Silva

Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário de Ciências e tecnologia do Maranhão
Codó-Ma;

Adryele Jacó de Sousa

Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí
Picos, Piauí;

Fernando Ribeiro Castro

Especialista em Ciências Morfológicas.
Universidade Federal do Maranhão UFMA.
Caxias, MA;

RESUMO: Durante o ciclo gestacional ocorre várias alterações fisiológicas, proporcionando assim uma adaptação para a gestante e o feto. Essas modificações hemodinâmica, hormonais e biomecânica do corpo ocorre a partir do primeiro trimestre gestacional até o final do ciclo. A prática de exercício físico, entre eles o pilates na gestação vem sendo cada vez mais incentivada e recomendada visando a promoção a saúde. Porém, ainda se necessita que esses benefícios possam chegar em uma maior quantidade de mulheres possíveis. A presente pesquisa objetivou analisar a respeito da eficácia do método de pilates durante a gestação. O estudo foi realizado através de pesquisa de artigos científicos nos bancos de dados Scielo, Bireme e Lilacs, além de inclusão de trabalho de conclusão de curso, teses e dissertações, publicadas em repositórios. Utilizaram-se as palavras-chave: Pilates; Gestantes; Fisioterapia e Tratamento, no recorte temporal entre 2010 a 2018, que estavam dentro dos critérios de inclusão previamente verificadas no Descritores em Ciência da Saúde (DECS), em inglês e português, sendo que utilizou-se palavras isoladas e agrupadas. A amostra inicial das quais passaram por critério de inclusão consistia de 3.960.175 estudos. No total foram encontrados 1.433.920 em português e 2.526.255 em inglês. Na plataforma BIREME obteve o maior número de artigos com 3.804.158 estudos. Das palavras-chave a Tratamento/ Treatment foi relacionada 3.807.986 vezes. Depois de aplicados do critério de exclusão foram selecionados 9 artigos que melhor enquadravam-se na temática proposta. O exercício por meio de método de pilates é de fácil adaptação para gestantes, sendo aplicado de acordo com as necessidades específicas. Entre os maiores benefícios do método desenvolvido por Joseph Pilates encontra-se: o aumento da força, maior controle muscular, integra corpo e mente, melhora da capacidade respiratória, aumento da energia, maior flexibilidade, entre outros.

PALAVRAS-CHAVE: Pilates; Gestantes; Fisioterapia e Tratamento.

EFFECT OF THE PILATES METHOD DURING THE GESTATIONAL PERIOD

ABSTRACT: During the gestational cycle occurs several physiological changes, thus providing an adaptation for the pregnant woman and the fetus. These hemodynamic changes, hormonal and biomechanics of the body occurs from the first trimester of pregnancy until the end of the cycle. The practice of physical exercise, among them the pilates in pregnancy is increasingly being encouraged and recommended aiming at health promotion. However, even if you need that these benefits can reach a greater number of women as possible. The present study aimed to analyze the effectiveness of the method of Pilates during pregnancy. The study was conducted through research of scientific articles in the databases Scielo, Bireme and Lilacs, as well as inclusion of course completion work, theses and dissertations, published in repositories. We used the keywords: Pilates; Pregnant Women; Physiotherapy and treatment, in temporal clipping between 2010 to 2018, which were within the inclusion criteria previously verified in the Health Science Descriptors (DECS), in English and Portuguese, being that it was used isolated words and grouped together. The initial sample of which passed by inclusion criteria consisted of 3,960,175 studies in total were found 1,433,920

2,526,255 in Portuguese and in English. The platform BIREME obtained the largest number of articles with 3,804,158 studies. The keywords to Treatment/ Treatment was related 3,807,986 times. Once applied the exclusion criterion 9 were selected articles that best framed in the thematic proposal. The exercise by means of pilates method is easy adaptation for pregnant women, being applied in accordance with the specific needs. Among the major benefits of the method developed by Joseph Pilates is: the increase in strength, greater muscular control, integrating body and mind, improves the respiratory capacity, increased energy, increased flexibility, among others.

KEYWORDS: Pilates; Pregnant Women; Physiotherapy and treatment.

1 | INTRODUÇÃO

Durante o ciclo gestacional ocorrem várias alterações fisiológicas, proporcionando assim uma adaptação para a gestante e o feto (KROETZ, 2018). A prática de exercício físico na gestação vem sendo cada vez mais incentivada e recomendada visando a promoção a saúde. Porém, ainda se necessita que esses benefícios possam chegar em uma maior quantidade de mulheres possíveis. Sabendo disso Comunello (2011) afirma que a fisioterapia preventiva concomitante ao uso do método pilates durante a gestação, e após ela, ajuda efetivamente na manutenção e correção postural.

Devido ao compartilhamento do peso na região plantar dos pés, oscilação anteroposterior do corpo é frequente, que a grávida faça adaptação postural com o levantamento da cabeça ativa a hiperextensão da coluna cervical e lombar e exacerba a extensão de joelhos e tornozelos para obter controle postural fazendo assim uma marcha anserina (MOREIRA et al., 2011).

Os praticantes do Pilates aumentaram aproximadamente de 2,4 milhões em 2015 para 9,5 milhões em 2017 nos Estados Unidos, o presidente da PHYSIO PILATES EQUIPAMENTOS, relata que o treinamento do Método pilates nos Estados Unidos cresceu 602% entre 2010 e 2017. O método pilates pode ser introduzido no pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério pois apresenta vários recursos como a cinesioterapia, alongamento e a respiração, o que se pressupõe melhorar a postura, o condicionamento físico, mental e emocional da gestante. Os benefícios que o método proporciona são inúmeros, pois são realizados movimentos suaves e adequado para cada gestante de acordo com suas limitações (CORREA; MOREIRA; GARCEZ, 2018; MACEDO et al., 2017).

A presente pesquisa objetivou analisar a respeito da eficácia do método de pilates durante a gestação. Conhecendo as técnicas do pilates mais utilizadas, além de apontar à importância do tratamento à base do pilates em gestantes.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com método

qualitativo, com caráter descritivo.

O estudo foi realizado através de pesquisa de artigos científicos nos bancos de dados Scielo, Bireme e Lilacs, além de inclusão de trabalho de conclusão de curso, teses e dissertações, publicadas em repositórios. Utilizou-se as palavras-chave: Pilates; Gestantes; Fisioterapia e Tratamento, previamente verificadas no Descritores em Ciência da Saúde (DECS), em inglês e português, sendo que utilizou-se palavras isoladas e agrupadas.

A coleta de dados foi realizada a partir de análise de uma lista de referências de artigos científicos, onde foram selecionados trabalhos publicados no recorte temporal entre 2010 a 2018, que estavam dentro dos critérios de inclusão. Na qual foram escolhidos a partir da temática do projeto de pesquisa, bem como o objetivo geral e específico, onde as palavras-chave selecionadas conduziram essa pesquisa.

Foram incluídos no estudo artigos que abordaram em sua temática a utilização do método de pilates durante a gestação, publicados em português e inglês. Foram excluídos do projeto, estudos que relataram algo que não se encaixou nesses parâmetros, aplicação de pilates em não gestantes, artigos com data inferior a 2010, anais de congresso, artigos duplicados e indisponíveis na íntegra, assim como artigos de revisão bibliográfica.

Após a seleção de dados das fontes já citadas, as análises, interpretações e organizações dos resultados aconteceram na forma de gráficos e tabelas utilizando a Microsoft Excel. Os artigos foram analisados, selecionados por similaridade de informação, visando uma melhor argumentação dos resultados e discussões.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram pesquisadas fontes distintas sobre os benefícios uso do método pilates em gestantes, utilizando os descritores já listados em português e inglês, sendo encontrado artigos científicos a respeito do tema. A amostra inicial das quais passaram por critério de inclusão consistia de 3.960.175.

No total foram encontrados 1.433.920 em português e 2.526.255 em inglês. Na plataforma BIREME obteve o maior número de artigos com 3.804.158 estudos. Das palavras-chave a Tratamento / Treatment foi relacionada 3.807.986 vezes.

Foram removidos 3.884.244 estudos indisponíveis na íntegra, 72.907 artigos duplicados, restando apenas 3.024, foram selecionados somente aqueles que continham alguma palavra chave no título, totalizando 416 artigos selecionados, procedeu-se a leitura de títulos e resumos, quando excluídos 374 por apresentar metodologia frágeis (relatos de caso, anais de eventos, incompletos, dentre outros). Dos 42 restantes, foram lidos na íntegra pelos pesquisadores, após uma segunda leitura realizada pelos 2 autores foram selecionados 9 artigos que melhor enquadram-se na temática proposta como esta representado na figura 1.

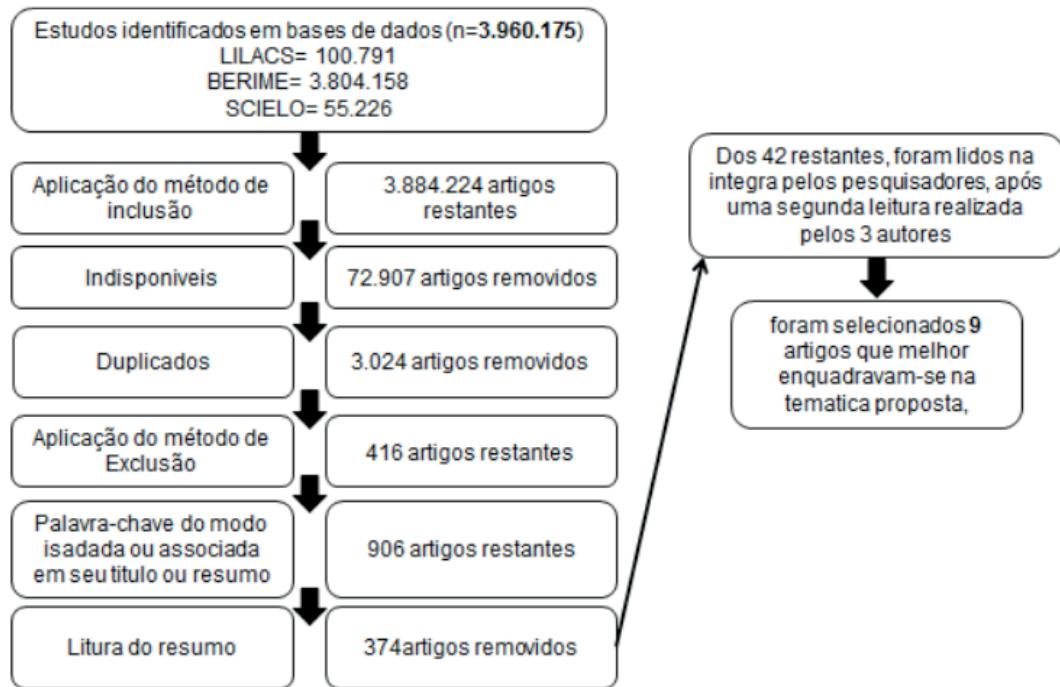


Figura 1: Fluxograma dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos encontrados.

Fonte: Autores, 2018

Das 9 referências selecionadas, 3 eram pertencentes ao idioma inglês e 6 em português. As publicações apresentaram em comum o uso do método de pilates como tratamento/ ou benefício.

O período gestacional é considerado como um conjunto complexo de mudanças e adaptações que ocorre no corpo feminino desde a fertilização até o nascimento do bebê. Durante esse período o corpo como um todo passa por diversas alterações tanto hormonais como também sociais, envolvendo toda a parte biológica/psicológica. Podendo haver algum tipo de desconforto musculoesquelético em virtude do peso a mais que tem que carregar. Além do desconforto tem as mudanças na postura, no emocional, psicológico, social dentre outras (NASCIMENTO; MEJIA, 2016; ARRUDA, 2014).

A partir do século XXI, o método pilates tem sido um método sutilmente modificado por novas compreensões do corpo humano ou influenciadas por um dos muitos novos estilos de movimento, se tornando um método infinitamente adaptável às carências e anseios de cada indivíduo. Hoje há diferentes grupos que se favorecem deste método, como por exemplo, as gestantes. Davim (2017) concorda com esses autores, pois em seu trabalho, relata que o Método Pilates (MP) tem uma importância significativa no trabalho de concentração, força postural e qualidade dos movimentos sem sobrecarregar as articulações das gestantes. Além de ajudar nas dores lombares, ombros e tensão no pescoço.

Em estudo realizado por Costa et al. (2018) onde compararam a percepção da qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes do método Pilates. Pode-

se observar que o grupo das idosas praticantes do Método Pilates apresentou os maiores escores na maioria dos domínios de qualidade de vida para a faixa etária de 70 a 74,9 anos. Estes resultados sugerem que o Método Pilates é uma importante prática, para uma percepção positiva de qualidade de vida em qualquer faixa etária.

O treinamento com os exercícios criado por Joseph Pilates eleva a resistência à pressão e o número de contrações rápidas dos músculos do assoalho pélvico. Sousa et al. (2017) afirmam no resultado de seu estudo que o uso terapêutico de Pilates pode tratar ou prevenir distúrbios do assoalho pélvico, especialmente em períodos em que estes músculos são mais necessários, como gravidez, parto vaginal ou na velhice.

Em estudo realizado por Kroetz (2015) afirma que de modo geral, o método Pilates tem como benefícios: aumento da força, maior controle muscular, integra corpo e mente, melhora da capacidade respiratória, aumento da energia, maior flexibilidade, harmonia dos movimentos, alonga, tonifica e define a musculatura, melhora do condicionamento físico e mental, correção da postura, maior consciência corporal, reestruturação corporal, aumento do equilíbrio e coordenação, prevenção de lesões, aumento da auto-estima, alívio do estresse e das dores musculares. Corrobora então com Mares et al. (2012) que relatam: o pilates tem como benefício o equilíbrio corporal (físico e mental), contribuindo, assim, nas prevenções osteomioarticulares do corpo humano e acima de tudo, contribui para uma melhor qualidade de vida.

Miranda (2016) teve como objetivo em seu estudo analisar a importância da aplicabilidade do método Pilates no terceiro trimestre gestacional, demonstrando seus efeitos em relação às alterações posturais e musculares e do assoalho pélvico. Onde pode concluir que a aplicação do método Pilates proporciona melhor qualidade de vida para a gestante. Assim foi verificado que além de exercitar o corpo de forma eficaz, diminui as algas posturais, atua sobre as disfunções do assoalho pélvico ajudando no fortalecimento favorecendo no parto normal e contribuindo na recuperação do pós- parto.

Concordando com o que citado no parágrafo anterior, Burg (2016) relata que o Método Pilates, proporciona conforto, visto que seus exercícios são de baixo impacto e não ocasionando sobrecarga nas articulações das gestantes. Esse método beneficia o padrão respiratório, a consciência corporal e a postura. Com uma postura correta, o indivíduo consegue minimizar as outras compensações gerando um maior bem-estar, melhorando o sono, além de propiciar mais energia para as atividades do dia-a-dia.

4 | CONCLUSÃO

O exercício por meio de método de pilates é de fácil adaptação para gestantes, sendo aplicado de acordo com as necessidades específicas. Entre os maiores benefícios do método desenvolvido por Joseph Pilates encontra-se: o aumento

da força, maior controle muscular, integra corpo e mente, melhora da capacidade respiratória, aumento da energia, maior flexibilidade, harmonia dos movimentos, alonga, tonifica e define a musculatura, melhora do condicionamento físico e mental, correção da postura, aumento do equilíbrio e coordenação, prevenção de lesões, alívio do estresse, além de atuar no tratamento de dores musculares, contribuindo assim, para uma melhor qualidade de vida da gestante.

Mesmo com todas essas vantagens na escolha desta modalidade, o profissional deve estar capacitado para lidar com esse público, para aproveitar os benefícios do método sem expor a gestante ao risco. O fisioterapeuta atua de maneira eficiente nessa fase, onde trabalha avaliando, orientando e proporcionando qualidade de vida as gestantes e propiciando possibilidade de um melhor parto e pós-parto.

REFERÊNCIAS

- CORREA, J. N., MOREIRA, B. D. P., GARCEZ, V. F. Ganho De Força Muscular Do Diafragma Pélvico Após Utilização Dos Métodos Pilates Ou Kegel Em Pacientes Com Incontinência Urinaria De Esforço. **Revista Uningá Review**, V. 23, N. 2, 2018.
- DAVIM, R. M. B. Pilates na gestação. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 3. 2017
- KROETZ, D. C. Benefícios do método pilates nas alterações musculo esqueléticas de correntes do período gestacional. **Revista Visão Universitária**, v. 3, n. 1, 2015.
- ARRUDA, E. M. **Benefícios dos exercícios de Pilates para a postura na gestação**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização), Centro Faculdade Ávila, Goiânia, p. 10, 2014.
- SOUZA, L. M. D., PEGORARE, A. B. G. D. S., CHRISTOFOLETTI, G., BARBOSA, S. R. M. Influence of a protocol of Pilates exercises on the contractility of the pelvic floor muscles of non-institutionalized elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 484-492, 2017.
- COSTA, T. R. A., VAGETTI, G. C., PIOLA, T. S., SILVA, M. P. D., PACÍFICO, A. B., BOZZA, R., CAMPOS, W. D. Quality-of-life perception in elderly women who practice and do not practice the Pilates' method. **Cadernos Saúde Coletiva**, n. AHEAD, 2018.
- MACEDO, C. D. S. G., DEBIAGI, P. C., DE ANDRADE, F. M. Efeito do isostretching na resistência muscular de abdominais, glúteo máximo e extensores de tronco, incapacidade e dor em pacientes com lombalgia. **Fisioterapia em movimento**, v. 23, n. 1, 2017.
- MIRANDA, T. B. P. **EFEITOS DO MÉTODO PILATES APLICADO EM UMA GESTANTE NO TERCEIRO TRIMESTRE GESTACIONAL**: estudo de caso. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade TecSoma, Paracatu, MG, p. 42, 2016.
- SANTOS, T. F. **A eficácia do método Pilates no tratamento de lombalgia em gestantes**. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, p.19 2014.
- FERNANDES, K. T. M. S., SANTOS, R. N. OS BENEFÍCIOS DO MÉTODO PILATES NO FORTALECIMENTO DO ASSOALHO PÉLVICO NO PERÍODO GESTACIONAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **Revista Científica Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago**, v.2, n.3, p.152-162, 2016
- NASCIMENTO, T. G., MEJIA, D. P. M. **O método pilates aplicado à ginecologia obstétrica**:

benefícios durante o período gestacional e para o parto natural, 2016.

RODRIGUES, D. **Caracterização e Determinantes da Prática de Actividade Física Durante a Gravidez e Pós-Parto.** Tese de Doutorado. Escola Superior de Desporto de Rio Maior, P.39, 2010.

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO ÀS GESTANTES NA TESTAGEM RÁPIDA DO HIV

Ana Rita Santos de Lima

Diego Figueiredo Nóbrega

Rodrigo Neves-Silva

Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa

Kristiana Cerqueira Mousinho

Giane Meyre de Assis Aquilino

Maria Suzymille de Sandes Filho

Ednar do Nascimento Coimbra Melo

Geisa Gabriella Rodrigues de Oliveira

Sylvia Amélia Vasconcelos de Albuquerque

Natanael Barbosa dos Santos

Centro Universitário Cesmac, Mestrado Pesquisa
em Saúde, Maceió, Alagoas.

RESUMO: No contexto da Transmissão Vertical do HIV (TVHIV) é necessário a readequação do atendimento às gestantes no âmbito das maternidades, exigindo-se uma nova funcionalidade dos serviços e dos profissionais de saúde. Este estudo objetivou caracterizar os profissionais de saúde, sua condição de capacitação profissional e de trabalho no acolhimento à gestantes testadas para o HIV. Foi desenvolvido um estudo transversal e descritivo, com profissionais de saúde de nível superior do setor de acolhimento de uma maternidade de referência para atendimento de gestação de alto risco no estado de Alagoas. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado e os resultados apresentados em

tabelas de frequência absoluta e relativa. A equipe era composta por 20 profissionais, todos médicos (70%) ou enfermeiros (30%), a maioria do sexo feminino (95%) e na faixa acima de 40 anos (55%). Quanto a oferta de atualização sobre a prevenção da TVHIV no último ano, 40% responderam não ter tido atualização. 55% consideraram a situação do acolhimento e aconselhamento na maternidade inadequados. Os fatores dificultantes do acolhimento/aconselhamento foram: desfalcque na equipe multiprofissional (95%), número insuficiente de profissionais (90%), inexistência de protocolo (70%) e deficiência na estrutura física do setor (65%). Com base nos resultados obtidos, conclui-se que o serviço de acolhimento às gestantes com HIV é frágil. A melhoria desse serviço passa pelo complemento da equipe multiprofissional (inclusão de psicólogos e assistentes sociais); oferta de atualização profissional sobre prevenção e profilaxia da TVHIV; melhoria da estrutura física e desenvolvimento de protocolos para a prevenção da TVHIV.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes; HIV; Transmissão vertical de doença infecciosa; acolhimento.

VERTICAL HIV TRANSMISSION: ANALYSIS
OF WELCOMING TO PREGNANT WOMEN
DURING HIV FAST TESTING

ABSTRACT: In the context of the Vertical Transmission of HIV (VTHIV), it is necessary to readjust the care of pregnant in the maternity area, requiring a new functionality of services and health professionals. This study aimed to characterize health professionals, their professional condition and work qualification in the reception of pregnant tested to HIV. A cross-sectional descriptive study was conducted with high-level health professionals working in the reception sector of a maternity, reference for high-risk pregnancy care in Alagoas, Brazil. Data was collected by a structured questionnaire the results were presented as absolute and relative frequencies. The team was formed by 20 professionals, only doctors and nurses, most of them female (95%) and over 40 years old (55%). Regarding updates on the prevention of VTHIV, 40% answered that they had no update. Regarding the situation of reception and counseling in the Maternity, 55% reported to be inadequate. Factors that hinder effective counseling reception were: embezzlement in the multiprofessional team (95%), insufficient number of professionals (90%), lack of protocol (70%) and deficiency in the physical structure of the sector (65%). According to the evidence derived from this research, the reception service to pregnant HIV patients is poor. Service improving depends on the complementation of the multiprofessional health team (inclusion of psychologists and social workers); planning of permanent professional update on prevention and prophylaxis of VTHIV; improvement of physical structure and development of protocols for the prevention of TVHIV.

KEYWORDS: Pregnant; HIV; Vertical transmission of infectious disease; host.

1 | INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico da Aids modifica-se com a evolução da epidemia, inicialmente caracterizado por grupos definidos, a exemplos dos homens, atualmente, atinge as mulheres mundialmente, que já representam 50% da população infectada, aproximadamente 85% estão em idade reprodutiva. Em 2012 no mundo foram infectadas pelo HIV 960.000 mulheres acima de 15 anos e há referências que a cada hora, 50 mulheres jovens se infectam pelo HIV (BRITO et al., 2000; BRASIL, 2003; VERGARA e BARROSO, 2007; SILVA, 2011).

Com o aumento de mulheres infectadas, principalmente em idade reprodutiva, observa-se consequentemente um tipo mais cruel de contaminação: a Transmissão Vertical do HIV (TVHIV) (SZWARCWALD et al., 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; SOUZA, 2011; VERMELHO et al., 2013). Conhecida também, como contaminação materno-infantil. A Transmissão Vertical do HIV é a transmissão do vírus do HIV da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação. Atualmente, no cenário mundial, cerca de 90% das crianças infectadas por HIV adquirem a infecção pela mãe (BRASIL, 2014).

A identificação precoce das gestantes infectadas pelo HIV é fundamental na estratégia de prevenção da transmissão dessa infecção. Uma das principais estratégias governamentais para ampliar o acesso das gestantes ao diagnóstico da

infecção pelo HIV foi implantada pelo Projeto Nascer Maternidades (BRASIL, 2003).

Entre as ações do Projeto, destacam-se a capacitação de equipes multiprofissionais em acolhimento, aconselhamento, utilização de teste rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas e vigilância epidemiológica. Essas ações são necessárias para a readequação do atendimento às gestantes no âmbito das maternidades, exigindo uma nova funcionalidade dos serviços e dos profissionais de saúde no contexto da infecção das mulheres pelo HIV e a transmissão vertical (VAZ e BARROS, 2000; BRASIL, 2005; DIAS, 2006; FARIAS et al., 2008).

A prática do acolhimento e aconselhamento na maternidade é complexa e comporta muitos desafios na prática cotidiana dos serviços de saúde e na escuta e interação com os pacientes. Conforme depoimentos, práticas e estudos, os profissionais de saúde não têm qualificação e condições adequadas para oferta do teste anti-HIV através de um acolhimento e aconselhamento humanizado e eficaz, processo fundamental para a redução da TVHIV (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; ARAÚJO et al., 2009; BALDASSO, 2010; FONSECA, 2010; ARAÚJO, 2011).

Portanto, diante da complexidade do atendimento às gestantes com os avanços ocorridos na área da prevenção e tratamento da infecção pelo HIV/Aids, nos questionamos no contexto do processo de trabalho como vem se desenvolvendo a capacitação dos profissionais de saúde para a incorporação das condutas para a prevenção e controle da transmissão vertical do HIV na maternidade-caso da pesquisa.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, que identificou e analisou a caracterização sócio-profissional, condições de capacitação e trabalho da equipe de saúde de nível superior que atende no Setor de Acolhimento da Maternidade Professor Mariano Peixoto, do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes -HUPAA, da Universidade Federal de Alagoas - UFAL.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário (CESMAC), com o Parecer consubstanciado de liberação nº 351258/13.

A escolha da Maternidade do HUPAA para a coleta de dados se deve por sua relevância como uma das duas maternidades do Estado de Alagoas, com referência para atendimento de gestantes com gravidez de Alto Risco (BRASIL, 2010).

A amostra foi não probabilística por conveniência de 26 profissionais de saúde de nível superior, médicos e enfermeiros, constantes na relação de funcionários efetivos da UFAL no ano de 2013, alocados na Maternidade do HU, atuando no Setor de Acolhimento às gestantes, porta de entrada para atendimento na maternidade.

A amostragem se resumiu em 20 profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros do Setor de Acolhimento da maternidade do HU, 05 componentes não participaram da pesquisa em virtude de estarem ausentes no período da coleta de dados, por férias, licença médica ou outros motivos, 01 componente é a autora da pesquisa que por motivos éticos na fez parte na coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado com 10 questões sobre a caracterização dos profissionais de saúde e sobre as condições de capacitação e fatores que dificultam a realização efetiva do acolhimento e aconselhamento no Setor de Acolhimento da Maternidade-caso. As questões foram construídas de acordo com as variáveis contínuas: faixa etária; tempo de formação; tempo no setor, e pelas variáveis nominais: sexo; profissão; campo de atuação; tipo de capacitação; situação do acolhimento e aconselhamento; fatores que dificultam a efetiva realização do acolhimento e aconselhamento.

Após a liberação do projeto de pesquisa pelo CEP e anuência da Direção do HU/UFAL realizou-se contato com as gerências da Maternidade e o NTI em busca de informações sobre composição do quadro de funcionário do Setor de Acolhimento e dados estatísticos da instituição. O contato com os pesquisados se deu através de orientação verbal sobre a pesquisa, seguida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram tabulados no programa Excel® e a análise estatística descritiva foi realizada no software SPSS®. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas de frequência absoluta e relativa.

3 | RESULTADOS

A tabela 1 evidencia a caracterização dos profissionais participantes da pesquisa. Observou-se que 95% dos pesquisados são do sexo feminino. Quanto a faixa etária 55% encontra-se entre 41 e 51 anos. Em relação a profissão, 70% são médicos e o restante enfermeiros (30%). No item campo de atuação nenhum entrevistado era docente, com 100% desenvolvendo a atividade assistencial. Como tempo de formação prevaleceu a faixa entre 21-30 anos (35%). Quanto a variável tempo no setor de acolhimento, prevaleceu a faixa entre 11 e 20 anos no setor (35%), seguido pelo tempo de 1 a 10 anos (30%).

As respostas dos profissionais de saúde a questão referente a oferta de cursos de capacitação quanto as ações de prevenção e profilaxia da Transmissão vertical do HIV (TVHIV) revelaram que 45% tiveram capacitação em todas as alternativas (aconselhamento, testagem rápida e prevenção da TVHIV) e 20% relatou nunca haver feito capacitação (tabela 2).

VARIÁVEL	n	%
Sexo		
Masculino	1	5,0
Feminino	19	95,0
Faixa etária		
19 - 29 anos	1	5,0
30 - 40 anos	5	25,0
41 - 51 anos	11	55,0
> 51anos	3	15,0
Profissão		
Médico	14	70,0
Enfermeiro	6	30,0
Campo de atuação		
Assistencial	20	100,0
Tempo de formação		
< 1 ano	1	5,0
1 - 10 anos	5	25,0
11 - 20 anos	4	20,0
21 - 30 anos	7	35,0
> 31 anos	3	15,0
Tempo no setor		
< 1 ano	3	15,0
1 - 10 anos	6	30,0
11 - 20 anos	7	35,0
21 - 30 anos	4	20,0
Total	20	100,0

Tabela 1. Caracterização da amostra dos profissionais de saúde do Setor de Acolhimento da Maternidade do HU/UFAL. Maceió, Alagoas, Brasil, 2014.

Tipo de capacitação	n	%
Aconselhamento em DST/AIDS	2	10,0
Testagem rápida do HIV	3	15,0
Prevenção profilática TVHIV	2	10,0
Todas alternativas	9	45,0
Nenhuma	3	15,0
Preferiu não responder	1	5,0

Tabela 2. Respostas dos profissionais de saúde do Setor de Acolhimento da Maternidade do HU/UFAL sobre capacitação para prevenção e profilaxia da Transmissão Vertical do HIV. Maceió, Alagoas, Brasil, 2014.

No que diz respeito à oferta de atualização das ações de prevenção e profilaxia da TVHIV, observou-se que 40% dos entrevistados referiram não ter tido atualização sobre prevenção e profilaxia da TVHIV, enquanto 35% da amostra já havia feito atualização quanto a Testagem rápida do HIV. A frequência das demais atualizações foi baixa (tabela 3).

Tipo de atualização	n	%
Aconselhamento em DST/AIDS	1	5,0
Testagem rápida do HIV	7	35,0
Prevenção profilática TVHIV	0	0,0
Todas alternativas	1	5,0
Em nenhuma das alternativas	8	40,0
Preferiu não responder	3	15,0

Tabela 3. Resposta dos profissionais de saúde do Setor de Acolhimento da Maternidade do HU/UFAL sobre atualização em 2013 sobre prevenção da TVHIV. Maceió, Alagoas, Brasil, 2014.

Quanto a auto-avaliação dos profissionais em relação ao serviço de acolhimento e aconselhamento, 55% dos entrevistados classificaram o serviço como inadequado na admissão de gestantes com HIV na Maternidade-caso (tabela 4).

Situação	n	%
O acolhimento e o aconselhamento são adequados	5	25,0
O acolhimento e o aconselhamento são inadequados	11	55,0
O aconselhamento é inadequado	3	15,0
Preferiu não responder	1	5,0

Tabela 4. Reconhecimento dos profissionais de saúde sobre situação do acolhimento e aconselhamento no Setor de Acolhimento da Maternidade do HU/UFAL. Maceió, Alagoas, Brasil, 2014.

Os fatores que dificultam a realização efetiva do acolhimento e aconselhamento para a testagem rápida do HIV na Maternidade-caso mais referidos pelos pesquisados foram: desfalque na equipe multiprofissional (95%); número insuficiente de funcionários (90%); inexistência de protocolo (70%) seguido de deficiência da estrutura física (65%) (tabela 5).

Fatores	n	%
Demandas excessivas	9	45,0
Número insuficiente de funcionários	18	90,0
Irregularidade do abastecimento dos insumos	1	5,0
Desfalque na equipe multiprofissional	19	95,0
Deficiência na capacitação dos profissionais	7	35,0
Deficiência na estrutura física do setor	13	65,0
Inexistência de protocolo	14	70,0

Tabela 5. Fatores que dificultam a realização do acolhimento e aconselhamento. Maceió, Alagoas, Brasil, 2014.

4 | DISCUSSÃO

Neste estudo identificou-se que a maioria dos profissionais de saúde que atuam no atendimento do Setor de Acolhimento das gestantes da Maternidade são da medicina, do sexo feminino, estão na faixa etária acima de 40 anos, todos atuando na assistência e nenhum é docente. Setenta por cento da amostra tem mais de dez anos de experiência profissional e 85% atuam no referido setor por mais de 1 ano. Os dados revelam que há características do perfil dos profissionais que favorecem a maturidade pessoal e profissional sendo avaliado como aspectos positivos se considerados no âmbito da assistência às gestantes com HIV positivo, situação conflituosa pelo caráter de risco e estigmatização da doença e da TVHIV. Idália Sá-Chaves, doutora e pesquisadora portuguesa, investigadora no âmbito da formação de professores e outros profissionais (SÁ-CHAVES, 2011), pontua que o exercício de funções profissionais complexas implica muitas vezes a capacidade para gerir situações de caráter imprevisível, em contextos de natureza interativa e em constante

mutação, que exigem maturidade pessoal e profissional, adaptação, equilíbrio e bom senso. Embora a maturidade e experiência profissional sejam determinantes para uma assistência humanizada e efetiva às gestantes, destaca-se que fatores estruturais, políticos, econômicos e de gestão podem interferir neste processo.

Umas das fragilidades identificadas no serviço prestado no Setor de Acolhimento da Maternidade-caso é a ausência de cobertura de assistência contínua, ou seja, disponibilização durante as 24 h do dia de equipe multiprofissional mínima (médicos, enfermeiros, psicólogo e serviço social), como preconizado pelo Ministério da Saúde no atendimento às gestantes soropositivas para o HIV para a realização do teste rápido (BRASIL, 2012).

Quanto a oferta de cursos de capacitação e atualização sobre medidas de prevenção e profilaxia da TVHIV (aconselhamento, testagem rápida e prevenção profilática), ficou evidenciado que os profissionais de saúde atuantes no acolhimento de gestantes soropositivas para o HIV carecem de um planejamento de atividades de educação permanente sobre as recomendações e condutas preventivas e terapêuticas da TVHIV. O que se justifica pelas constantes mudanças e avanços na pesquisa, diagnóstico e tratamento clínico da Aids/HIV.

De acordo com o Guia de Tratamento, do Ministério da Saúde “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes” (BRASIL, 2010), na ausência de medidas profiláticas, a TVHIV de uma mãe infectada para o bebê varia entre 25 a 30%. Alerta ainda que toda mãe soropositiva para o HIV deverá ser orientada a não amamentar, devido ao risco de transmissão do vírus pelo leite ser elevado, oferecendo um risco adicional de 7 a 22% de transmissão. Ainda, o fato da mãe fazer uso de tratamentos antirretrovirais não controla a eliminação do HIV-1 pelo leite.

Com adoção das medidas preventivas a taxa de TVHIV cai para 1%. A carga viral elevada da gestante e a ruptura prolongada das membranas amnióticas são consideradas como os principais fatores associados da TVHIV (BRASIL, 2010; SILVA, 2011).

A medida preventiva mais importante contra a TVHIV é o conhecimento precoce da condição sorológica anti-HIV da gestante, quanto mais cedo a gestante soropositiva conhece o seu diagnóstico mais oportunidades tem para reduzir a transmissão vertical. Portanto a primeira medida preventiva chegando a maternidade é a oferta para a testagem rápida anti-HIV (BRASIL, 2006). Sabe-se que o momento do trabalho de parto e a admissão na Maternidade não é o momento ideal e aceitável para a testagem, essa situação demonstra falha no pré-natal, portanto a oferta da testagem anti-HIV na maternidade é a última chance de saber se a gestante está infectada pelo vírus.

O manejo, ou seja, as recomendações técnicas preconizadas para a gestante chegando à maternidade em trabalho de parto, indica a oferta do teste rápido anti-HIV (BRASIL, 2013), com o devido aconselhamento e consentimento por escrito

da gestante/parturiente. No caso de um resultado positivo para a prevenção da transmissão vertical recomenda-se para o uso do Zidovudina (AZT) injetável durante o trabalho de parto e para o recém-nascido AZT oral (BRASIL, 2010; SILVA, 2011; VERMELHO et al., 2013).

Diante do contexto da dinâmica da epidemia da Aids/HIV a abordagem na admissão na maternidade mudou e requer profissionais de saúde que detenham e possam detalhar todas as informações técnicas sobre a testagem rápida do HIV, conhecimento e manejo da infecção e as relativas à prevenção vertical do HIV, indicação de que ações de educação permanente em saúde relacionadas à infecção pelo HIV/Aids devem ser efetivadas.

Os profissionais de saúde neste estudo classificaram a situação do acolhimento e aconselhamento na maternidade como “inadequada”. Diversos estudos apontam o acolhimento e o aconselhamento efetivos como fatores importantes para a prevenção da TVHIV (BRASIL, 2005; DIAS, 2006; FARIAS et al., 2008; BRASIL, 2010).

O acolhimento é uma atividade da prática cotidiana dos serviços de saúde, que muitas vezes é praticado de forma impessoal, desatenta e insensível, identificada como uma ação da recepção. Se analisada como uma prática distinta de desenvolver o processo de trabalho em saúde e as relações interpessoais, será identificada como um acolher, que vai além da receptividade e da triagem. Deve apresentar-se como uma postura dos profissionais focando a pessoa e suas necessidades, viabilizando por meio de um atendimento humanizado e resolutivo um processo de vínculo e responsabilização. No presente estudo, o acolhimento às gestantes na maternidade se resume quase que exclusivamente a prática da testagem rápida do HIV (tabela 3).

O aconselhamento como prática de saúde se inseriu nas ações propostas pelo Programa Nacional da Aids, pautado na lógica do pré e pós-teste anti-HIV, momento crítico e conflitante para o paciente. Inicialmente, o aconselhamento foi concebido como uma abordagem para o suporte emocional e aceitação da doença. Com a evolução da epidemia e o destaque da contaminação das mulheres, houve na prática do aconselhamento a necessidade de sensibilização da gestante para a importância da realização da testagem, já que é necessário o consentimento livre da mesma, tanto para o seguimento da sua saúde, ou se for o caso, para evitar a transmissão vertical do HIV.

A prática do aconselhamento na maternidade é complexa e comporta muitos desafios na escuta e interação com as gestantes. É recomendado pelo Sistema Único de Saúde, especialmente para o momento do aconselhamento e realização da testagem rápido anti-HIV um atendimento por equipe multidisciplinar, local físico adequado que garanta atendimento privativo e sigiloso, pessoal de saúde apto e capacitado que considere a subjetividade humana, através da abordagem dialógica, incorporada ao dilema da Aids. Entretanto pesquisas nacionais demonstram que profissionais de saúde não tem qualificação e condições adequadas para a oferta do teste rápido anti-HIV através de um acolhimento e aconselhamento humanizado e

eficaz (VAZ e BARROS, 2000; BRASIL, 2004; DIAS, 2006).

Nesta pesquisa foram identificados fatores que dificultam a realização de um efetivo acolhimento e aconselhamento no Setor de Acolhimento da Maternidade. Dentre eles desatacam-se: desfalque na equipe profissional; número insuficiente de profissionais; inexistência de protocolo e deficiência na estrutura física do setor.

Como já sinalizado nesse estudo a composição da equipe profissional de saúde de nível superior que atende na admissão às gestantes da maternidade em questão é constituído de médicos obstetras e enfermeiros. Diante da complexidade do cuidado que envolve o manejo com a gestante/puérpera soropositiva para o HIV, é necessário a atuação de equipe multiprofissional contemplando médicos, enfermeiros obstétricos, psicólogo e assistente social.

O protocolo de atendimento ou clínico na maternidade significa a padronização das condutas e procedimentos para a assistência à saúde das gestantes/puérperas/ recém-nascido. No caso da prevenção da TVHIV segue as recomendações, protocolos e manuais do Ministério da Saúde (SZWARCWALD et al., 2004; BRASIL, 2006; FARIA et al., 2008; BRASIL, 2010; ARAÚJO, 2011; SILVA, 2011; VERMELHO et al., 2013;), adequando-o a realidade da instituição. Na maternidade é um importante instrumento de trabalho pois evita a quebra da atenção integral na assistência e auxilia o profissional nas tomadas de decisão, evitando perda de seguimento no atendimento e tratamento das pacientes.

Além disto, a estrutura física do setor de Acolhimento da Maternidade deve estar de acordo com as recomendações técnicas para satisfazer um atendimento sigiloso e confortável as gestantes no momento do acolhimento, aconselhamento e testagem do HIV, fato não observado no presente estudo.

5 | CONCLUSÃO

Diante do exposto conclui-se que o serviço de acolhimento às gestantes com HIV na maternidade-caso é frágil. A adequação desse serviço às recomendações do Ministério da Saúde passa pela necessidade de mais profissionais para a composição multiprofissional da equipe (inclusão de psicólogos e assistentes sociais); otimização de medidas de planejamento/plano de atualização permanente quanto HIV/Aids na gestação e prevenção da TVHIV; adequações na estrutura física do Setor de Acolhimento para um atendimento confortável, privativo e sigiloso; construção e adequação do protocolo de normas e condutas para a prevenção e profilaxia da TVHIV, para auxiliar os profissionais de saúde na tomada de decisão quanto o manejo da gestante soropositiva. A implementação dessas medidas contribuirá para o aprimoramento do processo de trabalho da equipe de saúde, visando atenção integral, humanizada e efetiva no acolhimento das gestantes.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. L. F.; LINS, S.; BASTOS, V. D. O teste rápido para HIV em Maternidades: visão dos profissionais de saúde. **DST - Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 71-77, 2009.
- ARAÚJO, M. A. L. O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com HIV/AIDS em Fortaleza, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 3, p. 710-721, jul./set. 2011.
- BALDASSO EKF. **Avaliação da testagem rápida para o HIV em parturientes de uma maternidade pública de Dourados, Mato Grosso do Sul**. 2010. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Programas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Unidade de Prevenção. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Brasília, 2003. p. 11-42 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_19.pdf. Acesso em: 15 mai. 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humana-SUS acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf. Acesso em: 05 mar. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Política de Educação Permanente em Saúde e Capacitação do Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS Diretrizes e Procedimentos Básicos**. Brasília; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento_dst_aids.pdf. Acesso em: 23 mar. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf Acesso em: 28 set. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico: gestação de alto risco**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alt_risco.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2010/recomendacoes-para-profilaxia-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-terapia-antirretroviral-em> Acesso em: 02 set. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispões sobre a realização de testes rápidos**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/regulamentacao-de-testes>. Acesso em: 23 abr. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST,

Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf. Acesso em: 19 mai. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>. Acesso em: 07 jun. 2019.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 207-217, Mar-Abr. 2000.

DIAS MAB. **Humanização da assistência ao parto: Conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

FARIAS, J. P. Q; FRANCO, A.; SANTOS, K. P.; DOURADO, I.; GALVÃO-CASTRO, B. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitudes dos obstetras em Salvador, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 135-41, mar. 2008.

FONSECA, P. L. **O aconselhamento em DST/AIDS às gestantes que realizaram o anti-hiv na admissão para o parto: os sentidos de uma prática**. 2010. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; Salvador, 2010.

SÁ-CHAVES, I. **Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas de formação de professores e de outros profissionais**. Aveiro: UA Editora, Ed. 1^a, 2011. 183 p.

SILVA, L. R. **Epidemiologia da infecção pelo HIV/AIDS em mulheres atendidas em hospitais de referência de Goiânia-Goiás: uso de técnica de relacionamento de bases de dados**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2011.

SOUZA, S. R. **Transmissão vertical do HIV, no estado de São Paulo, Brasil: a perspectiva das mulheres**. 2011. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SZWARCWALD, C.L.; SOUZA JUNIOR, P.; BARBOSA JUNIOR, A.; CARVALHO, M. F. C.; CASTILHO, E. A. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo – Sentinela Parturiente, Brasil 2002. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 764 -772, dez. 2004.

UNAIDS. **The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**. Genebra, 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf. Acesso em: 05 nov. 2013.

VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O. Redução da transmissão vertical do HIV: Desafio para a assistência de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 41-46, abr. 2000.

VERGARA, T. R. C.; BARROSO, P. F. **Transmissão sexual do HIV**. 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/transmissao-sexual-do-hiv2007>. Acesso em: 29 mar. 2014.

VERMELHO, L. L.; SILVA, L. P.; COSTA, A. J. L. **Epidemiologia da Transmissão Vertical do HIV no Brasil 2006**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/epidemiologia-da-transmissao-vertical-do-hiv-no-brasil>. Acesso em: 15 jun. 2013.

USOS CONTRASTANTES DE PLANTAS MEDICINAIS POR JOVENS E IDOSOS NO CONTROLE DE DISTÚRBIOS NERVOSOS

Wesley Rick Cordeiro de Lima

Graduando do curso de Farmácia pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca (UNIFAVIPIWYDEN), Caruaru- PE

Maria Clara Inácio de Sá

Graduanda do curso de Farmácia pelo Centro de Ensino Superior do Vale do São Francisco (CESVASF), Belém de São Francisco - PE

Carla Caroline Gonçalves do Nascimento

Graduanda do curso de Farmácia pelo Centro de Ensino Superior do Vale do São Francisco (CESVASF), Belém de São Francisco - PE

Leonidas Lima da Silva Filho

Graduando do curso de Farmácia pelo Centro de Ensino Superior do Vale do São Francisco (CESVASF), Belém de São Francisco - PE

Tarcio Correia de Campos

Graduando do curso de Farmácia pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca (UNIFAVIPIWYDEN), Caruaru- PE

Tatiane Gomes Calaça Menezes

Doutora em Biologia Vegetal - UFPE e Docente no Centro de Ensino Superior do Vale do São Francisco (CESVASF), Belém de São Francisco - PE

Lidiany da Paixão Siqueira

Doutora em Ciências Farmacêuticas - UFPE e Docente no Centro Universitário do Vale do Ipojuca (UNIFAVIPIWYDEN), Caruaru- PE

RESUMO: Os problemas psicológicos

afetam milhões de pessoas. Mudanças no comportamento, alteração no humor, na memória, nos sentidos e movimentos podem interferir no âmbito social do indivíduo acometido por este tipo de doença. Dentre as plantas que são destinadas a atuar no controle destes eventos com ação calmante, se destacam o maracujá, erva cidreira, sálvia, camomila e a Melissa. Tratando-se dos métodos utilizados na pesquisa, optamos pela entrevista com os participantes, que foi realizada no município de Belém do São Francisco, onde foram selecionados 40 participantes, 20 idosos e 20 estudantes, para colaborar com a pesquisa respondendo a um questionário com perguntas objetivas e subjetivas. A partir dos dados colhidos podemos perceber o declínio do uso de plantas medicinais por parte dos jovens, muitos são acometidos por problemas psicológicos, porém não utilizam uma terapia "natural".

PALAVRAS-CHAVE: distúrbios; ansiedade; plantas.

**CONTRASTING USES OF MEDICAL PLANTS
BY YOUNG AND ELDERLY IN THE CONTROL
OF NERVOUS DISORDERS**

ABSTRACT: Psychological problems affect millions of people. Changes in behavior, changes in mood, memory, senses and movement may interfere in the social environment of the

individual affected by this type of disease. Among the plants that are requesting are the calendas, such as passion fruit, lemon balm, sage, chamomile and Melissa. The selection process of the research was based on participants interview, which was carried out in the city of Belém do São Francisco, where 40 participants, 20 seniors and 20 students were selected to collaborate with the research, responding to a questionnaire with objective questions and subjective. From the data collected we can see a low in the number of students that use of medicinal plants, in which are caused by some psychological problems, but do not use none "natural" therapy.

KEYWORDS: disorders; anxiety; calming plants.

1 | INTRODUÇÃO

As plantas medicinais remontam da antiguidade, sendo usadas para fins de prevenção, cura e tratamento de patologias. A Organização Mundial da Saúde divulgou um dado nos anos de 1960, no qual 60 a 80% da população fazia uso das plantas medicinais como principal meio ao tratamento de doenças (AKERELE, 1993). As plantas medicinais lideram como preferência dentre as formas de tratamento, tendo uma aceitação positiva dos pacientes a nível mundial (ALVES, et al., 2002).

Após alguns declínios nas décadas de 40 e 50, o uso das plantas medicinais está voltando aos hábitos da população, devido ao difícil acesso aos fármacos industrializados e aos altos efeitos colaterais produzidos por estes (BRAGANÇA, 1996).

Para que os conhecimentos sobre das plantas medicinais seja transmitido é essencial o contato de jovem com uma pessoa mais velha, para que a perpetuação de conhecimento seja efetiva. Essa transmissão de conhecimento era bastante encontrada em populações rurais e indígenas, sendo atualmente pouco percebida (BRASILEIRO et al., 2008; AMOROZO et al., 1996).

O uso do método por meio de plantas e sua aceitação têm um nível significativo como alternativa nos EUA, em estudos sobre a variação quanto a periodicidade da utilização das plantas medicinais observou-se assimetria, onde as pessoas optavam utilizar as plantas em casos de ansiedade (EISENBERG et al., 1993; ASTIN, 1998; EISENBERG et al., 1998; UNÜTZER et al., 2000; FAUSTINO et al., 2010).

Os problemas psicológicos afetam milhões de pessoas. Mudanças no comportamento, alteração no humor, na memória, nos sentidos e movimentos podem interferir no âmbito social do indivíduo acometido por este tipo de doença (FERREIRA, 2010). Vários são os distúrbios caracterizados como ansiedade, dentre eles, os que são facilmente encontrados como doenças da mente são: ansiedade generalizada, distúrbios do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobias e estresse pós-traumático, estando em expansão no mundo, passando a ser alvo de estudo pela psicofarmacologia (RABBANI et al., 2003).

O estilo de vida diário, convívio e imposição de terceiros, problematiza o

desenvolvimento positivo pessoal do indivíduo. O aumento dos horários de trabalho, como consequência o sedentarismo e a má alimentação, são propícias para desencadear eventos de estresse, ansiedade e insônia (BORGES et al., 2002; LIPP, 2003).

Dentre as plantas que são destinadas a atuar no controle destes eventos como calmante, as que se destacam é o maracujá, a erva-cidreira, camomila e a melissa. A utilização do maracujá se dá através das suas folhas secas. Ainda não se sabe qual metabólito especial caracteriza a atividade calmante desta planta, alguns autores afirmam que seja através dos flavonoides. Além disso, existem diversas espécies da família *Passiflora* encontradas no Brasil, porém a *P. edulis* é a mais cultivada (BRITTO et al., 2007). Além da atividade calmante, a camomila possui diversas propriedades farmacológicas, o que faz esta planta ser bastante utilizada; geralmente, para o emprego do chá a parte escolhida da planta é a folha. A melissa possui uma grande utilização em distúrbios gastrintestinais, além da sua atividade calmante (SIMÕES et al., 2016).

O objetivo geral deste trabalho é identificar as plantas medicinais usadas por jovens e idosos no tratamento da ansiedade e de distúrbios nervosos.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

As etapas da pesquisa foram realizadas no município de Belém do São Francisco, localizado no sertão de Pernambuco estando a 500 km da capital. O município conta com uma população de 20.253 habitantes de acordo com o IBGE (2015).

O público alvo desta pesquisa são os idosos e alunos do curso de Farmácia do Centro de Ensino Superior do Vale do São Francisco (CESVASF). Os idosos possuem conhecimento popular no quesito de plantas medicinais e os graduandos possuem um conhecimento acadêmico-científico. A pesquisa foi mediada através de um questionário com perguntas objetivas e subjetivas, sendo aplicado no pátio da feira do município e na instituição de ensino, nos dias 23 e 25 de maio de 2019.

Foram entrevistados 20 idosos e 20 estudantes, no qual os dados colhidos serão comparados a fim de averiguar a frequência do uso em ambas das idades, bem como o conhecimento sobre plantas medicinais e seu uso. Sendo este trabalho uma pesquisa de campo, quantitativa descritiva, e o seu propósito consiste em abordar o uso das plantas medicinais no controle da ansiedade e dos distúrbios nervosos.

A análise dos dados foi feita através da ferramenta Excel, onde aos dados foram tratados e obtidos gráficos para demonstrar os resultados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas realizadas foram de suma importância para obtenção dos dados.

A análise dos resultados evidenciou algumas informações sobre o uso das plantas medicinais calmantes, como a frequência, dosagem e plantas que mais possuíam eficácia, segundo os entrevistados.

A seguir os gráficos apresentam os resultados colhidos e suas respectivas discussões.

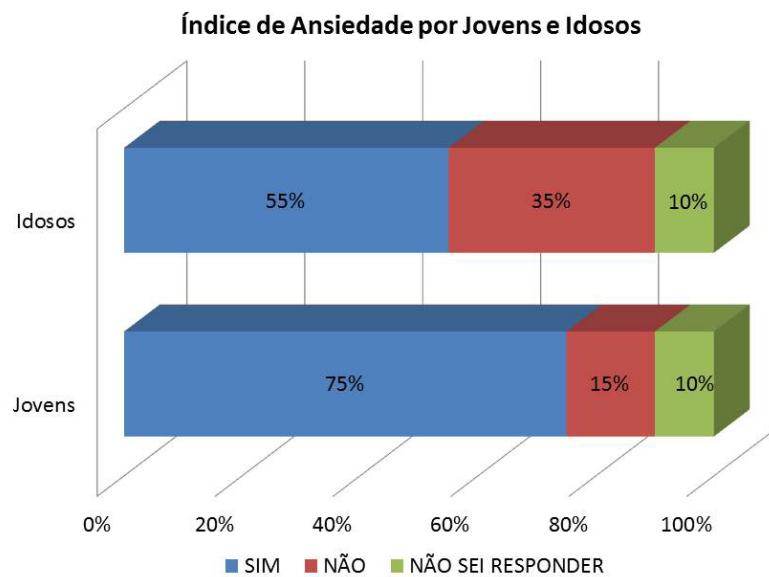


Figura 1. Gráfico sobre índice de ansiedade

Entre os entrevistados, os jovens apresentaram o maior índice de ansiedade, sendo 75%. Alguns afirmaram que não sofriam de ansiedade (35%) e outros que não sabiam responder. Já os idosos, 55% afirmaram sofrer de ansiedade, 35% relataram que não sofrem e o restante, 10%, não souberam responder. Na adolescência, a ansiedade é prevalente devido a questões culturais e econômicas, sendo um novo fator desencadeante a tecnologia, que tem contribuído diretamente para o desenvolvimento deste tipo de doença. Além disso, o jovem está predisposto a mudanças psicológicas, vivendo realidades com desafios no âmbito acadêmico, social e pessoal (MARTINS et al. 2016). Em idosos, as doenças psiquiátricas que mais são frequentes, são a ansiedade e a depressão (MARTINS et al. 2016; COSTA et al., 2017). A principal causa de ansiedade e ou estresse nos idosos está direcionada a limitação diária, causando um impacto na vida do idoso levando-o a desacreditar em si mesmo. Quando um idoso não consegue realizar as atividades há um sentimento de desesperança, e com o passar do tempo essa instabilidade emocional conduzem a ansiedade (COSTA et al., 2017; MENTA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2006).

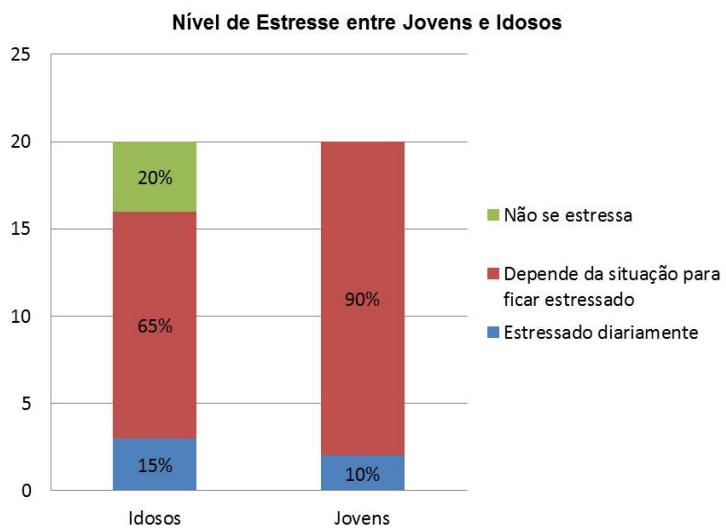


Figura 2. Gráfico sobre o nível de estresse entre jovens e idosos

Dentre os entrevistados, 90% dos jovens relataram depender de alguma situação para ficar estressado e o restante (10%) afirmou serem estressados diariamente. Já os idosos, uma parcela de 20% relatou não ter estresse, 65% dependendo da situação e 15% se consideram estressados diariamente. Os idosos tendem a ser mais estressados devido a situações irreversíveis, como a morte de um ente querido ou a perda da sua motilidade. Alguns estudos relatam que idosos sofrem menos aborrecimentos diários que os jovens. Porém, estes estresses tentam a afetar negativamente a vida dos idosos que as dos jovens, devido à posição que eles se encontram (COES, 1991; SKINNER et al., 1985). Devido à pressão acadêmica os jovens tendem a desenvolver distúrbios psiquiátricos no meio universitário, por diversos fatores, como: cobrança dos professores, realização das atividades diárias, emprego, que podem interferir diretamente no desempenho estudantil (FERNANDEZ et al., 1995; FORTES-BURGOS et al., 2008).

Os gráficos abaixo mostram o índice de uso de plantas calmantes por jovens e idosos.

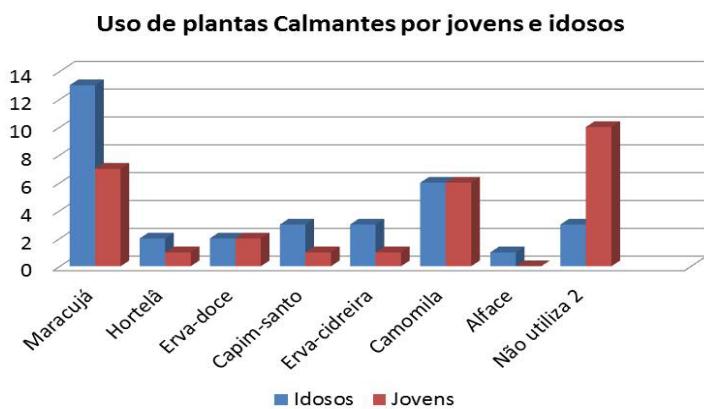


Figura 3. Gráfico sobre o uso de plantas calmantes entre jovens e idosos

O uso de plantas medicinais por idosos é mais frequente que os jovens. Os idosos relataram o uso de diversas plantas medicinais, como o maracujá, erva-doce, camomila, erva-cidreira, hortelã, capim-santo, alface e poucos são os que não utilizam plantas calmantes. Já uma parcela dos jovens, afirmaram não utilizar plantas medicinais, e o restante utilizam algumas plantas como o maracujá, erva doce, camomila, erva-cidreira, entre outros. Pelo que foi observado, o uso de plantas medicinais pelos idosos é mais constante, visto que são as pessoas mais experientes de uma família. A transmissão do conhecimento se dá através das boas conversas entre os mais velhos e jovens, porém este costume está em declínio, os jovens não possuem o mesmo interesse de antes em aprender com seus antepassados e transmitir o conhecimento (ALDWIN, 2007; TORQUATO et al., 2015).

Quando questionados sobre a dosagem, quais partes da planta utilizam, modo de preparo, duração do tratamento, os entrevistados relataram o uso da casca, semente, flor e folhas das plantas, e também a polpa, no caso do maracujá. Sobre o preparo muitos afirmaram utilizar através do chá e suco. Quanto à dosagem, afirmaram utilizar uma xícara, duas, ou um copo no caso do suco do maracujá. Além disso, em relação a frequência relataram poucas vezes ao dia, ou semanalmente, ou até quinzenalmente. Em um estudo etnodirigido, conduzido por Ceolin et al. (2009), os agricultores relataram o uso da camomila, sendo a mais citada e utilizada através de infusão, capim cidreira, maracujá e alface como plantas calmantes.

Ranking das plantas Medicinais com maior eficácia

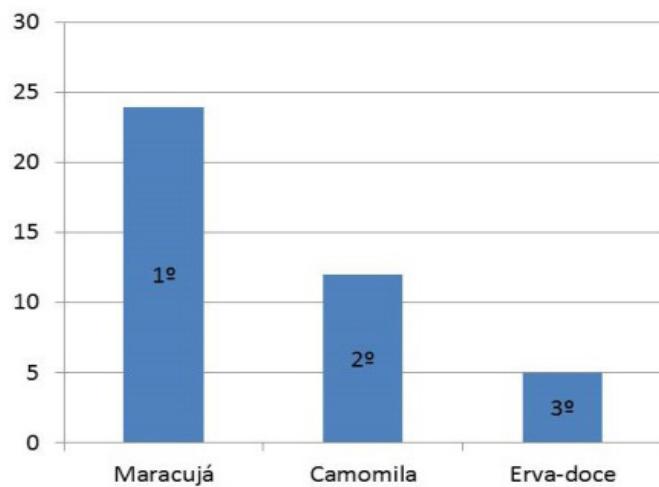


Figura 4. Ranking das plantas medicinais com maior eficácia

No quesito eficácia o maracujá ficou em primeiro lugar, de acordo com os entrevistados. A camomila em segundo e a erva-doce em terceiro. Existem diversas espécies de Maracujá que possuem atividade calmante, como a *Passiflora actinia*, *Passiflora alata*, que são utilizadas pelas folhas, *Passiflora edulis*, pelo fruto, *Passiflora glandulares* pela raiz, dentre outras. Os principais metabolitos encontrados nas

espécies Passiflora são: glicosídeos, alcalóides, compostos fenólicos e componentes cianogênicos (CARVALHO et al., 2015).

Em uma pesquisa realizada por Vaniniet.al. (2008) os entrevistados relataram o uso da camomila pelo seu efeito calmante, sendo preparado através de infusão e indicado para adultos. A sua atividade calmante está relacionada ao flavonoide apigenina, o qual é responsável por ligar-se aos receptores GABA-A. Esse efeito é semelhante aos benzodiazepínicos, porém em intensidades distintas. Diferente desta classe de medicamentos, a camomila não causa depressão ao sistema nervoso (LORENZI et al., 2002; ALONSO, 2004).

A erva doce foi relatada na pesquisa de Taufner, Ferraço & Ribeiro (2006) como uma planta calmante. Sua utilização, através do estudo, ocorre pelas folhas ou ramos.

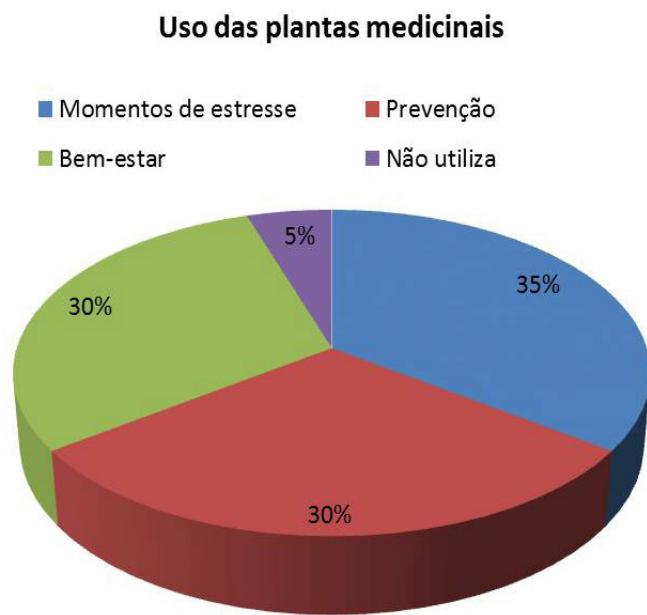


Figura 5. Gráfico sobre o uso de plantas medicinais calmantes

Dentre os entrevistados, 30% afirmaram utilizar plantas calmantes com o intuito de prevenção, 35% apenas em momento de estresse, 30% por bem-estar e 5% não utiliza de nenhuma forma. Em uma pesquisa etnodirigida, conduzida por Mosca e Loiola (2009), sobre o uso das plantas medicinais, 21,66% dos entrevistados afirmaram utilizar como forma de tratamento e assim com frequência, 36,6% relatou o uso alguma vez, 28,33% utiliza, porém não existe tempo mínimo e 13,33% não fazem o uso dessas plantas com fim terapêutico.

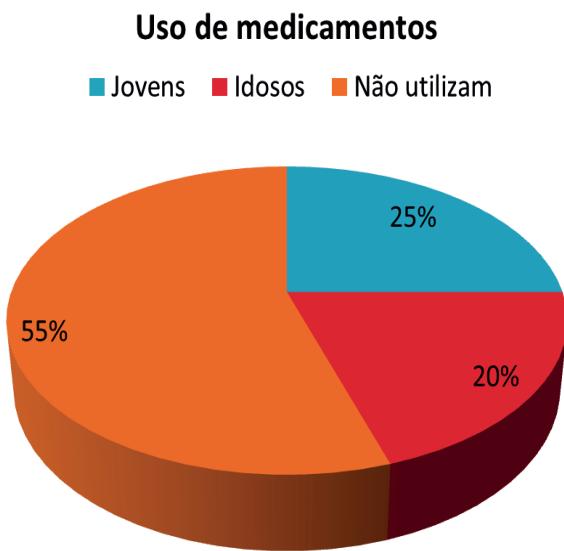


Figura 6. Gráfico sobre o uso de medicamentos

Em relação ao uso de medicamentos com fim calmante, 25% dos jovens fazem uso, entre os idosos apenas 20% e o restante, ou seja, 55% dos entrevistados não fazem uso de medicamentos psicotrópicos. Dentre os que utilizam medicamentos com a finalidade ansiolítica, os citados foram: Amitril, Passiflora incarnata, Sertralina, Valeriana Officinalis, Fluoxetina, Rivotril e Alprazolam. Apesar dos idosos possuírem um índice maior no uso de fármacos psicotrópicos, estes utilizam a planta como uma alternativa a terapêutica medicamentosa, o que não ocorre aos jovens, onde estes optam apenas pelo medicamento alopático. O crescente uso de medicamentos psicotrópicos está direcionado a diversos fatores, como o uso por conta própria do indivíduo, propagandas excessivas pela indústria farmacêutica, envelhecimento da população, estresse cotidiano, rotina, situações marcantes, excesso de preocupações, o que desencadeia quadros de tolerância e dependência (PEREIRA, 2008; SALAMON, 1992).

Dentre as pessoas que utilizavam medicamentos, nenhuma relatou o desenvolvimento de interações e efeitos colaterais entre a planta o fármaco. As plantas quando usadas em concentrações e doses erradas podem acarretar danos à saúde. O Brasil registra diversos casos de intoxicação e reações adversas por plantas anualmente (TAUFNER et al., 2006; MOSCA et al., 2009). A grande problemática que abrange este assunto é o desconhecimento das propriedades químicas que compõem uma planta ou um medicamento fitoterápico (LEIRA PEREIRA et al., 2012; NOTO et al., 2002).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise sobre o uso de plantas medicinais em controle a ansiedade e distúrbios nervosos, tendo como

principal foco a comparação do uso destas pelas jovens e idosos.

A partir dos dados colhidos podemos afirmar que os idosos fazem mais uso que os jovens, devido ao seu maior conhecimento das propriedades da planta, através do conhecimento popular, bastante forte entre os idosos e que já não é tão observado nas novas gerações. Uma vez que os idosos cresceram em contato com seus familiares, vindo de uma cultura diferente, onde era priorizado o uso das plantas como forma de tratamento, tendo a hereditariedade de conhecimentos. Diferente dos jovens que não possuem o mesmo interesse ou curiosidade na aprendizagem, pela facilidade do acesso aos medicamentos e por achar que as plantas não possuem eficácia, como os fármacos alopáticos.

Os jovens prevaleceram no quesito de ansiedade, no qual eles utilizam mais medicamentos que plantas para fim terapêutico. Assim, concluímos que a falta de conhecimento ou discriminação acarreta a não utilização das plantas como forma de terapia, sendo os idosos mais beneficiados por não recorrerem a medicamentos alopáticos como primeira escolha.

REFERÊNCIAS

- AKERELE, Olubanke. **Summary of WHO guidelines for the assessment of herbal medicines.** Herbal Gram, v. 28, n. 13, p. 13-19, 1993.
- ALDWIN, Carolyn M. Stress, coping, and development: An integrative perspective. Guilford Press, 2007.
- ALONSO, Jorge. **Tratado de fitofármacos y nutracéuticos.** 2004.
- ALVES, Décio Luis; SILVA, Célia Regina da. **Fitohormônios: abordagem natural da terapia hormonal.** In: Fitohormônios: abordagem natural da terapia hormonal. 2002.
- AMOROZO, MC de M. et al. **A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais.** Plantas medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: UNESP, p. 47-68, 1996.
- ASTIN, John A. **Why patients use alternative medicine: results of a national study.** Jama, v. 279, n. 19, p. 1548-1553, 1998
- BRAGANÇA, L. A. R. **Plantas medicinais antidiabéticas: uma abordagem multidisciplinar.** Niterói: EDUFF, v. 278, 1996.
- BORGES, Livia Oliveira et al. **A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários.** Psicologia: reflexão e crítica, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.
- BRASILEIRO, Beatriz Gonçalves et al. **Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família",** Governador Valadares, MG, Brasil. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v. 44, n. 4, p. 629-636, 2008.
- BRITTO, Vilma Lúcia M. Quirino et al. **Plantas medicinais e fitoterápicos no contexto da academia, governo e organizações da sociedade civil: exemplos de iniciativas populares no município de Uberlândia-MG.** Revista de Educação Popular, v. 6, n. 1, 2007.

CARVALHO, Tatyelle Bezerra et al. **Papel dos Idosos no Contexto do Uso de Plantas Medicinais: Contribuições à Medicina Tradicional.** Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 19, n. 1, 2015.

COES, Maria do Carmo Rabelo. **Ansiedade: uma avaliação quantitativa de seus efeitos negativos sobre o desempenho no vestibular.** Psicol. teor. pesqui, v. 7, n. 2, p. 137-47, 1991.

COSTA, Kercia Mirely Vieira et al. **Ansiedade em universitários na área da saúde.** In: II Congresso Brasileiro das Ciências da saúde. 2017.

EISENBERG, David M. et al. **Unconventional medicine in the United States--prevalence, costs, and patterns of use.** New England journal of medicine, v. 328, n. 4, p. 246-252, 1993.

EISENBERG, David M. et al. **Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey.** Jama, v. 280, n. 18, p. 1569-1575, 1998.

FAUSTINO, Thalita Thais; ALMEIDA, Rodrigo Batista de; ANDREATINI, Roberto. **Plantas medicinais no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão dos estudos clínicos controlados.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 32, n. 4, p. 429-436, 2010.

FERNANDEZ, Francisco et al. **The management of depression and anxiety in the elderly.** The Journal of clinical psychiatry, 1995.

FERREIRA, Filipe Galvão. **Avaliação das atividades ansiolítica e antidepressiva dos óleos essenciais de Mentha piperita L. e Cananga odorata (Lam.) Hook. f. & Thomson em camundongos, por via inalatória.** 2010.

FORTES-BURGOS, Andréa Cristina Garofe; NERI, Anita Liberaless. **Estresse no desenvolvimento adulto e na velhice: uma revisão.** Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 5, n. 1, 2008.

LEIRA PEREIRA, Leonardo Régis; FREITAS, Osvaldo; QUEIROZ NETTO, Maira Umezaki. **Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP.** Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, v. 33, n. 1, p. 77-81, 2012.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria a aplicações clínicas.** In: Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria a aplicações clínicas. 2003.

LORENZI, Harri; MATOS, Francisco J. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas.** 2002.

MARTINS, Monik Compagnoni; GARLET, Tânea Maria Bisognin. **Desenvolvendo e divulgando o conhecimento sobre plantas medicinais.** Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental, v. 20, n. 1, p. 438-448, 2016.

MENTA, Caroline et al. **Prevalência de transtorno de ansiedade generalizada em idosos atendidos pela estratégia saúde da família do município de Porto Alegre.** 2014.

MOSCA, VANESSA PEREIRA; LOIOLA, MARIA IRACEMA BEZERRA. **Uso popular de plantas medicinais no Rio Grande do Norte, nordeste do Brasil.** Revista Caatinga, v. 22, n. 4, p. 225-234, 2009.

NOTO, A. R. et al. **Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo.** Rev Bras Psiquiatr, v. 24, n. 2, p. 68-73, 2002.

OLIVEIRA, Katya Luciane de et al. **Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos.** Psicologia em Estudo, 2006.

PEREIRA, Neila de Paula. **Estudo fitoquímico do óleo da semente de [Camomilla recutita (L.) Rauschert] camomila, com avaliação de propriedades físico-químicas, biológicas e funcionais em emulsões.** 2008.

RABBANI, M.; SAJJADI, S. E.; ZAREI, H. R. **Anxiolytic effects of Stachys lavandulifolia Vahl on the elevated plus-maze model of anxiety in mice.** Journal of ethnopharmacology, v. 89, n. 2-3, p. 271-276, 2003.

SALAMON, Ivan. **Chamomile: a medicinal plant. The Herb, spice and medicinal plant digest,** 1992.

SIMÕES, Cláudia Maria Oliveira et al. **Farmacognosia: do produto natural ao medicamento.** Artmed Editora, 2016.

SKINNER, Burrhus Frederic; VAUGHAN, Margaret E. **Viva bem a velhice.** Grupo Editorial Summus, 1985.

TAUFNER, Caroline F.; FERRAÇO, Eliane B.; RIBEIRO, Luci F. **Uso de plantas medicinais como alternativa fitoterápica nas unidades de saúde pública de Santa Teresa e Marilândia,** ES3. 2006.

TORQUATO, Jamili Anbar et al. **Avaliação do estresse em estudantes universitários.** InterSciencePlace, v. 1, n. 14, 2015. LORENZI, Harri; MATOS, Francisco J. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas.** 2002.

UNÜTZER, Jürgen et al. **Mental disorders and the use of alternative medicine: results from a national survey.** American Journal of Psychiatry, v. 157, n. 11, p. 1851-1857, 2000.

POTENCIALIDADES & LIMITAÇÕES DA/O ATUAÇÃO DA/O PSICÓLOGA/O NO NASF-AB: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Taís Nogueira Gomes

Faculdade de Tecnologia e Ciências
Jequié-BA

Juliane dos Santos Almeida

Faculdade de Tecnologia e Ciências
Jequié-BA

Angélica da Silva Calefano

Faculdade de Tecnologia e Ciências
Jequié-BA

Isadora Lucena Andrade

Faculdade de Tecnologia e Ciências
Jequié-BA

oportunas para nortear sobre a atuação desse profissional em novos cenários da Atenção Primária em Saúde. Ademais, como potencial da pesquisa aponta-se a contribuição para as mudanças no trabalho como compromisso permanente e contemplativo para que assim se fortaleça as práticas do apoio matricial entre os profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica; Núcleo de Apoio de Saúde da Família; Atuação do psicólogo.

POTENTIALITIES & LIMITATIONS OF THE PSYCHOLOGIST'S PERFORMANCE AT NASF-AB: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: This article describes the author's experience as a Psychology intern at an Extended Family Health and Primary Care Center (NASF-AB), in a small municipality in the interior of Bahia. We sought to understand the performance of psychology in this service, from an analysis of the work process of teams with Primary Care. Therefore, it aims to discuss about the potentialities and limitations of praxis in this device, as well as the articulation of the network in a transversal practice in the context of health care, from the perspective of the expanded clinic. It was noticed that the difficulties in the articulation of the network become obstacles to be faced, which results in opportune reflections

RESUMO: O presente artigo busca descrever a experiência da autora enquanto estagiária de Psicologia em um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em um município de pequeno porte no interior da Bahia. Buscou-se compreender a atuação da psicologia neste serviço, a partir de uma análise do processo de trabalho das equipes junto a Atenção Básica. Para tanto, tem por objetivo discutir sobre as potencialidades e limitações da práxis nesse dispositivo, bem como a articulação de rede em uma prática transversal no contexto do cuidado à saúde, sob a perspectiva da clínica ampliada. Percebeu-se que, as dificuldades existentes na articulação da rede, tornam-se obstáculos a serem enfrentados, o que resulta em reflexões

to guide the performance of this professional in new scenarios of Primary Health Care. Moreover, as research potential points out The contribution to changes in work is a permanent and contemplative commitment to strengthen the practices of matrix support among professionals.

KEYWORDS: Primary Care; Family Health Support Center; Psychologist's performance.

1 | INTRODUÇÃO

A entrada da Psicologia no campo da saúde respectivamente no âmbito das políticas públicas apresenta ferramentas e formas de organização de trabalho inovadoras. Assim é que, a Psicologia compartilha do seu saber com outros profissionais para o serviço na comunidade, participando desde as primeiras experiências de matriciamento sobre os cuidados as pessoas que vivenciam o sofrimento mental e seus familiares (BARROS et al., 2018).

Hoje, seu papel tornou-se ampliado, passando a incluir atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis, realizada em distintos e variados contextos, em função das circunstâncias concretas da população a que deve atender (BARROS et al., 2018).

Mesmo havendo o reconhecimento da inserção do profissional de Psicologia na saúde pública, a realização deste trabalho na maioria das vezes limita-se perante os preconceitos que caracterizam a sua função para atuar somente no contexto dos transtornos mentais e a atividade clínica individual. Cabe aos psicólogos nesse contexto, desempenhar o seu papel fazendo-se compreender, tanto para os demais profissionais como para a população, o conjunto de contribuições científicas e educativas que sua atuação proporciona, mantém e promove à saúde (CINTRA; BERNARDO, 2017).

A atuação da/o psicóloga/o na Atenção Básica (AB) mais especificamente o trabalho realizado no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), implica em alguns questionamentos sobre o papel exercido por esses profissionais e a forma de lidar com os desafios encontrados, bem como o funcionamento desse dispositivo e as contribuições da/o psicóloga/o nesse setor.

Diante do exposto, emerge a seguinte a questão norteadora deste trabalho: Quais as limitações e potencialidades da atuação da/o psicóloga/o no NASF-AB? Dessa forma, tem como objetivo através de um relato de experiência discutir sobre as potencialidades e limitações da práxis nesse dispositivo, bem como a articulação da rede em uma prática transversal no contexto do cuidado à saúde, sob a perspectiva da clínica ampliada. Para tanto, a revisão de literatura visa descrever a perspectiva histórica da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) os seus princípios, diretrizes e níveis de organização; discutir sobre pressuposto teórico-conceitual do NASF-AB; e analisar a Política Nacional de Humanização na perspectiva da Clínica Ampliada.

Deste modo, justifica-se pela necessidade de problematizar e questionar acerca da atuação da psicologia fora do campo da clínica clássica e privada. Ademais, atribui relevo ao fato de que relatos de experiências assim como o presente trabalho proporciona reflexão acerca de novas possibilidades de atuação da/o psicóloga/o em espaços diversos e suas peculiaridades territoriais.

2 | PRINCÍPIOS & DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O SUS é considerado uma das maiores conquistas sociais e seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização. Desse modo, suas ações estão voltadas para a prevenção, recuperação e promoção de saúde, considerando seus níveis de organização pautados em seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2000; PAIM, 2018).

Nesse sentido, o SUS adota a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde como princípios finalísticos, ou seja, a base de ideais a serem alcançados para o acesso universal da população em serviços que garantam a sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Quanto aos princípios estratégicos, se assume aqueles que fazem referência a diretrizes políticas, apontando para a estrutura em que o sistema deve ser construído e institucionalizado, tais como a Descentralização, Regionalização, Hierarquização e a Participação Social (TEIXEIRA, 2011).

Perante o exposto, o princípio da Universalidade consiste na garantia de Atenção à Saúde, através da prestação de serviços e ações como direito de todos e dever do Poder Público, visto que anterior a instituição do SUS esse acesso era restrito a contribuintes da Previdência Social. O princípio da Equidade subsiste a noção de justiça social tendo em vista assegurar ações e serviços que admitam o atendimento aos diferentes níveis de complexidade do sistema para todos, priorizando aqueles que mais necessitam para assim poder alcançar a paridade. Já, o princípio da Integralidade faz menção a oferta de atendimentos e serviços integrais, visando não somente a recuperação (cura), mas também a promoção e a proteção da saúde (prevenção) (MENDES; VASCONCELLOS, 2015).

Ademais, no que tange as diretrizes organizativas a Descentralização é entendida como a redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo; a Regionalização leva em conta a divisão político-administrativa do país com o objetivo da distribuição racional e eficiente dos recursos entre as regiões, delimitando a base territorial para este sistema; e a Hierarquização refere-se à organização em níveis de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o usuário deve entrar no sistema por meio da atenção primária e se houver necessidade esse deve ser encaminhado a um centro de maior

complexidade (TEIXEIRA, 2011).

Além disso, têm-se a Participação Social enquanto diretriz organizativa, como o principal mecanismo da população na formulação das políticas de saúde e no controle de sua execução, e se dá por meio dos conselhos de saúde (nacional, estadual e municipal), entidades com representação paritária entre usuários e governo, profissionais e prestadores de serviço em saúde e das Conferências de Saúde (BRASIL, 2014).

Portanto, o SUS designa aos profissionais de saúde o desafio da efetivação de seus princípios doutrinários e organizativos no processo cotidiano de trabalho tendo como missão a concretização desses ideais. Para tanto, faz-se necessário conselhos de saúde em todos os estados e municípios para fiscalizar a aplicação dos recursos públicos e esses conselhos devem ser compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, gestores e profissionais de saúde (MAZZUCCO; VIEIRA, 2016).

3 | O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)

O Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Ampliado por meio da portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes para a sua organização, constituindo-se enquanto Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017).

Surge devido à necessidade do suporte às Estratégias de Saúde da Família - (ESF), sendo uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar e ampliar a consolidação da Atenção Básica (AB) no Brasil, expandindo não apenas as possibilidades de cuidado à saúde na rede de serviços, mas também a resolutividade, abrangência, e o alvo das ações (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017).

O NASF-AB não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às ESFs, sendo um núcleo constituído por uma equipe multiprofissional, de diferentes áreas de conhecimento. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as ESFs, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das ocupações. Atuam associadamente as ESFs e AB compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios (PERRELLA, 2015).

Conforme a Portaria MS/GM nº 256, de 11/03/2013, o Núcleo pode ser composto por um quadro de profissionais como Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico ginecologista/obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista;

Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico geriatra; Médico internista (clínica médica), Médico do trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública/coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2009, 2014).

Instituído por meio da Portaria MS/GM nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, o NASF-AB organiza-se em três modalidades distintas e a escolha de cada uma delas implica à quantidade de ESF existentes no município. O NASF-AB 1, deve ser vinculado à 5 e 9 ESF, com carga horária de 200 horas semanais e cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h; o NASF-AB 2, à 3 e 4 ESF, com carga horária de 120 horas semanais e cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h; e o NASF-AB 3 à 1 e 2 ESF, com carga horária de 80 horas semanais e cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a produção do trabalho é realizada em conjunto, com planejamentos e discussões para que se definam as melhores estratégias a serem aplicadas, conforme as demandas apresentadas, e assim promover a saúde nos territórios inseridos. Isso implica a necessidade de estabelecer espaços rotineiros. Contudo, o NASF-AB não se constitui como um serviço com espaço físico independente, isso quer dizer que os profissionais do Núcleo utilizam-se do próprio espaço das Unidades Básicas de Saúde e do território adjunto para o desenvolvimento do seu trabalho (BRASIL, 2014).

Logo, para realização do trabalho inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, que abrangem tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica, ou ambas ao mesmo tempo, a saber: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenções no território e em outros espaços da comunidade para além das unidades de saúde, visitas domiciliares, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2014).

4 | POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DA CLÍNICA AMPLIADA

A proposta da Clínica Ampliada surge como uma das diretrizes da Política de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Em seu escopo, aposta na indissociabilidade entre atenção-gestão, clínica e política, produção de saúde e produção de subjetividade. E tem como objetivo o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção

e circulação de poder. Lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, direcionando estratégias e métodos de ações (BRASIL, 2013).

A execução da Clínica Ampliada é apoiada no vínculo, como maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional, e isso permite que o serviço de saúde acompanhe e identifique os resultados do trabalho de cada profissional, oferecendo no ato a cidadania pelo paciente e família. Fazendo com que seja capaz de lidar com a singularidade sem abrir mão da atenção às doenças e possibilidades de diagnóstico e intervenção (ROCHA, 2017).

Para tanto, a clínica ampliada propõe eixos fundamentais que englobam as discussões quanto à fragmentação do processo de trabalho, respectivamente ao compreender de maneira ampliada a concepção saúde-doença, buscando evitar abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico, tencionando os limites de cada matriz disciplinar. Sendo assim, busca a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; considerando o fazer compartilhado mais eficaz do que insistir em um enfoque pontual e individual (BRASIL, 2009).

A vista disso, Campos e Amaral (2007) postula que é preciso transformar a visão que se tem do sujeito e o uso das técnicas voltados à subjetividade, para que não haja reprodução de modelos cristalizados em novos contextos. Portanto, a proposta da clínica ampliada e compartilhada em síntese se refere também a possibilidade da comunicação transversal na equipe, depreendendo sobre a necessidade de escuta do outro por parte dos profissionais, facilitando assim o suporte aos profissionais da saúde no manejo do trabalho.

5 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, que consistiu em descrever a vivência enquanto discente do Curso de Psicologia de uma faculdade privada do interior da Bahia. A experiência ocorreu no decorrer do segundo semestre do ano de 2018 para aproveitamento da disciplina de Estágio Específico IV no décimo semestre do curso de Psicologia, no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em um município de pequeno porte no interior da Bahia, sob supervisão da docente da instituição com experiência de atuação na área.

A prática da vivência de campo foi desenvolvida em horários previamente estabelecidos junto à supervisora local em consonância com a supervisora institucional, iniciada no dia 20 de novembro de 2018 e finalizada no dia 05 de dezembro do mesmo ano totalizando a carga-horária de 120 horas, distribuídos em 60 horas de atividade de campo estratificados em 10 encontros semanais e 60 horas de supervisão. As supervisões ocorriam na instituição de ensino, com encontros

semanais com indicações de artigos científicos para leituras, discussões temáticas e orientações a respeito da Práxis nesse dispositivo de saúde. Destaca-se que as atividades realizadas consistiram na observação ativa de todos os processos de trabalho concernente a equipe NASF-AB a rede de Atenção a Saúde Local.

O NASF-AB destinado à experiência foi implantado no ano de 2012 e possui como modalidade, conforme a Portaria nº 3.124/2012, NASF-AB 1, composto por um quadro de profissionais como Psiquiatra, Psicóloga, Fisioterapeuta, Nutricionista, Enfermeira e Coordenador, cujas ocupações consiste nas necessidades de Saúde Locais com carga horária semanal de no mínimo 20h e no máximo 80h, desenvolvendo apoio a sete ESF.

6 | RESULTADO & DISCUSSÃO DA EXPERIÊNCIA

As diretrizes do NASF-AB determina que as equipes devam ser compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e que atuem em parceria às ESF. Nesse cenário, novas possibilidades de atuação da Psicologia emergiram, demandando atualização e reconfiguração de suas práticas com ações transversais na perspectiva da humanização do cuidado e da integralidade da assistência.

Desse modo, a atuação do psicólogo nesses núcleos, assim como dos outros profissionais componentes das equipes, se dá em meio às três frentes de trabalho já mencionadas anteriormente, como atendimento individual, visitas domiciliares e trabalhos coletivos com grupos. Sendo assim, no cenário da experiência pouco se verificou os trabalhos em coletivo, visto que, os atendimentos individuais aconteciam com maior frequência.

Nesta lógica, destaca-se que os atendimentos individuais realizados não se configuram como psicoterapia, uma vez que o contexto apresentado e proposto pelo NASF-AB não se adequa a essa modalidade de atendimento, trabalha-se então fazendo algumas pontuações ao usuário, intervindo com ações terapêuticas condizentes com a realidade do serviço (AZEVEDO; KIND, 2013), visando práticas de promoção da saúde.

Conforme corrobora Azevedo e Kind (2013), as potencialidades existentes nesse contexto, podem ser entendidas como um trabalho altamente enriquecedor, por se constituir um lugar de troca, o que possibilita adquirir novos conhecimentos e ampliar conceitos. No entanto, transformar as diretrizes dos documentos em ações práticas constitui-se principal desafio cotidiano para os profissionais do NASF-AB. Não obstante a realidade do serviço, possibilitou observar que apesar dos desafios, a profissional psicóloga desenvolveu um trabalho de educação em saúde voltado a compreensão da comunidade, e até dos próprios profissionais da equipe a respeito desse serviço, possibilitando assim o exercício da autonomia dos usuários e familiares e ampliação do conhecimento dos profissionais.

No que tange às limitações da atuação profissional nesse contexto, têm-se a precariedade da rede de serviços, manifestada desde as condições do ambiente de trabalho que correspondem aos aspectos materiais, como ausência de salas para atendimentos grupais e reuniões, até meios de locomoção para os profissionais se deslocarem na comunidade para realização das ações previstas. Reforçando isso, Aciole e Oliveira (2017), traz que a inexistência de recursos para realização dos atendimentos deriva em objeção para a concretização do trabalho.

Além do que, o trabalho interequipe e intersetorial perdura de certo modo desarticulado, o que dificulta ações focadas na interdisciplinaridade e transversalidade. Em decorrência disso, há resistência de alguns profissionais da ESF em pactuar ações com o NASF-AB (LANCMAN et al., 2013). Neste aspecto, notou-se que devido à carência da articulação da rede, muitos setores se faziam inertes em ajustar o compromisso de suas tarefas ofertadas a população. E isso se dava por motivo de acomodação de alguns funcionários efetivos e ainda por conflitos pessoais entre os mesmos.

Desse modo, dos setores existentes no município que mais demandavam apoio eram o CRAS, em razão de ações conjuntas em visitas domiciliares e trabalhos com o grupo de usuários do tabaco, e o Programa de Saúde na Escola (PSE) com contribuições para a formação integral de toda comunidade escolar.

Ainda assim, muitos profissionais de psicologia desses núcleos procuram estabelecer estratégias coletivas para enfrentar as dificuldades, como buscar coesão entre os membros da própria equipe, apoiando-se mutuamente no cotidiano do trabalho, pensando, articulando e promovendo atividades de reflexão sobre suas práticas (LANCMAN et al., 2013).

Conforme postula Benevides (2005) a psicologia e o sistema de saúde norteia-se com base em princípios como a Inseparabilidade que esclarece sobre a subjetividade como um processo coletivo, onde não se pode fazer uma separação das relações sociais que o sujeito possui; Autonomia e co-responsabilidade que implica o entendimento da produção de sujeitos autônomos e protagonistas de suas vidas; Transversalidade que defende a invenção realizada no entre saberes, ou seja, a contribuição para uma nova saúde possível. Portanto, a autora defende que as intervenções sejam feitas para além de enquadres de uma clínica clássica e individual.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no cenário atual de ocupação o número de profissionais Psicólogos que atuam nesse dispositivo no Brasil, chega a 4.575. O que representa uma quantidade numerosa considerando que o NASF-AB se constitui como uma política nova. Destarte demanda qualificação para uma atuação efetiva.

Como resultado da experiência, as atividades realizadas consistiram no acompanhamento de visitas domiciliares; auxílio nos processos de triagem com pacientes psiquiátricos; na participação em palestras; na Feira de Saúde para a comunidade e; na formação de profissionais da Educação Básica sobre psicopatologias.

As demandas recebidas pela psicóloga em suma, consistia em usuários em sofrimento mental e alguns casos na comunidade sobre violência doméstica. No entanto, os profissionais mais solicitados ao suporte eram a fisioterapeuta e nutricionista, e com menor frequência a assistente social e a psicóloga. Percebeu-se também a realização de interconsultas e consultas compartilhadas mais especificamente com a nutricionista e a psicóloga com o objetivo de pontuar alguns fatores pertinentes ao contexto de vida do usuário.

Sobre o cuidado a saúde mental, sua oferta se restringia ao atendimento psiquiátrico, devido ao NASF-AB nesse município, está vinculado ao Centro de Referência em Saúde Mental. Nesta lógica, o NASF-AB realizava apoio a 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS), contudo, apenas uma delas solicitava esse suporte, trazendo como demanda grande número de usuários em depressão. Contudo, destaca-se a escassez em cursos de capacitação aos profissionais do NASF-AB, o que reflete em falta de entendimento sobre o processo e instrumentos de trabalho desenvolvidos nesse setor, o que tem efeito negativo sobre a atuação na lógica do apoio matricial.

Considerando as diretrizes desse setor, faz-se necessário a realização de reuniões intersetoriais, apesar da resistência por parte de alguns profissionais, elas aconteciam em pouca periodicidade, no entanto, não foi possível a participação nas mesmas.

A vivência desse estágio foi um elemento fundamental para ampliação do olhar a respeito da atuação da/o psicóloga/o na Atenção Básica de Saúde. Onde foi possível correlacionar a teoria à prática através da solicitude da psicóloga do NASF-AB juntamente com a psicóloga professora supervisora. Uma vez que era instigado a conhecer sobre esse campo, as diretrizes que o regem e as possibilidades do cuidado.

Agregou conhecimento de modo a enriquecer a compreensão de uma atuação pautada na perspectiva de clínica ampliada e compartilhada, onde a equipe multiprofissional de saúde precisa está conectada ao desenvolvimento das ações. Possibilitou ainda uma reflexão acerca da dificuldade do trabalho transdisciplinar, devido à falta de integração da equipe, defasagem existente no sistema em apoiar as ações, o que impossibilita muitas vezes a concretização das mesmas.

Por fim, é de suma importância acrescentar que o estágio foi fomentador para a compreensão de uma psicologia possível em novos contextos de cuidado à saúde.

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O NASF-AB depende de parcerias desenvolvidas com os profissionais que compõem as ESF para que o trabalho ocorra, bem como, da intersetorialidade. Por isso, é de suma importância a qualidade dessas relações. A Psicologia contribui, portanto, através do intercâmbio de saberes, para ampliar o olhar e o conhecimento dos outros

profissionais, ao mesmo tempo em que também se beneficia das contribuições das outras categorias. Sendo assim, ela se dá no entrecruzamento de todos os saberes e processos envolvidos. Isso posto, o escopo de suas ações é o desenvolvimento das mesmas na lógica da transversalidade.

Dessa forma, é importante salientar que é preciso investir na superação de práticas pautadas na clínica tradicional, e lógica fragmentada da assistência, pautada nos fluxos burocráticos de encaminhamentos para a corresponsabilidade do cuidado e cogestão das práticas instituídas. Sendo assim, a equipe multiprofissional de saúde necessita articulares as ações e integrar os agentes para que seja possível a transmissão do conhecimento e a divisão técnica do trabalho. O que requer mobilizar os cursos de graduação para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para essa atuação. A fim de que se compreenda a atuação do profissional de psicologia, nos serviços de atenção a saúde e de base territorial, pautada na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada.

Por fim, este estudo tem como potencial a agnição de que trabalhar na rede humanizada é fazer uma psicologia para além do consultório, onde a base principal seja a arte do cuidar.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G.; OLIVEIRA, D. K. S. **Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. *Saúde Debate*. v. 41, n. 115. Rio de Janeiro, 2017.
- AZEVEDO, N.S. ; KIND, L. **Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte**. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v. 33, n. 3, Minas Gerais, 2013.
- BARROS, A. C.; NASCIMENTO, K. C. do.; SILVA, L. K. B.da.; SILVA, J. V. dos. S. A **Estratégia Saúde da Família no Processo de Matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica**. v.5, n.1, 2018.
- BENEVIDES, R. **A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?** *Psicologia e sociedade*. v.17, n. 2, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS: Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012**.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização PNH. **Rede Humaniza SUS**, 1^a ed. 22 p., 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família. (Cadernos de Atenção Básica, n.39)**- Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.**

CAMPOS, G. W. de. S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde coletiva*. v. 12, n. 4. Rio de Janeiro, 2007.

CINTRA, M. S.; BERNARDO, M. H. **Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social.** São Paulo, 2017.

CORREIA, P.C.I.; GOULART, P.M.; FURTADO, J.P. **A avaliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** Rio de Janeiro: Saúde Debate, v.41, n.especial, p. 345- 359, março.2017.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. de. A.; CORDONE, N. G.; BARROS, J. de. O. **Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** São Paulo, 2013.

MAZZUCCO, M.; VIEIRA, R. S. **Saúde e Democracia: a efetivação do princípio da participação popular nos conselhos e conferências de saúde.** Unisc. v.2, n. 4, 2016.

MENDES, C. E.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. **Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS.** Saúde Debate. v. 39, n. 106, 2015.

PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Ciência e Saúde Coletiva. v. 23, n. 6, 2018.

PERRELA, A. C. **A experiência da Psicologia no NASF: capturas, embates, e invenções.** Revista Interinstitucional de Psicologia. v. 8, n. 444, 2015.

ROCHA, N. B. da.; VELTRINI, V. C.; BISPO, C. G. C.; PIELARISI, N.; TERADA, R. S. S.; FUJIMAKI, M. **Processo de Construção Coletiva da Clínica Ampliada na Odontologia por meio de uma Gestão Colegiada.** Revista da Abeno. v. 17, n. 4, 2017.

TEIXEIRA, C. F. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, junho de 2011.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Samuel Miranda Mattos - Professor de Educação Física e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. MBA em Gestão de Academias e Negócios em Esporte e Bem-Estar pelo Centro Universitário Farias Brito – FFB. Professor do Curso de Especialização em Preparação Física do Instituto de Capacitação Business School Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem -GRUPECCE-CNPq. Foi monitor voluntário da Disciplina de Ginástica Esportiva (2013/2014). Foi Bolsista de Iniciação Científica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico- FUNCAP (2014/2015) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq (2015/2016) da Universidade Estadual do Ceará-UECE (2016/2017) e bolsista voluntário do Projeto de Extensão do Centro de Tratamento de Transtornos Alimentares- CETRATA (2012/2014).

Kellen Alves Freire - Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (2012/2016). Foi monitora da disciplina Anatomia Sistêmica (2013). Pós-graduada em Prescrição de Fitoterápicos e Suplementação Clínica e Esportiva pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (2016/2018). Participou do projeto de extensão “Escola saudável: prevenção de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares” (2017/2019). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem -GRUPECCE-CNPq.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Absenteísmo 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54
Admissão do paciente 33
Albumina sérica 141
Aleitamento materno 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101
Antropologia 111, 113, 121
Arbovírus 69, 71, 221
Assistência ambulatorial 47
Assistência à saúde 56, 59, 78, 113, 245
Atenção farmacêutica 206, 207, 208, 210, 212, 213, 215
Atenção primária à saúde 1, 61, 67
Avaliação dos serviços de saúde 56, 59

B

- Benefícios 26, 33, 91, 92, 93, 96, 99, 100, 103, 105, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 206, 230, 231, 232, 234, 235, 236
Brasil 2, 3, 5, 8, 9, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 70, 71, 73, 74, 77, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 100, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 123, 127, 128, 132, 133, 137, 146, 149, 159, 166, 172, 177, 191, 192, 195, 198, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 220, 221, 222, 223, 224, 226, 227, 228, 238, 239, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 250, 255, 256, 257, 258, 261, 262, 263, 264, 266, 268, 270

C

- Câncer 120, 134, 135, 137, 138, 139, 158, 167, 179, 180, 181, 182, 269
Cuidado 1, 4, 7, 10, 12, 19, 39, 43, 48, 64, 65, 66, 67, 76, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 111, 112, 113, 117, 118, 119, 120, 121, 129, 186, 190, 194, 195, 199, 201, 203, 204, 208, 210, 212, 214, 245, 259, 260, 262, 265, 267, 268, 270
Cuidados paliativos 111, 112, 113, 117, 118, 119, 120, 121, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 269

D

- Diagnóstico 2, 29, 30, 32, 44, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 84, 85, 86, 87, 88, 104, 112, 118, 132, 136, 139, 159, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 185, 187, 188, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 221, 223, 226, 228, 238, 243, 247, 264
Dietoterapia 123, 129
Dificuldades 16, 17, 18, 20, 50, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 123, 131, 152, 167, 171, 190, 192, 201, 203, 218, 259, 266
Doação de órgãos 75, 76, 77, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90

E

Educação 8, 22, 24, 29, 34, 90, 91, 93, 96, 97, 100, 120, 170, 197, 199, 203, 204, 205, 210, 213, 216, 217, 219, 221, 227, 243, 244, 246, 256, 257, 262, 263, 265, 266, 270
Enfermagem obstétrica 37, 39, 40
Enfermeiros 34, 41, 61, 67, 79, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 93, 98, 99, 120, 121, 237, 239, 240, 243, 245
Epidemiologia 103, 105, 228, 247, 270
Estômago 134, 135, 136, 137, 138

F

Farmácia clínica 207, 209
Filosofia 111, 112, 113, 114, 115, 121, 205
Filosofia em enfermagem 113

G

Gastos em saúde 23, 24, 27
Gestão em saúde 47

H

Helicobacter pylori 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140
Hipoalbuminemia 142

I

Impactos na saúde 23, 24, 27
Índice de massa corporal 142
Insuficiência cardíaca 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 156
Insuficiência renal crônica 123, 127, 132, 152

L

Larva migrans 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110
Larva migrans cutânea 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110

M

Mães 4, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100
Mídias sociais 217
Mortalidade 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 44, 71, 73, 104, 116, 130, 156, 158, 181, 207
Morte encefálica 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90
Mosquito Aedes aegypti 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226
Movimento social 10, 11, 12, 13, 21

N

Nefropatias 123

P

- Parasitoses 103, 104, 105, 106, 109
Parto 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 93, 96, 97, 231, 234, 235, 236, 238, 243, 244, 247
Periodontite crônica 141
Potencial doador 75, 76, 77, 78, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90
Prevenção 1, 3, 4, 7, 11, 16, 19, 20, 26, 33, 43, 46, 64, 65, 71, 72, 73, 126, 160, 175, 198, 210, 212, 215, 218, 221, 222, 223, 226, 227, 228, 234, 235, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 254, 261, 263, 270
Psicoterapia de grupo 1

R

- Responsabilidade 7, 13, 14, 17, 37, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 53, 98, 119, 188, 207, 264, 266

S

- Saúde pública 11, 20, 21, 23, 25, 26, 31, 35, 46, 47, 48, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 104, 107, 108, 139, 153, 176, 220, 221, 222, 223, 224, 227, 258, 260, 263
Sinalizações 170
Sintomas 2, 7, 54, 69, 70, 71, 73, 109, 117, 121, 126, 127, 130, 156, 157, 158, 160, 167, 168, 188, 196, 198, 216, 218, 225, 226

T

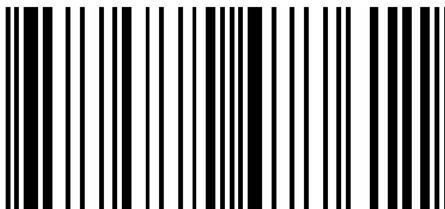
- Tecnologia biomédica 47
Tecnologia da informação 217
Teste da orelhinha 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177
Tratamento 11, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 68, 69, 71, 72, 73, 86, 105, 110, 118, 122, 124, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 135, 138, 139, 153, 159, 160, 167, 170, 172, 174, 177, 180, 181, 182, 191, 192, 193, 194, 198, 199, 216, 218, 221, 223, 226, 227, 228, 230, 231, 232, 233, 235, 239, 243, 245, 249, 250, 253, 254, 256, 257, 270

V

- Violência obstétrica 37, 43, 46

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-761-1



9 788572 477611