

Atena
Editora

Ano 2021



MEDICINA:

Progresso Científico, Tecnológico,
Econômico e Social do País

4

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Atena
Editora

Ano 2021



MEDICINA:

Progresso Científico, Tecnológico,
Econômico e Social do País

4

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

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. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Fernando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
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 Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miraniide Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa

Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenología & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Medicina: progresso científico, tecnológico, econômico e social do país 4

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremonesi
Correção: Flávia Roberta Barão
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: progresso científico, tecnológico, econômico e social do país 4 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-159-3

DOI 10.22533/at.ed.593210807

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A qualidade de vida é um fator associado diretamente à saúde, consideramos que quando existe em determinado ambiente fatores que promovem a qualidade de vida de uma população conseqüentemente observamos diminuição da existência de doenças. Assim, já é muito bem caracterizado que, não somente os fatores considerados “médicos” podem alterar de forma determinante a saúde dos indivíduos, mas outros fatores associados ao contexto social, cultural e econômico também precisam ser levados em consideração ao se estabelecer a presença de uma determinada doença na comunidade.

A tríade hospedeiro, ambiente e saúde precisa estar muito bem caracterizada, haja vista que a diminuição de saúde pode ser causada por fatores biológicos, mas também “não-biológicos” afetando o ambiente e conseqüentemente o hospedeiro, assim, a interação entre agentes infecciosos e receptores vai além da biologia. Deste modo o avanço dos progressos científicos e tecnológicos é fundamental pois coopera no sentido de maior entendimento dos agentes causadores de enfermidades, mas também precisa estar aliado à compreensão de fatores sociais e econômicos, como educação, renda e hierarquia. Fato este que, no atual momento em que vivemos, pode ser nitidamente observado e avaliado no contexto da pandemia causada pelo novo Coronavírus.

A obra “Medicina Progresso Científico, Tecnológico, Econômico e Social do País – Volume 4” trás ao leitor mais um trabalho dedicado ao valor dos estudos científicos e sua influência na resolução das diversas problemáticas relacionadas à saúde. É fato que a evolução do conhecimento sempre está relacionada com o avanço das tecnologias de pesquisa e novas plataformas de bases de dados acadêmicos, e aqui objetivamos influenciar no aumento do conhecimento e da importância de uma comunicação sólida com dados relevantes na área médica.

Portanto, temos o prazer de oferecer ao leitor, em quatro volumes, um conteúdo fundamentado e alinhado com a evolução no contexto da saúde que exige cada vez mais dos profissionais da área médica. Salientamos mais uma vez que a divulgação científica é fundamental essa evolução, por isso novamente parabenizamos a Atena Editora por oferecer uma plataforma consolidada e confiável para que pesquisadores, docentes e acadêmicos divulguem seus resultados.

Desejo a todos uma ótima leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A ACUPUNTURA NO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA – UM ESTUDO SISTÊMICO

Ana Paula Christakis Costa

DOI 10.22533/at.ed.5932108071

CAPÍTULO 2..... 20

A TARTARUGUINHA QUE PERDEU O CASCO E A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA

Teresa Borgert Armani

Ana Clarice Keniger

Carla Krause Kilian

Maria Cristina Ilanes Valenzuela

DOI 10.22533/at.ed.5932108072

CAPÍTULO 3..... 28

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DISTONIA CERVICAL E BLEFAROSPASMO SUBMETIDOS AO TRATAMENTO COM A TOXINA BOTULÍNICA “A”

Victor Guimarães de Almeida

Henrique Ballalai Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.5932108073

CAPÍTULO 4..... 39

ANEMIA FALCIFORME E OS CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Aline Russomano de Gouvêa

Priscila Kelly da Silva Neto

Fernando Ribeiro dos Santos

Juliana Dias Reis Pessalacia

Edis Belini Junior

DOI 10.22533/at.ed.5932108074

CAPÍTULO 5..... 52

ATO SEXUAL COMO FATOR DE RISCO PARA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM MULHERES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Letícia Moraes Silva

Alexandre Oliveira Assunção

Karla Sofia Coelho Cavalcante

Vinícius Rodrigues Assunção

Gabriella Lima Chagas Reis Batista

Cecilma Miranda de Sousa Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.5932108075

CAPÍTULO 6..... 64

AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE E CAPACIDADE PARA CONSENTIR: UMA REFLEXÃO SOBRE O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NA TOMADA

DE DECISÃO

Caroline Silva de Araujo Lima
Rafael Rolli Haddad
Juliana Sabadini
Larissa Diogo Viana Maciel
Manoella Gotardo Aguiar Gurgel
Davi Prado Haguette
Maria Eduarda Fraga Nogueira
Maria Eduarda Costa Neves
Ariany Parreira de Mendonça
Maria Laura Mendes Vilela
Poliana de Faria Miziara Jreige
Lais Marinho Rosa
Hudson Rocha de Souza

DOI 10.22533/at.ed.5932108076

CAPÍTULO 7..... 72

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PALHAÇOTERAPIA NA MELHORA DA DOR E HUMOR DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NA CLÍNICA DE PEDIATRIA E DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

Rebecka Souza Fernandes
Éric Moreira Menezes
Júlia de Melo Nunes
Maria do Socorro Trindade Morais

DOI 10.22533/at.ed.5932108077

CAPÍTULO 8..... 83

COVID-19: ISOLAMENTO SOCIAL E TRANSTORNOS MENTAIS, UMA ÍNTIMA RELAÇÃO

Dhara Eline Hermann Martins
Sandra Cristina Catelan – Mainardes
Valéria do Amaral

DOI 10.22533/at.ed.5932108078

CAPÍTULO 9..... 95

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: UMA ANÁLISE DIAGNÓSTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Leandro Pires Silva Filho
Táysila Kárita Furtado Rosa
Larissa Coelho Lessi
Maria Eduarda Machado Santana
Viviane Cristina Caldeira

DOI 10.22533/at.ed.5932108079

CAPÍTULO 10..... 101

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ANEURISMAS CEREBRAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

Elvis Dias Oliveira
Adriane Araujo de Sarmiento Queiroga

Jordan Willy Galdino Lins
Mariana de Medeiros Rodrigues
Melina Figueiredo Machado Braz
Natália Maciel de Moraes
Vitória Melo Pessoa de Queiroz Espínola
Tânia Regina Ferreira Cavalcanti

DOI 10.22533/at.ed.59321080710

CAPÍTULO 11..... 108

DOENÇA HIPERTENSIVA GESTACIONAL: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DESFECHOS GESTACIONAIS

Julia Klockner
Camila Signor Jacques
Luiza Maria Venturini da Costa
Pedro Miguel Mariussi
Renatha Araújo Marques
Sigriny Victória Rezer Bertão
Ana Luíza Kolling Konopka
Jéssica Marder
Viviane Cunha Silva
Cássia dos Santos Wippel
Luciane Flores Jacobi
Cristine Kolling Konopka

DOI 10.22533/at.ed.59321080711

CAPÍTULO 12..... 119

ESCALAS DE AVALIAÇÃO NA CONSULTA MÉDICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR, NO ÂMBITO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Maria Luísa Gonçalves Carvalho
Fátima Carvalho Matos
Ana Catarina Silva Trindade
Ana Maria Celeste dos Santos Bernardo

DOI 10.22533/at.ed.59321080712

CAPÍTULO 13..... 131

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA VOLTADA À SAÚDE MENTAL DE GESTANTES DENTRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Mirelly Shatilla Misquita Tavares
Maria Nicarlay Gomes
Alane Moura Cavalcante
Anna Beatriz de Almeida Gomes Sousa
Érica Rodrigues Alexandre
Clara de Sousa Rodrigues
Geovana de Abreu Braz
Ana Luiza Linhares Beserra Machado
Gabriela Pereira de Sousa
Tereza Emanuella Menezes Santos
Milena dos Santos Soares

Dilene Fontinele Catunda Melo

DOI 10.22533/at.ed.59321080713

CAPÍTULO 14..... 138

GESTORES MUNICIPAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DAS REGIÕES NORTE, CENTRO- OESTE E SUL: PERFIL E PRINCIPAIS DESAFIOS PARA O CICLO DE GESTÃO (2013-2016)

Layla Serrano de Lacerda
André Luis Bonifácio de Carvalho
Daniella de Souza Barbosa
Ernani Vieira de Vasconcelos Filho
Isaunir Verissimo Lopes

DOI 10.22533/at.ed.59321080714

CAPÍTULO 15..... 152

IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM NA VISÃO DOS RESIDENTES DO PROGRAMA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS

Marina de Souza Marques
Gabriel Ramon Matavelli Casseb
Maria Betânia de Oliveira Garcia

DOI 10.22533/at.ed.59321080715

CAPÍTULO 16..... 164

LIGA ACADÊMICA EM TEMPOS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL: DESAFIOS E REINVENÇÕES

Eduardo Cerchi Barbosa
Mariana Vieira de Andrade
Lígia Sant'Ana Dumont
Bianca Yohana Machado Rodrigues
Júlia Oliveira Carvalho
Ana Júlia Martins Lauck
Isabella Colicchio de Paula Costa
Nathália Brandão de Bessa
Rodolfo Hartmann

DOI 10.22533/at.ed.59321080716

CAPÍTULO 17..... 171

OS IMPACTOS E MÉTODOS DOS PROJETOS EXTENSIONISTAS NO ENSINO DE PRIMEIROS SOCORROS NO BRASIL

Marina Bocamino Bomfim
Luísa Thayná dos Reis Pereira
Verônica Ferreira Magalhães
Tiago Marques dos Reis

DOI 10.22533/at.ed.59321080717

CAPÍTULO 18..... 179

PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE

ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS SOBRE O USO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM NO ENSINO MÉDICO

Gabriel Ramon Matavelli Casseb

Marina de Souza Marques

Maria Betânia de Oliveira Garcia

DOI 10.22533/at.ed.59321080718

CAPÍTULO 19..... 190

PSICOPROMOVE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UMA PRÁTICA GRUPAL

Milena de Oliveira Silva

Cecília Rodrigues Pereira Brito

Elisângela Luiz de Vasconcelos

Erika Danielle Souza da Silva

Raiane Mendes de Souza

Victor Ronne Nunes de Souza

Luciane Medeiros Machado

DOI 10.22533/at.ed.59321080719

CAPÍTULO 20..... 199

RELAÇÃO ENTRE O PERFIL LIPÍDICO E HEMODIÁLISE

Maria Beatriz Aparecida Orrú

Márcia Scolfaro Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.59321080720

CAPÍTULO 21..... 215

RELATO DE EXPERIÊNCIA: SAÚDE MASCULINA-CAMPANHA NOVEMBRO AZUL

Gabriel Toledo Guerra

João Pedro Leonardi Neves

Heitor Castilho de Moraes

Saygra Batista Sousa

Isabela Ovídio Ramos

Álvaro Augusto Trigo

DOI 10.22533/at.ed.59321080721

CAPÍTULO 22..... 222

REVISÃO DE LITERATURA SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM ESTUDANTES DE MEDICINA NO BRASIL

Daniel Atuatti

Marília Elis Reichert

Lucimare Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.59321080722

CAPÍTULO 23..... 230

RISCO E VULNERABILIDADE NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mirella Infante Albuquerque Melo

Adriana Infante Albuquerque Melo

Débora Regueira Fior

Manuela Barbosa Rodrigues de Souza

Mauro Henrique Silva Vieira
Paula Fernanda Soares de Araújo Meireles Costa
Victor Rocha Martins

DOI 10.22533/at.ed.59321080723

CAPÍTULO 24..... 241

**SAÚDE PRISIONAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA COM CUSTODIADOS E FAMILIARES
EM BELÉM, PARÁ**

Brenda Nazaré Costa Lima
Fernanda de Queiroz Moura Araújo
Simone Regina Souza da Silva Conde

DOI 10.22533/at.ed.59321080724

SOBRE O ORGANIZADOR..... 256

ÍNDICE REMISSIVO..... 257

CAPÍTULO 1

A ACUPUNTURA NO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA – UM ESTUDO SISTÊMICO

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 23/03/2021

Ana Paula Christakis Costa

Universidade Tecnológica Federal do Paraná;
Programa de Pós-Graduação em Engenharia
Elétrica e Informática Industrial – Departamento
CPGEI
Curitiba, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4721348709642799>

RESUMO: **Contextualização:** A fibromialgia (FM) é caracterizada por dor musculoesquelética generalizada, além de rigidez, fadiga, distúrbios do sono e humor, alterações funcionais e ansiedade. Seu diagnóstico é baseado no exame clínico de 18 tender points pré-estabelecidos pelo American College of Rheumatology (ACR) e o seu tratamento é por meio de terapia farmacológica e não-farmacológica, como por exemplo a Acupuntura. Para a Medicina Tradicional Chinesa, a FM está relacionada as Síndromes dos meridianos Yin Qiao Mai e Yang Qiao Mai, ou às síndromes do Fígado, Baço-pâncreas e Rim. **Objetivo:** Essa pesquisa desenvolveu um estudo sistêmico sobre a aplicação da acupuntura no tratamento da FM, apresentando os pontos mais utilizados para o seu tratamento. **Métodos:** Para o desenvolvimento da pesquisa foram selecionados 19 artigos, publicados entre os anos de 2011 a 2021, nas bases de dados eletrônicas indexadas na Capes Periódicos, Biblioteca Virtual em Saúde BVS/Bireme, Google Acadêmico, Scirus for Scientific Information – ScienceDirect

e Scielo, e seguindo os critérios de inclusão estabelecidos para essa pesquisa. **Resultados:** Dentro da literatura científica selecionada, os artigos apresentaram dados controversos, pois alguns estudos apontaram a efetividade do tratamento, apresentando protocolos de pontos para equilibrar os sintomas da FM, e outros não. **Conclusões:** A acupuntura pode ser eficaz na redução da dor, melhora do sono e qualidade de vida, entretanto, ainda há necessidade de novas pesquisas a fim de esclarecer algumas divergências em relação à protocolos aplicados e metodologias de desenvolvimento de estudos, pois considera-se o tratamento individualizado e estimado pelo terapeuta. Com a padronização de protocolos e metodologias, será possível ampliar o uso terapêutico da acupuntura nos tratamentos de pacientes com FM.

PALAVRAS-CHAVE: Acupuntura. Fibromialgia. Medicina Tradicional Chinesa. Dor.

ACUPUNCTURE IN THE TREATMENT OF FIBROMYALGIA – THE SYSTEMATIC STUDY

ABSTRACT: Background: Fibromyalgia (FM) is characterized by generalized musculoskeletal pain, in addition to stiffness, fatigue, sleep and mood disturbances, functional alterations, and anxiety. Its diagnosis is based on the clinical examination of 18 tender points pre-established by the American College of Rheumatology (ACR), and its treatment is by pharmacological and non-pharmacological therapy, such as acupuncture. For Traditional Chinese Medicine, FM is related to the Yin Qiao Mai and Yang Qiao Mai meridian syndromes, or the Liver, Spleen-

Pancreas and Kidney syndromes. **Objective:** This investigation developed a systemic study on the application of acupuncture in the treatment of FM, presenting the most commonly used points for its treatment. **Methods:** For the development of the research 19 articles were selected, published between the years 2011 to 2021, in the electronic databases indexed in Capes Periodicals, Virtual Health Library BVS/Bireme, Google Academic, Scirus for Scientific Information - ScienceDirect and Scielo, and following the inclusion criteria established for this investigation. **Results:** Within the selected scientific literature, the articles presented controversial data, as some studies pointed out the effectiveness of the treatment, presenting point protocols to balance the symptoms of FM, and others did not. **Conclusions:** Acupuncture can be effective in reducing pain, improving sleep and quality of life; however, there is still a need for further research in order to clarify some divergences regarding the protocols applied and methodologies of study development, since the treatment is considered individualized and estimated by the therapist. With the standardization of protocols and methodologies, it will be possible to expand the therapeutic use of acupuncture in the treatment of patients with FM. **KEYWORDS:** Acupuncture. Fibromyalgia. Traditional Chinese Medicine. Pain.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma disfunção que afeta de 2 a 10% da população, em todas as idades, grupos étnicos e culturais (BRIOSCHI, 2007). Entretanto, a FM afeta, aproximadamente, mais mulheres que homens, provocando um impacto negativo sobre a qualidade de vida e atividades da vida diária dos seus portadores. Em um estudo realizado pelo Colégio Americano de Reumatologia encontrou uma prevalência de FM de 3,4% para mulheres contra 0,5% para os homens, com uma prevalência estimada de 2% para ambos os sexos (WOLFE, *et. al.*, 1995).

A FM é uma síndrome crônica caracterizada por queixas dolorosas musculoesqueléticas difusas e sensibilidade aumentada à pressão em diversos pontos do corpo, geralmente acompanhada por distúrbio do sono, disfunção gastrointestinal e intolerância ao frio. A dor crônica e a fadiga afetam negativamente a qualidade de vida da maioria dos doentes com fibromialgia. Os sintomas desta enfermidade influenciam no desenvolvimento diário das funções habituais, causando pronunciado impacto em todas as atividades do dia-a-dia, afetando tanto a capacidade para o trabalho quando a vida familiar e social (BRIOSCHI, 2007). Os sintomas clínicos da fibromialgia são: o distúrbio do sono, a fadiga, rigidez muscular matinal, ansiedade, dor após esforço físico e depressão, além da deficiência de memória, desatenção, cefaleia tensional ou enxaqueca, tontura, vertigens, parestesias, sintomas compatíveis com síndrome do intestino irritável ou com síndrome das pernas inquietas, entre diversos outros sintomas não relacionados ao aparelho locomotor; podem ser confundidos com os da disfunção da tireoide, sendo assim impossibilitando as vezes o diagnóstico conclusivo destas patologias (BRIOSCHI, 2007).

Além disso, Helfenstein Junior (2012) destaca que pacientes ditos fibromiálgicos também podem ser diagnosticados erroneamente como portadores de LER/DORT (lesão

por esforço repetitivo/distúrbio osteomusculares relacionado ao trabalho), devido alguns sintomas semelhantes aos da fibromialgia.

O diagnóstico da fibromialgia se baseia somente em critérios clínicos, devido à ausência de exames complementares que a identifique. Em 1990, o *American College of Rheumatology* (ACR) estabeleceu os seguintes critérios de diagnóstico como: presença na história clínica de dor generalizada, afetando o esqueleto axial e periférico, acima e abaixo da cintura, com duração superior a três meses; e do exame físico com dor à palpação com força aplicada de 4kg/cm² em pelo menos 11 dos seguintes 18 *tender points* (9 pares) (HAUN, *et al.*, 1999 *apud* CAVALCANTE, *et al.*, 2006): 1- inserção dos músculos suboccipitais na nuca; 2- ligamentos dos processos transversos da quinta à sétima vértebra cervical; 3- borda rostral do trapézio; 4- origem do músculo supraespinhal; 5- junção do músculo peitoral com a articulação costrocondral da segunda costela; 6- dois centímetros abaixo do epicôndilo lateral do cotovelo; 7- quadrante súpero-externo muscular no trocânter femoral; 9- coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho (WOLFE, *et al.*, 1990 *apud* HELFENSTEIN JUNIOR, 2012). Os critérios atuais não contemplam os *tender points*, conforme Wolfe *et. al.*, 2010, entretanto, englobam os sintomas não relacionados ao aparelho locomotor. Além da dor musculoesquelética, avaliam a gravidade da síndrome e são mais úteis para estabelecer o diagnóstico.

Além disso, ficou evidente que com o passar do tempo, que na prática clínica, especialmente na atenção primária, os pontos dolorosos não têm sido utilizados, ou os tem de forma errônea por médicos não treinados, acarretando falha no diagnóstico final, sendo assim, muitas vezes esse diagnóstico ser baseado nas queixas do paciente (MOYANO *et al.*, 2015 *apud* HEYMANN *et al.*, 2017). Por conseguinte, o diagnóstico de FM com os critérios da ACR 1990, de acordo com Heymann *et al.* (2017) apresenta 25% de falso negativo quando comparado ao diagnóstico clínico. Dessa maneira, o uso do Índice de Dor Generalizada – Widespread Pain Index (WPI > 7), associado à Escala Gravidade de Sintomas – Symptom Severity (SS > 5), ambos baseados nos sintomas do paciente (dor, fadiga, sono, cognição e sintomas somáticos), permite uma acurácia diagnóstica de 90,8% (sensibilidade de 90,9% e especificidade de 85,9% quando comparada aos critérios ACR de 1990).

Ao discorrer sobre o tratamento da FM deve-se optar por uma abordagem multidisciplinar, individualizada, contar com a participação do paciente e basear-se na combinação das modalidades não farmacológicas e farmacológicas, devendo ser elaborado de acordo com as intensidades dos sintomas. As questões biopsicossociais devem ser envolvidas no contexto do adoecimento.

Dentre os tratamentos farmacológicos tem-se os antidepressivos tricíclicos que agem alterando o metabolismo da serotonina e a noradrenalina, e nos nociceptores periféricos e mecânico-receptores, promovendo analgesia periférica e central, potencializando o efeito analgésico dos opióides endógenos, aumentando a duração da fase 4 do sono n-REM,

melhorando os distúrbios de sono e diminuindo as alterações de humor destes pacientes. A amitriptilina de 12,5–50mg, melhora a fadiga nos quadros dolorosos e o sono destes pacientes (CARETTE, *et al.*, 1995 *apud* PROVENZA, *et al.*, 2004). Já os bloqueadores seletivos de receptação de serotonina, como a fluoxetina, são utilizados na síndrome juntamente com o derivado tricíclico que aliviam a dor, insônia e bem-estar global (GOLDENBERG, *et al.*, 1996 *apud* PROVENZA, *et al.*, 2004). Já, os benzodiazepínicos melhoram a estrutura do sono (OSHTORY; VIJAYAN, 1980 *apud* PROVENZA, *et al.*, 2004). E os analgésicos como paracetamol (VAEROY, *et al.*, 1989 *apud* PROVENZA, *et al.*, 2004) e dipirona (BENNETT, *et al.*, 2003 *apud* PROVENZA, *et al.*, 2004) que constituem alternativas para analgesia, como tratamento coadjuvante.

Entre os tratamentos não-farmacológicos, citam-se os exercícios aeróbicos, sem carga, sem grandes impactos para o aparelho osteoarticular (JONES; CLARK, 2002 *apud* PROVENZA, *et al.*, 2004). Sendo assim a atividade física apresenta um efeito analgésico, por estimular a liberação de endorfinas, funcionando como antidepressivo, que proporciona uma sensação de bem-estar global e autocontrole (JONES; CLARK; BENNETT, 2002 *apud* PROVENZA, *et al.*, 2004). Além disso, os suportes psicológicos entre 25% a 50% dos pacientes que apresentam distúrbios psiquiátricos concomitantes, dificultam a abordagem e a melhora clínica, portanto, necessitam de um suporte psicológico profissional.

O Biofeed-back e a hipnoterapia, são considerados tratamentos não-farmacológicos que têm demonstrado efeitos benéficos mesmo após 6 meses do término de tratamento, com significativa melhora no número de *tender points*, na dor generalizada e na rigidez matinal (WAYLONIS, 1987 *apud* PROVENZA, *et al.*, 2004). A hipnoterapia tem igualmente demonstrado alguma eficácia no controle da dor nos pacientes com fibromialgia (FERRACCIOLI, *et al.*, 1987 *apud* PROVENZA, *et al.*, 2004).

Outro tratamento considerado não-farmacológico é a Acupuntura. A acupuntura é uma técnica milenar originada na China Imperial que consiste na inserção de agulhas em pontos determinados que causam melhora da dor e do estado geral do indivíduo (PINTO; MEJIA, 2012). De acordo com Pinto; Mejia (2012), a arte da acupuntura visa estimular os pontos reflexos que tenham a propriedade de restabelecer o equilíbrio, alcançando assim, resultados terapêuticos e diminuindo o quadro álgico para uma melhor qualidade de vida e retorno às atividades diárias do indivíduo. Outras técnicas que exercem a mesma função também têm seu uso difundido, que são: laser acupuntura, ventosaterapia, moxabustão, massagens chinesas e auriculoterapia.

Para Maciocia (2010), os principais fatores etiológicos na FM são a invasão de fatores patogênicos externos como umidade, vento e frio; tensão emocional, dieta irregular e trabalho físico excessivo. Destes, a umidade é o mais comum na FM. Deriva da exposição ao clima ou ambiente úmido, e pode se estabelecer no espaço entre pele e músculos, causando dor muscular generalizada e sensação de peso nos membros, ou na cabeça, onde causa cefaleias do tipo surda, dor facial, memória debilitada, dificuldade

de concentração e sensação de entorpecimento da cabeça. Já, o vento também invade o espaço Cou Li, além dos próprios músculos, provocando dor errante, que muda de local de um dia para o outro. E o frio é outro fator que invade os músculos, causando contração e uma dor mais intensa que a do vento e da umidade, sendo localizada e não errante.

Com muita frequência, o frio pode combinar-se com a umidade. Raiva, culpa, vergonha, medo, preocupação, tristeza ou pesar geram tensão emocional, que leva à estagnação do Qi. Essa estagnação compromete os músculos dos ombros e do pescoço, contribuindo para a dor muscular da FM. Comer irregularmente, com pressa ou enquanto está trabalhando, tarde da noite, pular refeições, consumir excessivamente alimentos gordurosos, frituras e laticínios, pode gerar a umidade, o principal fator patogênico na FM (MACIOCIA, 2010). Além disso, na FM sempre há deficiência primária do Baço-pâncreas e do rim, portanto, o trabalho físico excessivo enfraquece o baço-pâncreas, o fígado e o rim, gerando deficiência do Yang.

Segundo Simons (1998), os pacientes com fibromialgia tratados com acupuntura referem melhora da dor, redução na quantidade total de medicamentos utilizados, à alteração na concentração de moduladores da dor (serotonina e substância P). E ainda pode-se usar as técnicas de auriculoterapia (SIMONS, 1998) e estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS-Acupuntura) com os mesmos princípios da acupuntura (BURCKHARDT; CLARK; BENNET, 2000).

Para Barboza, *et al.* (2013), a acupuntura tem propósitos terapêuticos, onde a inserção das agulhas são em pontos específicos do corpo, os acupontos. A Organização Mundial da Saúde - OMS (1991), de acordo com Araújo (2007), padronizou a nomenclatura que descreve os pontos clássicos da acupuntura. Os meridianos são denominados segundo abreviaturas das vísceras ou estruturas anatômicas que as representam, que se seguem: pulmão (P), intestino grosso (IG), intestino delgado (ID), estômago (E), baço-pancreas (BP), coração (C), bexiga (B), rins (R), pericárdio (PC), fígado (F), vesícula biliar (VB) e triplo aquecedor (TA).

Contudo, a acupuntura pode ser um método eficaz na redução da dor dos *tender points* e conseqüentemente, melhora na qualidade de vida em indivíduos com FM (COSTA, *et al.*, 2017; SILVEIRA E MARTINS, 2018; CARVALHO, *et al.*, 2021, PEREIRA, *et al.*, 2021), porém, a sua utilização apresenta resultados conflitantes na literatura, onde não encontra-se um padrão de pontos a serem utilizados para essa patologia, deste modo, o objetivo dessa pesquisa foi desenvolver um estudo sistêmico sobre a aplicação da acupuntura no tratamento da fibromialgia, apresentando os pontos mais utilizados dentro da literatura escolhida.

MÉTODO

A metodologia utilizada neste estudo foi a revisão integrativa sistêmica da literatura

fundamentada nas referências publicadas entre os anos de 2011 a 2021 em Artigos científicos/Dissertações/Monografias/Teses, de acesso livre, encontrados nas bases de dados eletrônicas indexadas na Capes Periódicos, Biblioteca Virtual em Saúde BVS/ Bireme, Google Acadêmico, *Scirus for Scientific Information – ScienceDirect* e *Scielo*, objetivando desta forma encontrar dados que embasassem o melhor entendimento sobre o assunto pesquisado.

Uma revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, segundo Sampaio; Mancini; Fonseca (2002) é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese de informação selecionada. Os autores ainda, afirmam que essas revisões são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras.

Este método, conforme Mendes; Silveira; Galvão (2008), é utilizado na Prática Baseada em Evidência (PBE) e tem por finalidade reunir, organizar e analisar de forma sistemática resultados de pesquisas sobre uma determinada temática, que permite a síntese do conhecimento e observando lacunas para a realização de novos estudos, além disso, viabiliza mais agilidade na divulgação do conhecimento.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa foram coletados abrangendo questões condizentes com a proposta da pesquisa. Como critérios de inclusão considerou-se os Artigos Científicos/Dissertações/Monografias/Teses publicados entre 2011 a 2021; em formato texto; nas línguas Portuguesa, Inglesa e Espanhola; de livre acesso na internet, e que seguissem os seguintes descritores “Fibromialgia”, “Acupuntura”, “Terapias alternativas”; além das combinações “Fibromialgia e Acupuntura”, “Fibromialgia e Terapias alternativas”; “Tratamentos e Fibromialgia”. Além, de apresentarem propostas de acupontos utilizados no tratamento da FM. Os critérios de exclusão foram todos aqueles que não atendiam ao critérios de inclusão.

Para a elaboração do artigo optou-se por seguir seis etapas. De acordo com Mendes; Silveira; Galvão (2008), na primeira etapa escolheu-se o tema e a questão norteadora que objetivou a revisão de literatura. Na segunda etapa, estabeleceu-se os critérios de inclusão dos artigos selecionados para a construção dessa pesquisa e seleção dos artigos para a introdução que foram base para elucidar a temática. Na etapa três, selecionou-se as informações e os resultados relevantes para formar um banco de dados. Na quarta etapa, ocorreu a leitura e análise de forma crítica e sistemática dos estudos. E por fim, realizou-se a interpretação e discussão dos resultados (5° etapa) e apresentada a síntese do conhecimento adquirido (6° etapa).

Foram encontrados aproximadamente 100 artigos que abordavam acupuntura e

fibromialgia, desses foram previamente selecionados 56 artigos que abordavam a temática e estavam dentro do período estabelecido para a pesquisa. Entretanto, após leitura exploratória e crítica desses artigos, apenas 19 artigos permaneceram para a construção da discussão; pois seguiam os critérios de inclusão; os quais foram organizados por periódico, ano, autor e tipo de estudo (Anexo 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A FM afeta de 2 a 10% da população, em todas as idades, grupos étnicos e culturais (BRIOSCHI; 2007), entretanto, afeta mais mulheres do que homens em aproximadamente 80% dos casos (BASTOS, *et al.*, 2013). A fibromialgia ainda possui a sua etiologia desconhecida, sendo considerada como uma síndrome de somatização que passou a ser compreendida como uma síndrome de dor crônica na qual a sensibilização do Sistema Nervoso Central (SNC) a dor apresenta papel preponderante. Martinez; Macías (2012), ainda definem a FM como alterações do funcionamento do hipotálamo-pituitária-adrenal e nos sistemas de processamento da informação sensitiva da dor à nível de sistema nervoso central. Sendo assim, a acupuntura exerce uma ação a nível molecular que modificam o processamento da informação sensitiva e que estabelecem um marco teórico com evidencia experimental acerca de seus efeitos sobre vários passos dos mecanismos fisiopatológicos da FM e que suportam o critério de plausibilidade biológica de seu uso e esse poderia constituir uma vantagem sobre outros tratamentos.

Para Montoya (2012), a fibromialgia é um diagnóstico que deve ser considerado como uma opção em pacientes que apresentam dor generalizada e fadiga. Sendo assim, é importante pensar que a FM não deve ser pensada como somente uma enfermidade médica e também, aquela que apresenta sintomas cognitivos como a falta de concentração, ansiedade e perda da memória.

Assim sendo, do ponto de vista do paciente, a desordem implica viver com dor e conseqüentemente deteriora as suas atividades diárias. Portanto, a terapia deve concentrar-se no manejo dos sintomas crônicos e na presença de desordens como a depressão. Ao mesmo tempo é vital trabalhar com o paciente de forma personalizada para ajudar a perceber a complexa relação entre processos neurobiológicos, nível de atividade e a presença e ausência de sintomas. De acordo com Montoya (2012), na atualidade, existe opções de tratamentos farmacológicos, como antidepressivos, bloqueadores do canal de cálcio, canabinoídes, analgésicos, agonista de neurotransmissores e sedativos; e não-farmacológicos, como: acupuntura, vitaminas, homeopatia, dietas, quiropraxia e massagens, conforme também descrito em Barbosa, *et al.* (2013), como terapias alternativas e complementares. Braz, *et al.* (2011), ainda complementa que os médicos devem adquirir conhecimento sobre as formas de terapias, das evidências ou não do seu uso, e que possam dialogar com seus pacientes e orientá-los sobre tais formas de

tratamento, prescrevendo-as ou contra indicando-as, assim possibilitando um maior leque de opções terapêuticas na fibromialgia

Na filosofia da Medicina Tradicional Chinesa, na teoria dos cinco elementos, os pacientes com FM apresentam transtornos energéticos no fígado que é um órgão madeira, que nutre os ligamentos, nervos, cápsulas articulares e tendões; o baço-pâncreas, um órgão terra, que nutre o ventre muscular; e o rim, órgão água, que armazena o QI genuíno, que forma os ossos e medulas. Em se tratando do fígado, o excesso de energia neste órgão leva ao aparecimento dos distúrbios do sono, que se associa aos sintomas de dor crônica no sistema musculoesquelético (BARBOSA, *et al.*, 2013). Além dessa definição da FM, pode-se obter uma complementação dentro da teoria dos meridianos, onde quando há o comprometimento energético do meridiano extraordinário Yang Qiao Mai, com excesso de energia Yang, levaria ao aparecimento dos sintomas típicos de fibromialgia, como sono não-reparador, dores difusas musculoesqueléticas e ansiedade. Já, quando há déficit de energia Yin no meridiano Yin Qiao Mai levaria ao aparecimento de sintomas como desânimo, fadiga e dor crônica que piora com o frio. Entretanto, os autores afirmam que na literatura ocidental existem vários ensaios clínicos e revisões sistemáticas que abordam o assunto, mas não há consenso sobre a eficácia da acupuntura no tratamento da FM.

Ainda de acordo ao tratamento da FM por acupuntura, Pinto; Mejia (2012) definem que é necessário um reequilíbrio energético através de canais que se encontram distribuídos no organismo humano por onde passa a energia vital. O ponto-gatilho miofascial é a causa, sintoma e o diagnóstico padrão para a patologia, sendo também a reposta terapêutica das diferentes modalidades e não tem sido apropriadamente avaliada. A acupuntura ou agulhamento seco de um ponto-gatilho miofascial resulta em um alívio imediato da dor relacionada com pontos-gatilhos miofasciais, e que o agulhamento profundo tem efeitos significativamente superior do que o agulhamento superficial e, do que nos chamados “pontos de acupuntura” da medicina tradicional chinesa. O agulhamento em pontos-gatilho miofasciais produz grande ativação de receptores polimodais sensibilizados, resultando em alívio da dor, por hiperpolarização, além de acionar mecanismos antinociceptivos endógenos, como o portão medular de controle da dor, bem como antinocicepção supra-segmentar descendente. Há diferenças de definição e fisiopatologia entre pontos-gatilho e pontos de acupuntura. Pontos fora dos meridianos são denominados pontos “ashi”. Por outro lado, pontos-gatilho miofasciais podem ser encontrados em qualquer músculo.

Dias, *et al.* (2012) realizaram um estudo retrospectivo em pacientes com fibromialgia juvenil (SFJ), com idade de 10 a 14 anos, submetidos a 11 sessões semanais de acupuntura, usando o agulhamento nos pontos Yintang; IG11; TA6; IG4; VC12; E36; VB34; F3, além dos pontos, B11; B15; B18; B20; B23. Os pontos avaliados na pesquisa foram critérios de dor, lipotimia, tontura, náuseas, palidez e sudorese. As avaliações antes e após acupuntura incluíram dados demográficos, características da dor musculoesquelética, número de pontos dolorosos, Escala Visual Analógica de Dor, algimetria e Índice Miálgico. Como

resultados, os autores obtiveram que a acupuntura promove uma redução no quadro de dor desses pacientes. Já Goulart; Pessoa; Lombardi Jr (2016) realizaram uma pesquisa bibliográfica sobre a síndrome da fibromialgia juvenil (SFJ) que afeta pacientes do gênero feminino entre 9 e 15 anos. Conforme esses autores, essa síndrome é relativamente pouco estudada e ainda não classificada como uma doença psiquiátrica; suas implicações psicológicas e funcionais devem ser tratadas com seriedade e com o uso de métodos próprios da psicologia que ajudem pacientes e familiares a modificar suas estratégias de enfrentamentos dos problemas cotidianos, a aliviar as consequências disfuncionais da dor e da fadiga e a diminuir o risco de catastrofização que as pessoas submetidas as dores constantes desenvolvem em relação ao ambiente que as cerca.

Segundo Stival, *et al.* (2014) quando analisou a eficácia da acupuntura no tratamento da fibromialgia, considerando a resposta imediata da Escala Visual Analógica para avaliação da dor, observou que dentre os 36 pacientes selecionados portadores de fibromialgia, conforme preceitos de Diagnóstico da ACR (1990), que 21 foram submetidos a uma sessão de acupuntura, nos moldes da Medicina Tradicional Chinesa, e os 15 restantes foram submetidos a um procedimento placebo conhecido como Acupuntura Sham. Para avaliar a dor, os autores submeteram os pacientes ao preenchimento da Escala Visual Analógica (VAS) antes e após o procedimento proposto. Como obtenção de resultados foi possível verificar que o efeito no grupo tratado por acupuntura foi de $d=1,7$, considerado, portanto, um efeito grande que proporcionou uma redução imediata da dor nesses pacientes. Esses achados corroboram com os mencionados por Simons (1998), Pinto; Mejia (2012) e Franchini, *et al.* (2013) quando afirmam que a acupuntura tem poder analgésico.

A acupuntura Sham também foi analisada por Bastos, *et al.* (2013), onde avaliou a qualidade de vida de pacientes, através do Questionário de Impacto de FM (FIQ), Questionário de Saúde, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), de 8 pacientes, do gênero feminino, com idade entre 20 a 80 anos, com diagnóstico de FM. Bastos, *et al.* (2013) apoiou seu tratamento de Acupuntura em 5 *tender points* localizados nas regiões do occipital, músculo trapézio, músculo romboíde, abaixo do pescoço e lateralmente no epicôndilo lateral. As sessões duraram em torno de 20 minutos cada e por um período de 2 meses. Os resultados da pesquisa demonstraram que a acupuntura nos *tender points* podem ser efetivas no tratamento dos sintomas da FM, entrando em conformidade com os achados de Stival, *et al.* (2014); além disso, se pode observar que há redução na dor dos pacientes e aumento na qualidade de vida dos mesmos. Todavia os autores sugerem que são necessárias mais pesquisas que elucidem a performance do tratamentos e metodologias padronizadas para apresentar resultados promissores.

No entanto, Bai, *et al.* (2014), ao analisar a mesma técnica de Bastos, *et al.* (2013) e Stival, *et al.* (2014), a acupuntura Sham (denominados, assim, os estudos de caso-controlado para verificação do efeito/eficácia dos pontos de acupuntura), afirmaram que não

há evidências suficientes para provar a eficácia da terapia por acupuntura no tratamento da fibromialgia devido faltas de pesquisas que proporcionam alta qualidade em seus resultados. Mesmo assim, algumas evidências testadas como efetividade do tratamento da FM por acupuntura são superiores aos tratamentos farmacológicos. Na pesquisa dos autores, foram analisados 523 estudos onde apenas 9 foram selecionados para uma análise de meta-análise. No primeiro momento, foram comparados a técnica da acupuntura com a acupuntura Sham e observou-se que houve uma significativa diferença na Escala Analógica Visual e não entre os limiares de dor proveniente da pressão nos *tender points*. Entretanto, observou-se a diferença entre o Questionário de Impacto de FM e o Inventário de Dor Multidisciplinar após 4 semanas de tratamentos, mas não houve diferença após 7 semanas de terapia.

No segundo momento, Bai *et al.* (2014), comparou a acupuntura com o uso de drogas (medicamentos), onde apresentaram após 20 dias de tratamento por acupuntura e moxabustão e com o uso do medicamento amitriptilina, diferenças quando comparado a acupuntura e moxabustão com as drogas fluoxetina e amitriptilina. Além de diferenças no número de *tender points* entre essas duas comparações. E em um terceiro momento, foram comparados a acupuntura, drogas e exercícios, onde esses mostraram diferenças em 3 meses e 6 meses de tratamento. Portanto, quando comparado a acupuntura Sham foi observado pelos autores que não há evidências suficientes para afirmar que a terapia por acupuntura promove melhora ao tratamento da FM. Algumas evidências testadas podem apresentar efetividade na terapia de acupuntura sendo essa superior ao uso de drogas. Já acupuntura combinada com exercícios e drogas, podem aumentar o limiar de dor em um curto período de tempo, mas para definir melhor resultados ainda é necessário estudo de alta qualidade, de acordo com Bai, *et al.* (2014).

Freire; Brioschi; Neves (2015) verificaram que a acupuntura provoca mudanças fisiológicas por meio da inserção e manipulação de finas agulhas em pontos específicos na superfície da pele ao longo do corpo, apoiando o que já foi descrito por Pinto; Mejia (2012) e Barbosa, *et al.* (2013). Para confirmar a eficácia do tratamento da acupuntura, os autores selecionaram as temperaturas da área do IG4 e falanges distais de 12 voluntários saudáveis, do gênero masculino (3) e feminino (9), idade média de 30 anos, por meio da temperatura cutânea usando a termografia de infravermelho. As imagens foram adquiridas em seis minutos denominados de T0 (sendo o momento do agulhamento) ao T5 (5 minutos após agulhamento). O acuponto HEGU (IG4) é o ponto principal de analgesia para as disfunções na região da cabeça e face, como paralisia facial, neuralgia do trigêmeo, cefaleias, enxaquecas, rinite, sinusite e outras. Os autores notaram, após o procedimento, que houve um aumento de 4,34% da temperatura média do momento T5 em relação ao T0 da mão esquerda e 6,02% do T5-T0 da mão direita, entretanto, não houve significância estatística $p < 0,05$. Além disso, observou-se uma clara tendência de aumento da temperatura média, nos dedos indicador e média de ambas as mãos, após o agulhamento

do IG4 unilateral no tempo considerado. Portanto, os autores concluíram que a acupuntura provoca efeitos simpaticolíticos sobre a microcirculação da pele em tempo real, ou seja, a inserção da agulha de acupuntura provoca estímulo neural nos tecidos locais, liberando os neuropeptídios que causam vasodilatação e aumento da circulação local. Observando esses efeitos é evidente que a acupuntura pode exercer um poder analgésico quando utilizada corretamente (SIMONS, 1998, PINTO; MEJIA, 2012 e FRANCHINI, *et al.*, 2013), além de melhorar o sono e qualidade de vida dos pacientes (PIRES, *et al.*, 2014).

Além da dor, inúmeros outros sintomas alteram a qualidade de vida desses pacientes que recorrem a tratamentos paliativos para amenizar os sintomas da FM. Para a terapia da acupuntura, a causa está relacionada com o desequilíbrio energético e o tratamento tem apresentado excelentes resultados para melhora dos sintomas dos pacientes, se tornando uma boa alternativa para aumentar a qualidade de vida dos pacientes. De acordo com a pesquisa de Coelho, Mejia (2013) é apresentado inúmeros autores que no passado indicaram bases para o tratamento de FM. Para esses, o princípio do tratamento desta algia deve-se harmonizar o Yin e Yang por meio de pontos como: E36; F3; IG4; IG11, que além de fazerem uma ligação entre o Yin e Yang, fazem a interação entre exterior e interior e alto e baixo. O R6 pode ser utilizado para fortalecer o Yin Qiao Mai e o P7 para o Ren Mai, além do uso do moxa nos pontos VG4; B23; B52; VC4 e, B13; B42; B14; B43; B15 e B44 para fortalecer o fogo ministerial. Para o tratamento do Yang Qiao Mai utilizar B62; ID3 para fortalecer e, para melhorar o shen usar moxa no B23; VG4; B52; B22; VC4; VC6 e, puncionar R3.

Quanto ao acometimento do canal Yang Qiao Mai, usar como ponto de abertura e fechamento, respectivamente, B62 e ID3; além de VG2; B43; B40. E no caso do acometimento do Yin Qiao Mai usar abertura e fechamento, R6 e P7, respectivamente, além dos pontos E36; R3; R4; IG2. A literatura também cita pontos para o tratamento da FM, como: CS1; CS6; TA2; TA16; VG2; VG20; F5; Vb1; VB30; VB40; VB43; R2; R3; R4; R7; IG2; B40 e B43 (COELHO, MEJIA, 2013).

Já, Barbosa, *et al.* (2013), indicaram pontos semelhantes aos aplicados por Coelho; Mejia (2013) para que seja feita a harmonização do Yin e Yang, utilizando agulhamento nos pontos: E36, F3, IG4 e IG11. Para o comprometimento do Yang Qiao Mai utiliza-se os pontos B62 e ID3, e para o Yin Qiao Mai, R6 e P7. E para equilibrar fígado, baço-pâncreas e rim, indica-se F2; R6 e BP2. Todavia, Oliveira; Silva; Ferreira (2013) em sua pesquisa sistêmica apresentaram resultados acerca da eletroacupuntura quando aplicada nos pontos IG4 e VB34, onde os pacientes tiveram melhora significativa em relação ao limiar de dor.

Dias (2012a) realizou uma pesquisa com 30 mulheres (20-60 anos) portadoras de FM de dor intensidade moderada a grave. As pacientes foram submetidas as sessões de acupuntura, eletroacupuntura e moxabustão durante 8 semanas, submetidas ao agulhamento nos acupontos específicos PC6; IG4; VB34; BP6; F3, por 30 minutos em cada modalidade de tratamento. Por meio da avaliação pelo questionário de McGill, escala

de Faces de Wong-Baker e Algômetro de Fischer pode-se observar que após as 8 semanas nenhum dos métodos apresentou melhora na redução da dor nas pacientes; entretanto a eletroacupuntura e a moxabustão melhoram a saúde mental, e a acupuntura promove a melhora da vitalidade nas pacientes. Esses resultados discordam de Simons (1998), Pinto; Mejia (2012) e Franchini, *et al.* (2013) quando se trata de analgesia em FM.

Lima (2012), em sua pesquisa bibliográfica concluiu que a acupuntura é eficaz na diminuição dos sintomas da FM e afirma que pode ser uma opção de tratamento coadjuvante, auxiliando o tratamento padrão, pois oferece melhora da dor, do sono e do controle emocional, diminuindo os níveis de ansiedade e depressão (MORENO, 2015); aumentado, conseqüentemente, a qualidade de vida dos pacientes fibromiálgicos (SIMONS (1998), PINTO; MEJIA (2012), FRANCHINI, *et al.* (2013), STIVAL, *et al* (2014) e SANITA; MORAES; SANTOS (2014)). Diante disso, a Medicina Tradicional Chinesa considera a FM como uma patologia que se manifesta por condições de excesso e deficiência, gerando até combinações desses padrões. Entretanto, Sanita; Moraes; Santos (2014) e Martinez; Macias (2012) afirmam a necessidade de novas pesquisa para aprimorar e ampliar o uso terapêutico eficaz da acupuntura no tratamento da FM, devido os autores terem encontrados barreiras metodológicas nos artigos estudados. Para o desenvolvimento dessa pesquisa, optou-se pelo estudo sistêmico, porém, a maioria dos artigos encontrados apresentavam diferenças metodológicas significantes, como método de coleta de dados e análises.

Como já mencionado por Maciocia (2010), Lima (2012) reafirma as deficiências primária de Baço-pâncreas e Rim, associadas a deficiência de fígado (BARBOSA, *et al.* 2013), gerando deficiência de Yang, além de fatores patogênicos externos, tensão emocional, dieta irregular e trabalho físico excessivo, portanto a terapia não deve apenas tratar as manifestações, mas sim a raiz da patologia. Também, na pesquisa bibliográfica de Lima (2014) citou-se alguns pontos utilizados nos protocolos de tratamentos da FM, como: Yintang, F2, F3, BP6, BP9, E36, IG4, VB34, VB43, TA2, R2, R3 e R7, onde observou-se que alguns desses pontos já haviam sido utilizados em outras pesquisas como de Dias, *et al.* (2012), Dias (2012a); Coelho, Mejia (2013) e Oliveira; Silva; Ferreira (2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

AFM é uma síndrome musculoesquelética crônica caracterizada por dor generalizada, rigidez, fadiga, distúrbios de sono e humor, alterações funcionais e ansiedade. Sem etiologia ainda esclarecida, a FM ocorre, aproximadamente, em 2,5% da população brasileira, com maior incidência no gênero feminino, podendo afetar idosos e crianças. O diagnóstico da FM é baseado nos critérios estabelecidos pelo *American College of Rheumatology* (ACR) sendo esses abordam a dor generalizada, a presença de 11 ou mais dos 18 tender points e dor crônica por mais de 3 meses.

Segundo a visão da Medicina Tradicional Chinesa, os sintomas da FM estão

relacionados as Síndromes dos meridianos Yin Qiao Mai e Yang Qiao Mai, ou mesmo às síndromes do Fígado, Baço-pâncreas e Rim. Portanto, para o tratamento da FM tem-se abordagem farmacológicas e terapias não-farmacológicas, e dentre essas, a acupuntura tem um lugar de destaque.

Em relação à efetividade da acupuntura, a literatura científica selecionada para esta pesquisa se apresentou controversa, pois alguns estudos apontaram a efetividade do tratamento, apresentando protocolos de pontos para equilibrar os sintomas da FM, e outros não. Mesmo assim, ficou evidente que a acupuntura pode ser eficaz na redução da dor nos *tender points*, na melhora do sono e qualidade de vida. Entretanto, ainda há necessidade de novas pesquisas a fim de esclarecer condutas em relação à protocolos aplicados e metodologias de desenvolvimento de estudos, pois considera-se o tratamento individualizado e estimado pelo terapeuta. Com a padronização de protocolos e metodologias, será possível ampliar o uso terapêutico da acupuntura nos tratamentos de pacientes com FM.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO RAT. **Tratamento da dor na fibromialgia com acupuntura**. 2007. 90 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007

BAI Y; GUO Y; WANG H; CHEN B; WANG Z; LIU Y; ZHAO X; LI Y. **Efficacy of acupuncture on fibromyalgia syndrome: a Meta-analysis**. J. Tradit. Chin. Med. 2014. V. 34, n. 4, p. 381-391.

BARBOSA AM; MACHADO NETO GA; VALE LA do; PIRETT VM. **Acupuntura no tratamento da fibromialgia: uma revisão de literatura**. Revista Movimenta, 2013, v. 6, n. 2.

BASTOS JLN; PIRES ED; SILVA ML; ARAÚJO FLB de; SILVA JRT. **Effect of acupuncture at Tender Points for the management of fibromyalgia syndrome: A case series**. Journal of Acupuncture and Meridian Studies. 2013. V. 6, n. 3, p. 163-168.

BENNETT RM; KAMIN M; KARIM R; ROSENHAL N. **Tramadol and acetaminol then combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study**. Am J Med 114:537-45, 2003.

BRAZ AS; PAULA AP; DINIZ MFFM; ALMEIDA RN de. **Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia**. Rev. Bras. Reumatol. 2011, v. 51, n. 3, p. 269-82.

BRIOSCHI ML. **Imagem infravermelha no estudo diagnóstico da fibromialgia**. Tese (Pós-doutorado) - Departamento de Neurologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BURCKHARDT CS., CLARCK SR., BENNET RM. **Fibromyalgia and quality of life: A comparative analysis**. Journal of Rheumatol. v.20, n.3, p.475, 2000.

CARETTE S.; O. AKSON G.; GUIMONT C., STERIADE M. **Sleep elec troencephalography and the clinic in response to amitriptyline in patients with fibromyalgia**. Arthritis Rheum. 38: 1211-7,1 995.

CARVALHO, MSC. et al. **Acupuntura no tratamento da dor e interprofissionalidade: Revisão integrativa.** Braz. Journ. Of Development. V. 7, n. 3, p. 22366-22375. 2021.

CAVALCANTE AB., SAUER JF., CHALOT SD., ASSUMPÇÃO A., LAGE LV., MATSUTANI LA., MARQUES AP. **A prevalência de Fibromialgia: uma revisão de literatura.** Rev Bras Reumatol. 2006. v. 46, n. 1, p. 40-48, jan/fev.

COELHO AKA; MEJIA DPM. **Efeito da acupuntura na melhora da dor em paciente com fibromialgia.** Monografia (Pós-graduação). Faculdade Ávila. 2013.

COSTA FS; SANTOS MF; TURCI AM. **Acupuntura no tratamentos da fibromialgia: revisão de literatura.** Visão Universitária. V. 1, n. 1, p. 28-41. 2017.

DIAS MHP; AMARAL E; PAI HJ; TSAI DTY; LOTITO APN; LEONE C; SILVA CA. **Acupuntura em adolescentes com fibromialgia juvenil.** Rev. Paul. Pediatr. 2012, v. 30, n. 1, p. 6-12.

DIAS PA. **Efeitos da acupuntura, eletroacupuntura e moxabustão na qualidade de vida e no controle da dor em mulheres fibromiálgicas.** Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. 2012a.

FERRACCIOLI G; GHIRELLI L; SCITA F, et al. **EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome.** J Rheut.Patol. 14:820- 5, 1987.

FRANCHINI CFM; ZANATTA AP; GIOVINE G; PORTO GG; FRANCHINI MAM; SILVA NS. **Tratamento não-farmacológico de pacientes com fibromialgia.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. 2013, V. 4, n. 4, p. 32-37.

FREIRE FC; BRIOSCHI ML; NEVES EB. **Avaliação dos efeitos da acupuntura no IG4 (Hégu) por termografia de infravermelho.** Pam American Journal of Medical Thermology. 2015, V. 2, n. 2, p. 63-69.

GOLDENBERG D.; MAYS KIY M.; MOSSEY C.; RUTHAZER R.; SCHMID C. **A rando mized, doubl e- blind crossover tri al of flu oxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia.** Arthritis Rheum. 39: 1852-9, 1996.

GOULART R; PESSOA C; LOMBARDI JUNIOR I. **Aspectos psicológicos da síndrome da fibromialgia juvenil: revisão de literatura.** Rev. Bras. Reumatol. 2016, v. 56, n. 1, p. 69-74.

HAUN MVA; FERRAZ MB; POLLAK DF. **Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia em uma população brasileira.** Rev Bras Reumatol. 1999. 39: 221-30.

HELFENSTEIN JUNIOR M; GOLDENFUM MA; SIENA CAF. **Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais.** Rev Assoc. Med. Bras. 2012; 58(3): 358-365.

HEYMANN RE. et al. **Novas Diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia.** Rev. Bras. Reumatol. V. 57, n. 2. 2017.

JONES KD; CLARK SR. **Individualizing the exercise prescription for persons with fibromyalgia.** Rheum Dis Clin North Am. 28:419-36, 2002.

JONES KD; CLARK SR; BENNETT RM. Prescribing exercise for people with fibromyalgia. AACN Clin Issues. 13:277-93, 2002.

LIMA RCCF de. **A fibromialgia na visão da medicina tradicional chinesa e seu tratamento com acupuntura.** Monografia (Pós-graduação). Universidade de Mogi das Cruzes. Mogi das Cruzes- SP. 2012.

MACIOCIA G. **A prática da medicina chinesa: tratamento das doenças com acupuntura e ervas chinesas.** E. ed. São Paulo: Roca, 2010.

MARTÍNEZ NR; MACÍAS MÁ. *Acupuntura em el manejo complementario de la fibromialgia.* Rev. Colomb. Reumatol. V. 19, n. 1. 2012.

MENDES KDS; SILVEIRA RCCP.; GALVAO CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MORENO, JAA. **Eficacia de la acupuntura em pacientes com fibromialgia, uma revisão sistemática.** Monografia (Graduação). Facultad Fisioterapia – Facultad de Ciencias de la Salud. 2015

MONTOYA D. **Actualización breve sobre fibromialgia: diagnóstico diferencial y opciones de tratamiento disponibles.** Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2012, v. 17, n. 2, p. 189-198.

MOYANO S, KILSTEIN J, MIGUEL C. **New diagnostic criteria for fibromyalgia: here to stay.** Reumatol Clin. V. 11, p. 210-4 2015.

OLIVEIRA PC de; SILVA MCS; FERREIRA AS. **Tratamento da fibromialgia por acupuntura baseado na diferenciação de padrões: Revisão sistemática.** Cad. Naturol. Terap. Complem. V. 2, n.3. 2013.

OSHTORY MA; VIJAYAN N. **Clonazepam treatment of insomnia due to sleep myoclonus.** Arch Neurol. 37: 11 9-20, 1980.

PEREIRA, HSS et al. **Efeitos da acupuntura na fibromialgia: revisão integrativa.** Br JP. V.1. 2021.

PINTO A; MEJIA DPM. **A eficácia da acupuntura no tratamento dos pontos gatilho.** Monografia (Pós-graduação). Faculdade Ávila. 2012

PIRES FM; FREITAS FILHO GA de; CABRAL RMC; FERREIRA KS; SILVA RCD da. **Acupuntura como método de tratamento para fibromialgia.** Monografia (Graduação). Faculdade de Fisioterapia – Faculdade Objetivo. 2014.

PROVENZA JR.; POLLAK DF.; MARTINEZ JE.; PAIVA ES.; HELFENSTEIN M.; HEYMANN R.; MATOS JMC.; SOUZA EJR. **Fibromialgia.** Rev. Bras. Reumatol. V. 44, n. 6, p. 443-9, nov/dez., 2004.

SAMPAIO RF; MANCINI MC; FONSECA ST. **Prática baseada em evidência: buscando informação para fundamentar a prática clínica do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional.** Rev. Bras. Fisioter. 2002;6(3):113-8.

SANITA PCVM; MORAES TSM; SANTOS FM dos. **Análise do efeito da acupuntura no tratamento da fibromialgia: Revisão de literatura.** Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal. 2014.

SIMONS T. **Manual Pontos Gatilho (miotterapia).** 2. ed. vol. 1, p. 52, 1998.

SILVEIRA NC; MARTINS RCC. **Eficácia da acupuntura para o tratamento da fibromialgia: uma revisão sistemática.** Rev. Psicol Saúde e Debate. V. 4, n. 1, p.85-105. 2018.

STIVAL RSM; CAVALHEIRO PR; STASIAK CES; GALDINO DT; HOEKSTRA BE; SCHAFRANSKI MD. **Acupuntura na fibromialgia: um estudo randomizado-controlado abordando a resposta imediata da dor.** Rev. Bras. Reumatol. 2014. V. 54, n. 6, p. 431-436.

VAEROY H; ABRAHAMSE NA; FORRE O; KASS, E. **Treatment of fibromyalgia (fibrositis syndrome): a parallel double blind trial with carisoprodol, paracetamol and caffeine (Somadril comp) versus placebo.** Clin Rheumatol. 1989. 8:245-50, 1989.

WAYLONIS GW. **Long- term follow-up on patients with fibrositis treated with acupuncture.** Ohio State Med J. 73:299-302, 1977.

WOLFE F; SMITHE HA; YUNUS MB; BENNETT RM.; BOMBARDIER C.; GOLDENBERG D. L., *et al.* **Criteria for the classification of fibromyalgia.** The American College of Rheumatology .1990. 33:160-72.

WOLFE F; ROSS K.; ANDERSON J.; RUSSELL IJ.; HERBERT I. **The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population.** Arthritis Rheum. 1995. 38:19-28.

WOLFE F; CLAUW DJ; FITZCHARLES MA; GOLDENBERG DL; KATZ RS; MEASE P, *et al.* **The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity.** Arthritis Care Res. 2010. 62:600-10.

ANEXO 1

TÍTULO	ANO	AUTORES	PERIODICO	METODOLOGIA
Actualización breve sobre Fibromialgia: diagnóstico diferencial y opciones de tratamiento disponibles.	2011	Daniel Montoya	Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, n°2, oct de 2011, págs. 189-198.	Estudo bibliográfico de caráter descritivo.
Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia.	2011	Alessandra de Sousa Braz; Ana Patrícia de Paula; Margareth de Fátima F. Melo Diniz; Reinaldo Nóbrega de Almeida.	Rev. Bras. Reumatol. 2011, 51(3): 269-82.	Revisão bibliográfica descritiva.

eficácia da acupuntura no tratamento dos pontos gatilho	2012	Alessandro Pinto; Dayana Priscila Maia Mejia.	Monografia apresentada à Faculdade Ávila para obtenção do título de Especialista em Acupuntura.	Pesquisa de caráter exploratório e observacional.
Efeitos da acupuntura, eletroacupuntura e moxabustão na qualidade de vida e no controle da dor em mulheres fibromiálgicas.	2012	Paulo Araújo Dias	Dissertação submetida à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.	Pesquisa de campo com abordagem quali-quantitativa.
Acupuntura em adolescentes com fibromialgia juvenil.	2012	Marialda Höfling P. Dias; Elisabete Amaral; Hong Jin Pai; Daniela Terumi Y. Tsai; Ana Paola N. Lotito; Claudio Leone; Clovis Artur Silva.	Rev. Paul. Pediatr. 2012; 30(1): 6 – 12.	Estudo retrospectivo em pacientes com fibromialgia juvenil.
Acupuntura em el manejo complementário de la fibromialgia.	2012	Nelly Rodriguez Martinez; Mauricio Angel Macias.	Trabalho apresentado para obtenção de mestrado em Medicina Alternativa. Faculdade de medicina, Bogotá, D. C.	Estudo bibliográfico descritivo.
A fibromialgia na visão da medicina tradicional chinesa e seu tratamento com acupuntura.	2012	Renata Cristina Cardoso Fukunaru de Lima.	Monografia apresentada à Pós-graduação da Universidade de Mogi das Cruzes, SP.	Estudo bibliográfico e pesquisa exploratória.
Tratamento não-farmacológico de pacientes com fibromialgia.	2013	Cássia de Fátima Monteiro Franchini; Ana Paula Zanatta; Giovanna Giovine; Gleyton Gomes Porto; Máya Aparecida Monteiro Franchini; Neide Saturnino da Silva.	Braz. Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol. 4; n°. 4, p. 32 – 37, set./nov. 2013.	Estudo bibliográfico descritivo.
Efeito da acupuntura na melhora da do rem pacientes com fibromialgia.	2013	Angela Kelle Almeida Coelho; Dayana Priscila Maia Mejia.	Monografia apresentada à Faculdade Ávila para obtenção do título de Especialista em Acupuntura.	Estudo bibliográfico de caráter sistêmico.

Effect of acupuncture at Tender Points for the management of fibromyalgia syndrome: A case series.	2013	Jessica Lucia Neves Bastos; Elisa dória Pires; Marcelo Lourenço Silva; Fernanda Lopes Buiatti de Araújo; Josie Resende Torres Silva.	J. Acupunct. Meridian Stud. 3013; 6(3):163-168.	Pesquisa qualitativa utilizando a aplicação dos questionários de Impacto de Fibromialgia; Questionário de Avaliação de Saúde; Inventário de depressão de Beck e Inventário de ansiedade de Beck.
Acupuntura no tratamento da fibromialgia: uma revisão de literatura.	2013	Aurélio de Melo Barbosa; Guilherme Aurélio Machado Neto; Leidyane Aparecida do Vale; Vanilda Martins Pirett.	Revista Movimenta. Vol.6, nº. 2, 2013.	Estudo bibliográfico descritivo.
Tratamento da fibromialgia por acupuntura baseado na diferenciação de padrões:	2013	Pedro Couto de Oliveira; Maria Cristina Salimena Silva; Arthur de Sá Ferreira.	Cad. Naturol. Terap. Complem. Vol.2, nº. 3, 2013	Revisão sistemática de literatura.
Acupuntura como método de tratamento para fibromialgia.	2013/ 2014	Fabiana Machado Pires; Getúlio Antônio de Freitas Filho; Rejane Maria Cruvinel Cabral; Kátia da Silveira Ferreira; Renato Canevari Dutra da Silva.	Revista Objetiva, nº. 9, Vol. 1, 2013/2014.	Estudo bibliográfico de caráter descritivo e exploratório.
Efficacy of acupuncture on fibromyalgia syndrome: a Meta-analysis	2014	Yang Bai; Yi Guo; Hong Wang; Bo Chen; Zhankui Wang; Yangyang Liu; Xue Shao; Yin hong Li.	J. Trad. Chin. Med. 2014. August 15; 34 (4): 381-391.	Revisão sob artigos independentes onde avaliou a qualidade metodológica e extraiu dados relevantes.
Acupuntura na fibromialgia: um estudo randomizado-controlado abordando a resposta imediata da dor.	2014	Rebeca Saray Marchesini Stival; Patrícia Rechetello Cavalehiro; Camila Edith Stachera Stasiak; Dayana Talita Galdino; Bianca Eliza Hoekstra; Marcelo Derbli Schafranski.	Revista Bras. Reumatologia. 2014; 54(6): 431-436.	Estudo randomizado, controlado e duplo-cego.

Análise do efeito da acupuntura no tratamento da fibromialgia: revisão de literatura.	2014	Priscila Cantatori Vital de Macedo Sanita; Taise de Souza Moreira Moraes; Fernanda Mara dos Santos.	MTP&RehabJournal, 2014, 12: 188-204.	Revisão de literatura.
Avaliação dos efeitos da acupuntura no IG4 (Hégu) por termografia de infravermelho.	2015	Fabiana Cardoso Freire; Marcos Leal Brioschi; Eduardo Borba Neves.	Pan American Journal of Medical Thermology.	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa.
Eficacia de la acupuntura em pacientes com fibromialgia: uma revisão sistemática.	2015	José Abel Alcolea Moreno.	Trabalho de conclusão de curso da Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Jaén.	Revisão bibliográfica.
Aspectos psicológicos da síndrome da fibromialgia juvenil: Revisão de literatura.	2016	Rubens Goulart; Cinthia Pessoa; Império Lombardi Junior	Revista Bras. Reumatologia. 2016; 56(1): 69-74.	Revisão sistemática de literatura.

CAPÍTULO 2

A TARTARUGUINHA QUE PERDEU O CASCO E A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA

Data de aceite: 01/06/2021

Teresa Borgert Armani

VIAVIDA
Porto Alegre, RS

Ana Clarice Keniger

VIAVIDA
Porto Alegre, RS

Carla Krause Kilian

VIAVIDA
Porto Alegre, RS

Maria Cristina Ilanes Valenzuela

VIAVIDA
Porto Alegre, RS

RESUMO: A doação voluntária entre pessoas traz a possibilidade de continuidade da vida. Abordando o tema da doação de órgãos e tecidos junto ao público infante juvenil poderemos ampliar o número de transplantes e salvar mais vidas. A organização não governamental VIAVIDA Pró-doações e Transplantes congrega forças para mudar a cultura pela Doação de Órgãos e Tecidos na sociedade. Envolve-se em atender pacientes nessa situação, através da pousada Solidariedade e dissemina ações de educação em saúde, mobilizando a sociedade para ampliar conhecimentos sobre a importância de doar órgãos e tecidos e do direito à vida. Uma das ações é a contação da história *A Tartaruginha que Perdeu o Casco*, na comunidade escolar/ Ensino Fundamental/1º ao 5º Ano, por um grupo de voluntárias. O projeto traz mensagens

a respeito do tema, levando o público a uma reflexão sobre solidariedade, doação de sangue, órgãos e tecidos, bem como os cuidados com nossa saúde ao longo da vida. Para avaliar o impacto da ação de contação da história foi realizada uma pesquisa por amostra junto a um grupo de ouvintes. O tema também foi abordado em vídeo para poder chegar a mais pessoas durante a suspensão de atividades escolares devido a pandemia do Covid 19.

PALAVRAS-CHAVE: Doação de órgãos e tecidos, solidariedade, trabalho voluntário, contação de história.

THE LITTLE TURTLE WHO LOST ITS SHELL AND ORGAN DONATION: AN INOVATIVE EXPERIENCE

ABSTRACT: The voluntary donation among people brings the possibility of continuing life. While talking about the theme of donating organs and tissues with a younger audience we can raise the numbers of donors, transplants, and save more lives. The non-profit organization VIAVIDA Pró-doações e Transplantes joins forces to change the culture of organs and tissue donation in society. It involves attending patients in this situation through the Solidarity Inn and disseminates actions of health education, mobilizing society to amplify its knowledge about the importance of organs and tissue donations and the right to life. One of the “actions” is telling the story: *The little turtle who lost its shell*, in the school community/elementary school/1st to 5th grades, by a group of volunteers. The project brings messages of respect towards the theme, leading the public to a reflection about solidarity,

blood donation, organs and tissues donations, as well as how to take care of one's health in life. A research, through sampling with a group of listeners, was made to evaluate the impact of storytelling. The topic was also covered in video so it could reach more people during the suspension of school activities due to the pandemic of Covid-19.

KEYWORDS: Donation of organs and tissues, solidarity, volunteer work, storytelling.

1 | INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo, o ato de doar órgãos tem propiciado múltiplas interpretações e entendimentos, tais como a ideia da liberdade de entrega, de doação voluntária entre pessoas e até mesmo do conforto diante da possibilidade de continuidade da vida. Com a doação de órgãos e tecidos muitas vidas podem continuar, de fato. Embora tantas vidas sejam perdidas com homicídios, suicídios, na violência urbana, no trânsito etc., um doador representa exatamente isso: a possibilidade de não se interromper a vida de outro alguém, de não se desperdiçar, mas de poder salvar vidas.

Lutamos diariamente pelos direitos humanos, pela acessibilidade plena e universal de todas as conquistas que a evolução científica tem oferecido à humanidade. Mas estes avanços da tecnologia requerem das pessoas o ato de doar a seus semelhantes, ou seja, a disponibilidade para a doação é uma conquista universal e constante do ser humano, que indica o maior ou menor grau de civilização em que vivemos.

O Brasil, segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), se destaca no panorama mundial por realizar um número significativo de transplantes de alta complexidade, porém, não há relato de transplantes pediátricos de múltiplos órgãos em nosso país. Isso porque, além de não haver doação de órgãos infantis, não contamos com um sistema aparelhado para isso (Gabrilli).

Observa-se que o diálogo sobre a doação de órgãos e tecidos ainda não é um tema que faz parte do nosso contexto cotidiano no espaço familiar, escolar, religioso, muito menos escolhido para ser falado com o público infante juvenil. E sabe-se que centenas de crianças brasileiras, além de jovens e adultos, estão em lista de espera por transplante de algum órgão para recuperar a saúde e aproximadamente 40% das famílias ainda resistem em autorizar o transplante de órgãos e tecidos.

A VIAVIDA Pró-doações e Transplantes é uma organização não governamental de Porto Alegre/RS que se constituiu em 2000, como associação sem fins lucrativos, abraçando o compromisso de congregar forças para mudar a cultura pela Doação de Órgãos e Tecidos na sociedade. Sua missão é garantir a efetivação dos direitos humanos das pessoas em situação de pré e pós-transplantes de órgãos e tecidos - motivo que faz manter a Pousada Solidariedade desde 2004, hospedando gratuitamente pessoas doentes em pré e pós-transplante, mais um familiar cuidador, oriundas de cidades de todo o Brasil, sendo a maioria menores de 18 anos. Dessa forma, potencializa ações de educação em saúde, mobilizando a sociedade para ampliar conhecimentos sobre a importância de doar

órgãos e tecidos e do direito à vida.

Assim, dentre os vários projetos que a VIAVIDA realiza para atingir seus objetivos, destaca-se a Contação da história *A Tartaruginha que Perdeu o Casco*, baseada no Livro de mesmo nome, escrito e lançado no segundo semestre/2015 pela VIAVIDA em parceria com as Empresas CRIA IDEIAS e ICATU Seguros, caracterizando-se como uma atividade lúdico-pedagógica na comunidade escolar/Ensino Fundamental/1º ao 5º Ano.

2 | OBJETIVO

Ampliar a informação e esclarecimentos sobre a doação de órgãos e tecidos como direito à vida e a necessidade de cuidados com a saúde, na comunidade escolar de Ensino Fundamental, por meio da contação da história *A Tartaruginha que perdeu o Casco*, de modo interativo, criativo e lúdico.

3 | DESENVOLVIMENTO

Acreditamos que podemos falar e educar as crianças e adolescentes para propiciar um campo de reflexão sobre doação de órgãos, suas dúvidas serem abordadas com naturalidade, principalmente porque trata-se de salvar vidas e de valorizar a vida de outras pessoas com sua participação solidária. Assim, pensamos que, se desde cedo se fala da doação de órgãos e tecidos, futuramente a situação de fila de espera poderá diminuir consideravelmente.

Neste contexto, a partir do segundo semestre de 2015 iniciamos o trabalho de contação da história em algumas escolas e também em outros espaços, como praças e eventos. Com o objetivo de priorizar a rede pública escolar, no início de 2016 fizemos contato com a 1ª Coordenadoria Regional de Educação da Secretaria de Educação do Rio Grande do Sul (1ª CRE/RS), que se mostrou interessada. Apresentamos o projeto para os Diretores das Escolas Estaduais e estabeleceu-se então, uma parceria, onde ficou combinado que cada Escola interessada na contação da história faria sua solicitação junto a VIAVIDA.

A partir daí, montamos uma agenda conforme disponibilidade da equipe de contadoras voluntárias para ir às Escolas realizar a atividade. A ação consiste em reunir no local um grupo de crianças, em geral duas turmas por vez, com suas respectivas professoras, em torno de 60 pessoas. E realiza-se a contação da história da *Tartaruginha*, ambientada em um cenário de bosque com os demais personagens.

Em seguida, inicia-se uma conversa com os participantes sobre o tema: o que entenderam, o que mais chamou a atenção, os gestos de solidariedade entre os bichos, o que nós humanos podemos fazer, o que podemos doar (eles vão falando: roupas, brinquedos, cabelos, sangue e órgãos).

Respeitando-se a faixa etária de cada grupo, desenvolve-se todo um raciocínio

sobre o significado da doação de cabelos, de sangue e de órgãos, falamos também da experiência da VIAVIDA com sua Pousada Solidariedade e seus hóspedes infantis e adolescentes à espera de transplantes de órgãos. Destaca-se os cuidados que podemos ter com a nossa saúde ao longo da vida, evitando algumas doenças que podem evoluir à necessidade de transplante de órgão.

Como estímulo para lembrar e contar a história em casa e conversar com a família sobre o assunto, as crianças recebem adesivos dos personagens da história e uma Revista com atividades, editada em 2017.

Eventualmente há manifestação das crianças ou professores que conhecem e/ou vivenciaram o processo de transplante e que espontaneamente dão seus depoimentos no evento. Muitas vezes, como reflexão final, fazemos a leitura de algum depoimento de um familiar ou do próprio transplantado, publicado no livro *Crônicas de Vida* (Lisbôa, 2020).

A tabela a seguir mostra a abrangência do público e locais impactados por este projeto desde o seu início, desenvolvido por voluntárias da VIAVIDA.

Ano	Escolas e Outros Locais	Sessões	Público	Adesivos	Revistas Passatempo	Livros	Kits flyers VIAVIDA
2015	09	14	576	576	-	08	-
2016	27	58	3.315	4.631*	-	271	-
2017	28	65	4.067	8.134*	475	200	-
2018	07	15	646	1.292*	595	12	25
2019	16	43	1.993	2.409	1.993	40	136
2020**	01	01	35	30	30	01	-
Total	88	196	10.632	17.072	3.099	532	161

*Além do personagem principal, incluiu-se uma lista de adesivos dos demais personagens da história

** Impacto da Pandemia Covid 19

Produção Total do Projeto Contação da história *A Tartaruguinha que perdeu o Casco*: por ano, locais, sessões, público e material distribuído - VIAVIDA – 2015 a 2020

4 | AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Transcorridos três anos da experiência de diálogo sobre o tema doação de órgãos e tecidos com um público infanto-juvenil, professores, supervisores e diretores de Escolas, em 2018 constatou-se uma riqueza de aprendizados que beneficia todos os envolvidos, com novas ideias de aperfeiçoamento lúdico-pedagógicas e técnica teatral, inclusive para as voluntárias contadoras de histórias. Muitos professores desenvolveram técnicas pedagógicas para explorar o tema após a presença da atividade nas suas Escolas

Acreditávamos que uma ação desta natureza no universo do Ensino Fundamental poderia ser uma possibilidade de reflexão sobre o assunto em pauta, desconstruindo mitos e medos existentes em nós, provocando mudanças no legado cultural que trazemos. Esperava-se também, que após a técnica de contação da história na escola a criança seria portadora deste evento junto à família e/ou cuidadores, ampliando e construindo conhecimentos na direção de incentivo à vida, de promoção da saúde e de prevenção de doenças que podem levar a transplantes.

Para verificar e comprovar estas hipóteses, em 2018 elaboramos um Projeto de Pesquisa de Avaliação com indicadores de produtividade e de impacto social.

Conforme a Consultoria Ink Inspira, *“De acordo com a UNICEF, a Avaliação de Impacto é o exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple o seu desenho, implementação e resultados, com vistas à determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e a relevância de seus objetivos. O objetivo da Avaliação de Impacto é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou suspensão de uma determinada intervenção.”*

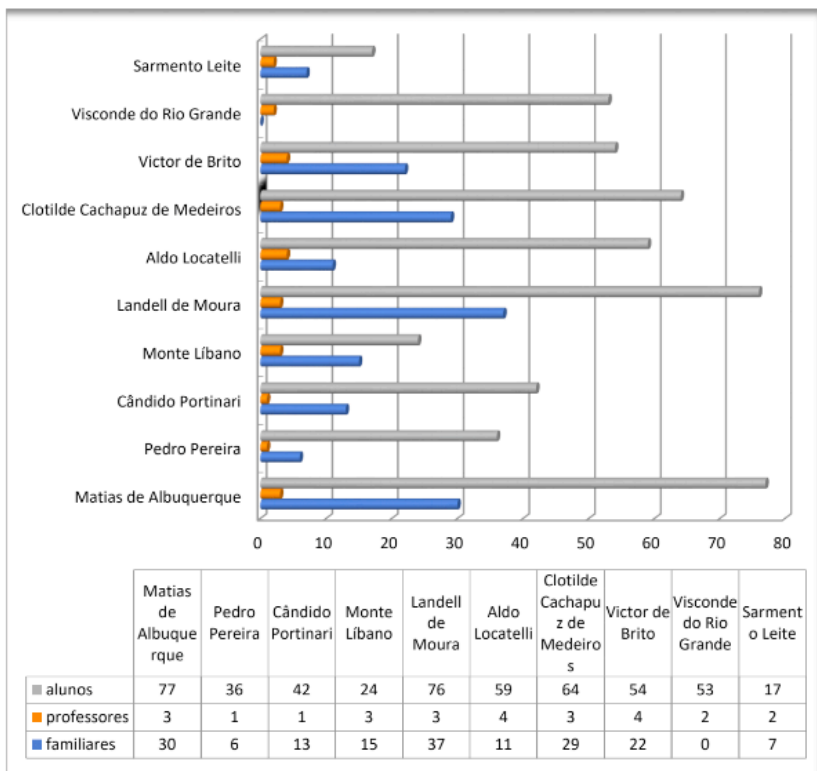
Optamos por avaliar o trabalho realizado no ano de 2017, selecionando uma amostra de 10 Escolas dentre as 28 atendidas naquele ano, conforme dados do quadro anterior, correspondendo a 35% do total. A seleção das Escolas foi aleatória.

Elaboramos um instrumento padrão, quali-quantitativo, para cada público: alunos, professores e famílias, o instrumento metodologicamente contemplou as categorias temáticas que evoluíram os conteúdos tratados na contação da história visto que o objetivo desta avaliação foi verificar em que medida a ação de contação da história A Tartaruginha que perdeu o Casco estava sendo eficaz no que se refere a reflexões, conversas com a família sobre a causa Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos e se houve algum impacto decorrente disso.

	ESCOLA	BAIRRO - POA
1	Matias de Albuquerque	Aberta dos Morros
2	Pedro Pereira	Agronomia
3	Cândido Portinari	Menino Deus
4	Monte Líbano	Espírito Santo
5	Landell de Moura	Tristeza
6	Aldo Locatelli	Jardim Carvalho
7	Clotilde Cachapuz de Medeiros	Cavallhada
8	Victor de Brito	Nonoai
9	Visconde do Rio Branco	Ipanema
10	Sarmento Leite	Cristo Redentor

Quadro de amostragem das Escolas por bairros em Porto alegre - 2017

A seguir, um quadro síntese com dados das 10 Escolas estudadas:



Distribuição dos participantes da pesquisa (698) por categoria: alunos, professores e familiares nas 10 Escolas Estaduais de Ensino Fundamental - 1ª CRE/RS, 2018

5 | PRINCIPAIS APRENDIZADOS E RESULTADOS ALCANÇADOS

De um modo geral, esta pesquisa, mesmo tendo sido realizada após um ano aproximadamente desde o evento da contação da história nas Escolas, apresentou que 78% dos alunos lembravam da história e da atividade desenvolvida. Além disso, constatou-se que 53% dos familiares também lembraram que os filhos comentaram a história da Tartaruginha que perdeu o Casco nas suas respectivas casas. Em 44% destas famílias houve alguma conversa a respeito do assunto em casa, e 46% dos familiares não lembraram se houve comentários. Os comentários dos filhos foram preferentemente sobre a importância de salvar vidas, sobre o ato solidário e a palavra compatível.

Em decorrência dos comentários dos filhos em casa, 34% dos familiares referem que pensaram no assunto *doação de órgãos*, sendo que 27% deles declaram *não serem doadores de órgãos*, mas 82% concordam com a ideia, justificando pela importância de salvar outras vidas.

A respeito dos professores, 64% deles declararam que a ação realizada na escola fez pensar sobre a seriedade do assunto e de se tornarem possíveis doadores de órgãos. Comentaram, também, que as atividades pedagógicas e lúdicas da história são muito adequadas para entender a complexidade do tema *doação de órgãos* ou a prolongação da vida.

Todos os dados da pesquisa foram catalogados, analisados e organizados em relatórios impressos, ilustrados com gráficos e tabelas por Escola e compilados em um Relatório geral, enviados por e-mail às Escolas estudadas e também entregues pessoalmente a cada uma delas, além de estarem disponíveis na VIAVIDA nas diferentes versões.

6 | CONCLUSÃO

Ao longo deste período e com os resultados da pesquisa de avaliação desta ação, percebemos que o impacto gerencial aplicado na intencionalidade deste trabalho nos indica um resultado muito positivo, uma vez que se abrem portas ao conhecimento de temas tão necessários para um mundo mais solidário.

A pesquisa demonstrou que este projeto de contação da história A Tartaruginha que perdeu o Casco nas Escolas, vem atingindo os objetivos propostos, evidenciando haver impacto direto de conscientização e de mudança em relação ao assunto em pauta, tanto para os alunos e professores, como também às famílias, incluídas neste estudo.

Foi importante também, para seguirmos confiantes na continuidade desta ação em Escolas de Porto Alegre, tanto públicas quanto privadas e até ampliando para o interior do Estado, graças à parceria e apoio financeiro do Instituto Unicred do RS. Acreditamos que a união de esforços pode gerar grandes resultados e que assim podemos acreditar em uma sociedade mais consciente.

Destacamos um dos depoimentos dos familiares incluídos na pesquisa:

"Não pense na doação de órgãos como oferecer uma parte de você para que um desconhecido possa viver. Na realidade é um desconhecido que oferece o corpo para que uma parte de você possa continuar vivendo!"

Além deste trabalho realizado presencialmente nas escolas, em 2020, desafiados pela Pandemia do Covid 19, o projeto foi ampliado para uma versão em vídeo. A parceria e apoio do Instituto Unicred possibilitou a elaboração de 3 vídeos, publicados no *Youtube* (links incluídos nas referências bibliográficas) que estão sendo divulgados amplamente e encaminhados às Escolas para uso com seus alunos neste contexto em que as visitas presenciais foram impossibilitadas.

Conclui-se então, que esta pesquisa nas Escolas foi de grande importância para abrir um espaço de reflexão entre o público infanto-juvenil a respeito do assunto *doação e transplantes de órgãos e tecidos*. Além disso, foi possível conhecermos um pouco

sobre o que pensam os que se envolvem com a educação de crianças e adolescentes. E também foi mais uma oportunidade para toda a comunidade escolar refletir sobre os aspectos sociais, científicos e éticos relativos ao assunto em questão, que tanto interessa à sociedade atual. Portanto, o impacto gerado a partir da intencionalidade deste trabalho nos indica um resultado muito positivo, uma vez que se abrem portas ao conhecimento de temas tão necessários para um mundo mais solidário.

REFERÊNCIAS

A Tartaruginha que Perdeu o Casco - contação, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=mdGfTddGcvi&t=300s>

A Tartaruginha que Perdeu o Casco – contação, perguntas e respostas, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Jb91IHn6agU&t=102s>

INK Inspira, **Compreenda o que é a Avaliação de Impacto Ex-post**, disponível em <https://inkinspira.com.br/compreenda-o-que-e-a-avaliacao-ex-post-de-impacto-social/>

Lisbôa, Mário Cavaleiro. **Crônicas de Vida**: doação de órgãos e transplantes. VIAVIDA, 2020.

Mara Gabrielli, disponível em <http://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/precisamos-falar-sobre-doacao-e-transplante-de-orgaos/>

CAPÍTULO 3

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DISTONIA CERVICAL E BLEFAROESPASMO SUBMETIDOS AO TRATAMENTO COM A TOXINA BOTULÍNICA “A”

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 02/05/2021

Victor Guimarães de Almeida

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/7145750314097418>

Henrique Ballalai Ferraz

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
Departamento de Neurologia e Neurocirurgia
São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/6405640945393510>

RESUMO: O objetivo deste estudo é analisar a qualidade de vida de pacientes com distonia cervical e blefaroespasma que realizam tratamento com a toxina botulínica A em um ambiente médico especializado. Trata-se de um estudo observacional de relato de caso retrospectivo não randomizado e previamente aprovado pelo Comitê de Ética Institucional. Foram realizadas entrevistas individuais com perguntas sobre os diversos aspectos que caracterizam a qualidade de vida. Foi utilizado como instrumento o Questionário de Qualidade de Vida SF36 (Short Form Health Survey - 36). Em nossos resultados, averiguamos que tanto a distonia cervical quanto o blefaroespasma prejudicam de forma significativa a qualidade de vida desses pacientes, conforme obtido pelos escores do SF36. Pacientes com distonia

cervical têm pontuação menor do que pacientes com blefaroespasma em todos os domínios ($p = 0,02$). Este estudo demonstra o maior grau de impacto na qualidade de vida dos pacientes com distonia cervical em comparação aos pacientes com blefaroespasma, ambos submetidos a tratamento com toxina botulínica A.

PALAVRAS-CHAVE: Torcicolo, Torcicolo espasmódico, Distonia cervical, Blefaroespasma, Qualidade de vida.

COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CERVICAL DYSTONIA AND BLEPHAROSPASM SUBMITTED TO TREATMENT WITH BOTULINIC TOXIN “A”

ABSTRACT: The aim of this study is to analyze the quality of life of patients with cervical dystonia and blepharospasm who undergo treatment with botulinum toxin A in a specialized medical setting. This is an observational study of a non-randomized retrospective case report previously approved by the Institutional Ethics Committee. Individual interviews were conducted with questions about the different aspects that characterize quality of life. The SF36 Quality of Life Questionnaire (Short Form Health Survey - 36) was used as an instrument. In our results, we found that both cervical dystonia and blepharospasm significantly impair the quality of life of these patients, as obtained from the SF36 scores. Patients with cervical dystonia score lower than patients with blepharospasm in all domains ($p = 0.02$). This study demonstrates the greater degree of impact on the quality of life of patients with cervical dystonia compared to patients with

blepharospasm, both undergoing treatment with botulinum toxin A.

KEYWORDS: Torticollis, Spasmodic torticollis, Cervical dystonia, Blepharospasm, Quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

A distonia é um distúrbio do movimento caracterizado por contrações musculares sustentadas ou intermitentes, causando movimentos repetitivos e / ou posturas anormais. Os movimentos distônicos são tipicamente de torção e também podem ser tremores. A distonia é frequentemente iniciada ou agravada por ação voluntária e associada a um excesso de ativação muscular. (WERLE, 2013).

Qualquer região do corpo pode ser afetada e quando atinge os músculos do pescoço é chamada de distonia cervical (DC). Anteriormente, o termo torcicolo espasmódico era usado para designar essa síndrome, mas esse termo não enfatiza a natureza distônica da doença. (CAMARGO, 2007).

A distonia cervical (DC) é a forma mais comum de distonia na idade adulta e sua prevalência em relação a outras doenças neurológicas é mais comum do que a miastenia gravis e comparável à esclerose lateral amiotrófica e à síndrome de Guillain-Barré. (CLAYPOOL et al., 1995).

O blefaroespasmto essencial benigno (BEB) é uma distonia facial caracterizada por contração espontânea, espasmódica, bilateral e involuntária dos músculos protetores da pálpebra (músculo orbicular, corrugador de sobancelha e prócero). (LUCCI, 2002). Conseqüentemente, ocorre um fechamento involuntário, espasmódico e bilateral das pálpebras. Esse fechamento forçado pode evoluir para cegueira funcional com graves limitações sociais, pois interfere nas atividades diárias como ler, caminhar, trabalhar e cuidar dos afazeres domésticos. (OSAKI & BELFORT, 2004).

Geralmente, ambas as condições (DC e BEB) prejudicam a qualidade de vida, devido à dor (DC) e à limitação funcional devido à cegueira virtual (BEB). O objetivo deste estudo é detectar qual deles causa maior impacto na qualidade de vida do paciente.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo observacional de uma amostra de pacientes sem randomização.

A estratégia de ação utilizada para o desenvolvimento deste estudo está baseada na realização de entrevistas com um grupo de 15 pacientes com DC e um grupo de 14 pacientes com BEB, sendo todas as entrevistas realizadas no ambulatório de Neurologia do Hospital São Paulo. As entrevistas foram realizadas antes da aplicação da toxina botulínica A dos pacientes, e conforme aceitação da participação.

A entrevista dos pacientes durou em média 7 minutos, na qual foi aplicada uma série de 36 questões por meio do Short-form Health Survey (SF-36), mais uma questão,

que questionava “Há quanto tempo o Sr(a) acha que as manifestações clínicas voltaram ao estado inicial após a última aplicação da toxina botulínica? ”, sendo esta última questão realizada para saber por quanto tempo a toxina botulínica A teve efeito e por quanto tempo o paciente teve sua qualidade de vida prejudicada no intervalo entre as aplicações de 6 meses.

A metodologia de análise dos dados deste estudo será baseada nos escores do questionário Short-form Health Survey (SF-36) por meio da conversão das questões do SF-36 pelo método Raw Scale, no qual os scores dos 8 domínios variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior pontuação e 100 = melhor pontuação para cada domínio.

Os domínios do SF36 avaliados neste estudo são: Capacidade funcional; Limitação por aspecto físico; Dor; Estado geral de saúde; Vitalidade; Aspectos sociais; Aspectos emocionais e Saúde mental

Para fins de avaliação dos dados obtidos para os oito itens do SF-36, foi utilizada como referência a tabela de medidas descritivas do SF-36 padronizada para a população brasileira por faixa etária, no estudo “Dados normativos brasileiros do Short Form -36 versão 2 do questionário” (LAGUARDIA & TRAVASSOS, 2013). Para cada escala do SF-36, foram calculadas as seguintes medidas: média e respectivo intervalo de confiança, efeito chão e efeito teto que constituem a porcentagem de sujeitos que tiveram a pontuação mais baixa -zero, ou a mais alta - cem - em cada um dos oito domínios, respectivamente. O cálculo do grau de significância do projeto foi realizado por meio do teste de Mann-Whitney para hipótese direcional.

3 | RESULTADOS

Foram entrevistados 29 pacientes, sendo 15 acometidos por DC e 14 por BEB, com média de idade dos grupos de 60,2 (\pm 11,02) e 59,6 (\pm 6,89) anos, respectivamente. Para analisar os resultados obtidos segundo a tabela de medidas descritivas do Sf-36 padronizada para a população brasileira por faixa etária, foi utilizada a faixa etária entre 55 e 64 anos. (tabela 1).

PADRONIZAÇÃO DO SF-36 POR FAIXA ETÁRIA

Faixa etária	CF	AF	Dor	EGS	VT	AS	AE	SM
55-64 anos (n = 2120)								
Média	68,5	71,2	70,6	65,0	69,3	80,1	77,3	72,6
IC95%	67,2-69,8	69,8-72,5	69,3-71,8	63,9-66,0	68,3-70,3	79,0-81,2	76,0-78,6	71,7-73,6
% Chão	3,7	4,3	1,8	0,9	0,8	0,8	3,5	0,3
% Teto	29,6	43,4	33,1	2,5	13,2	51,1	52,5	14,2

CF: Capacidade funcional AS: Aspectos sociais
 AF: Limitação por aspecto físico AE: Aspectos emocionais
 EGS: Estado geral de saúde VT: Vitalidade
 SM: Saúde mental

Tabela 1: Padronização do SF-36 por faixa etária.

Fonte: Laguardia J., Travassos C., et al. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2.

- Capacidade funcional (CF): A análise da capacidade funcional dos 2 grupos de pacientes apresentou médias de 74 pontos para DC e 74,28 pontos para BEB, com média esperada de 68,5 pontos. 28,57% dos pacientes com BEB e 33,33% dos pacientes com DC estavam abaixo do valor médio esperado de capacidade funcional. Observou-se ausência de efeito chão na capacidade funcional dos 2 grupos e presença de efeito teto de 7,14% para BEB e 6,66% para DC, ambos abaixo de 29,6%, valor normal esperado para a idade dos grupos.
- Limitação por aspecto físico (AF): A análise da limitação por aspectos físicos dos 2 grupos de pacientes apresentou médias de 55,35 pontos para BEB e 46,66 pontos para DC, com média esperada de 71,2 pontos. 57,12% dos pacientes com BEB e 60% dos pacientes com DC estavam abaixo do valor médio esperado para a limitação pelo aspecto físico. Observou-se a presença de efeito não na limitação por aspecto físico em 14,28% dos pacientes com BEB e 33,33% dos pacientes com DC, para um valor esperado para a idade de 4,3%. O efeito teto de ambos os grupos foi de 28,57% para BEB e 13,33% para DC, para um valor esperado de idade de 43,4%.
- Dor: A análise do domínio dor dos 2 grupos de pacientes teve médias de 51,73 pontos para DC e 57,07 pontos para BEB, com média esperada de 70,6 pontos. 64,26% dos pacientes com BEB e 80% dos pacientes com DC estavam abaixo do valor médio esperado para o domínio dor. A presença de efeito chão e efeito teto não foi observada para o domínio dor nos 2 grupos, para um valor normal esperado para a idade de 1,8% para o efeito chão e 33,1% para o efeito teto.
- Estado geral de saúde (EGS): A análise do estado geral de saúde dos 2 grupos de pacientes apresentou médias de 48,8 pontos para DC e 56,14 pontos para BEB, com média esperada de 65 pontos. 57,12% dos pacientes com BEB e 80% dos pacientes com DC estavam abaixo do valor médio esperado para o domínio estado geral de saúde. A presença do efeito chão e efeito teto não foi observada no domínio estado geral de saúde nos 2 grupos, para um valor normal esperado para a idade de 0,9% para o efeito de piso e 2,5% para o efeito de teto.
- Vitalidade (VT): A análise do domínio vitalidade dos 2 grupos de pacientes apresentou médias de 53,66 pontos para DC e 66,78 pontos para BEB, com média esperada de 69,3 pontos. 49,98% dos pacientes com BEB e 86,66% dos pacientes com DC estavam abaixo do valor médio esperado para o domínio vitalidade. Não houve efeito chão no domínio vitalidade em nenhum dos 2 grupos, sendo esperado em 0,8% da população geral para a idade média do grupo, o efeito teto ocorreu em 14,28% dos pacientes com BEB e não ocorreu no grupo de pacientes com DC, sendo esperado para a população geral de 13,2%.
- Aspectos Sociais (AS): A análise do domínio do aspecto social dos 2 grupos de pacientes, apresentou médias de 60,83 pontos para DC e 71,42 pontos para BEB, com média esperada de 80,1 pontos. 57,13% dos pacientes com BEB e 73,33%

dos pacientes com DC estavam abaixo do valor médio esperado para o domínio aspecto social. Não houve efeito chão no domínio aspectos sociais, fenômeno que não ocorreu em nenhum dos 2 grupos, sendo esperado em 0,8% da população geral para a média de idade do grupo. O efeito teto ocorreu em 28,57% dos pacientes com BEB e 6,66% no grupo de pacientes com DC, com média de 51,1% esperada para a população geral.

- Aspectos emocionais (AE): A análise do domínio do aspecto emocional dos 2 grupos de pacientes, apresentou médias de 53,33 pontos para DC e 61,9 pontos para BEB, com média esperada de 77,3 pontos. 57,13% dos pacientes com BEB e 73,33% dos pacientes com DC estavam abaixo do valor médio esperado para o domínio aspecto emocional. O efeito chão foi observado em 14,28% dos pacientes com BEB e 20% dos pacientes com DC, com efeito esperado para a população geral em 3,5% dos participantes, enquanto o efeito teto ocorreu em 42,85% dos pacientes com BEB e 26,66% de pacientes com DC, sendo esperado para a população geral de 52,5%.
- Saúde Mental (SM): A análise do domínio saúde mental dos 2 grupos de pacientes, apresentou médias de 60,8 pontos para DC e 73,42 pontos para BEB, com média esperada de 72,6 pontos. 42,84% dos pacientes com BEB e 73,33% dos pacientes com DC estavam abaixo do valor médio esperado para o domínio saúde mental. Não houve efeito chão no domínio saúde mental em nenhum dos 2 grupos, sendo esperado em 0,3% da população geral para a idade média do grupo, o efeito teto ocorreu em 14,28% dos pacientes com BEB e não ocorreu em o grupo de pacientes com DC, com média de 14,2% esperada para a população geral.

4 | DISCUSSÃO

Diversos estudos na literatura nacional e internacional comparam cada uma das doenças abordadas neste estudo de forma isolada, ou de forma comparativa com outros distúrbios do grupo dos distúrbios do movimento, como o Espasmo Hemifacial, além de comparações antes e após o tratamento com toxinas botulínicas do tipo A e B.

A utilização de instrumentos para investigar os impactos na qualidade de vida de pacientes com doenças de longa data tem se estabelecido cada vez mais como uma importante ferramenta para investigar e abordar os principais aspectos por eles afetados, bem como para justificar os investimentos financeiros no tratamento dessas doenças. No entanto, a literatura ainda carece de consenso sobre os métodos utilizados para avaliar e monitorar continuamente esses pacientes, devido aos diferentes resultados obtidos de acordo com os instrumentos utilizados. (KONGSAENGDAR & MANEETON, 2018).

A duração média do efeito da toxina botulínica A em pacientes com DC relatada em vários estudos na literatura varia de 11 a 24 semanas, sendo a duração média de $14,6 \pm 6$ semanas encontrada em nossos pacientes da amostra. Em pacientes com BEB, a

duração média do efeito da toxina A foi de $13,7 \pm 5,4$ semanas, resultado esse esperado de acordo com relatos na literatura de $12,7 \pm 5,2$ semanas (Gráfico 1). (COMELLA et al., 2005; ABABNEH et al., 2013).

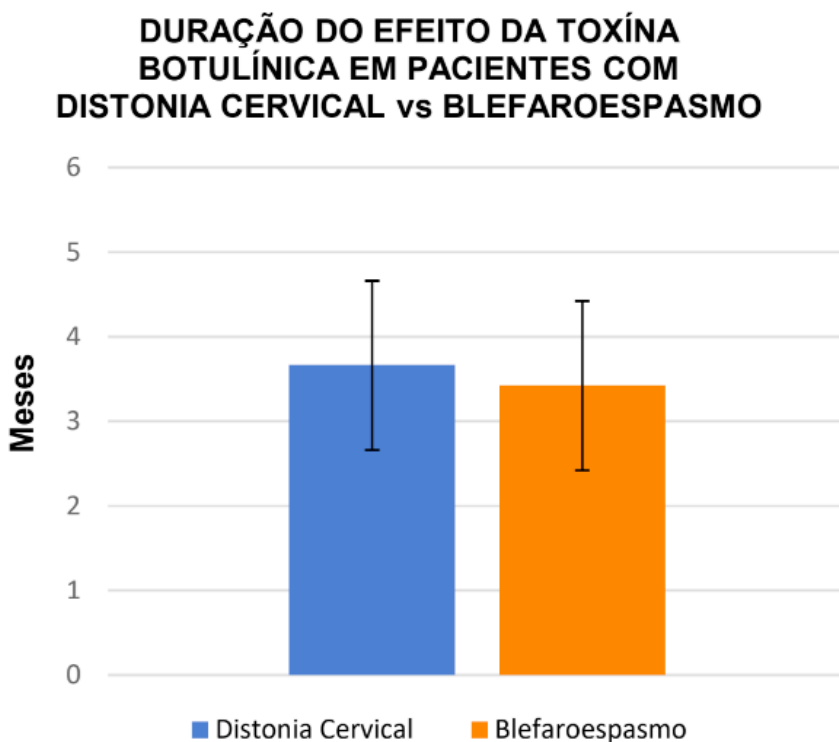


Gráfico 1: Análise da duração do efeito da toxina botulínica A em pacientes com Distonia cervical (n = 15) e Blefaroespasma (n = 14)

A qualidade de vida, segundo os domínios do SF-36, apresentou menores scores no DC e no BEB em relação à população geral (Gráfico 2). Nos pacientes com DC, apenas a capacidade física estava acima da média esperada para a população, enquanto no BEB, tanto a capacidade física quanto a saúde mental estavam acima dos valores médios esperados. Na comparação entre os grupos, há um maior envolvimento do DC em todos os aspectos quando comparado ao BEB, demonstrando assim uma pior qualidade de vida em geral neste grupo ($p = 0,02$)

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DISTONIA CERVICAL vs BLEFAROSPASMO

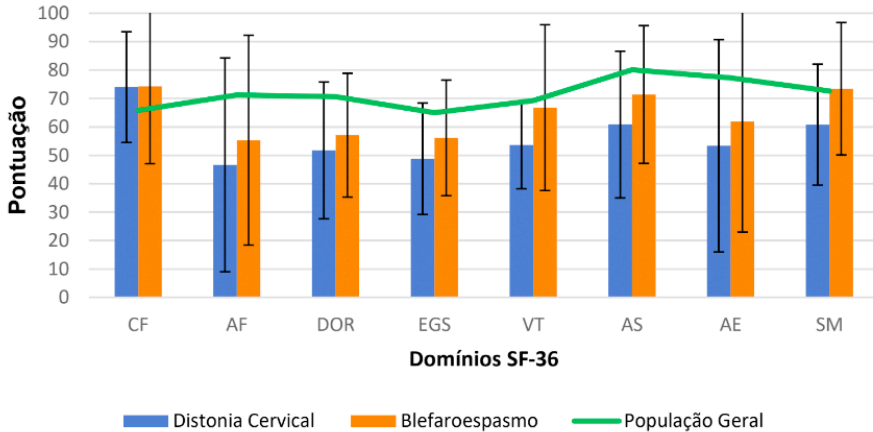


Gráfico 2: análise da qualidade de vida, segundo os domínios do SF-36, dos pacientes com Distonia cervical (n = 15) e BlefaroespasmO (n = 14).

Analisando a concentração dos valores obtidos nos domínios do SF-36, acima ou abaixo da média, para cada grupo e domínio respectivamente, verifica-se novamente um maior envolvimento do grupo com DC em relação ao BEB, com população abaixo da média igual a ou superior a 80% dos pacientes em termos de dor, saúde geral e vitalidade, em relação ao BEB, em que os domínios mais afetados são dor, limitação por aspectos físicos, saúde geral, aspectos emocionais e sociais, estando entre 65% e 57% dos pacientes.

Na literatura, encontra-se um envolvimento correlacionado entre o domínio dor e sua interferência na saúde mental de pacientes com DC, levando a quadros de ansiedade e depressão mais prevalentes neste grupo, corroborando a piora nos níveis de vitalidade e limitação física. Fato que está associado ao maior envolvimento dos pacientes com DC nesses domínios, aliado a um baixo grau de saúde geral. (TOMIC et al., 2016).

Ao analisar os valores dos efeitos teto e chão dos grupos, percebe-se que eles tendem a seguir o valor de referência para as faixas etárias dos grupos no que diz respeito ao efeito chão e tendem a ter valores inferiores ao esperado para o efeito teto (Gráfico 3). No entanto, dois pontos de oscilação são perceptíveis para ambos os grupos nos domínios da limitação por aspectos físicos e emocionais, nos quais há uma tendência de se aproximar dos valores ideais do efeito teto em combinação com uma discrepância acentuada em o efeito chão, sendo a maior tendência de melhora presente no grupo com BEB (Gráfico 3).

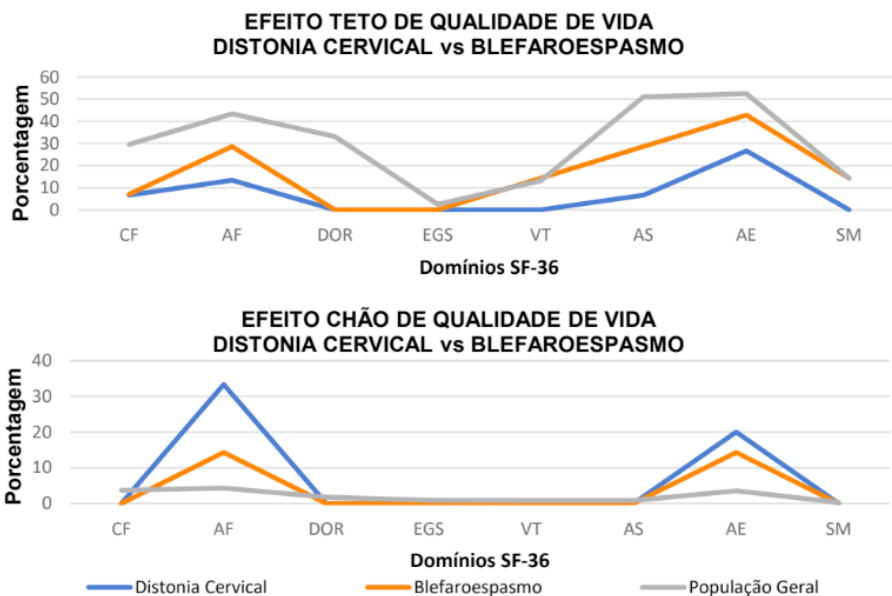


Gráfico 3: Análise do efeito teto e efeito chão, de acordo com os domínios do SF-36, de pacientes com Distonia cervical (n = 15) e Blefaroespasma (n = 14)

Em pacientes com BEB, a literatura mostra, juntamente com este estudo, um grande envolvimento dos aspectos emocionais e sociais juntamente com a limitação pelo aspecto físico e estado geral de saúde, porém, mesmo esses domínios sendo os mais correlacionados nos diferentes métodos de avaliação, com a maior comprometimento da qualidade de vida, um ponto encontrado em nossa amostra é o maior número de pacientes abaixo do valor esperado para o domínio dor em relação a todos os outros domínios (Gráfico 4), fato que não é evidenciado ao se analisar apenas o resultado médio de a amostra para os domínios, demonstrando que o domínio dor também pode ter um impacto mais pronunciado em outros itens como no caso do DC. (TUCHA et al., 2001).

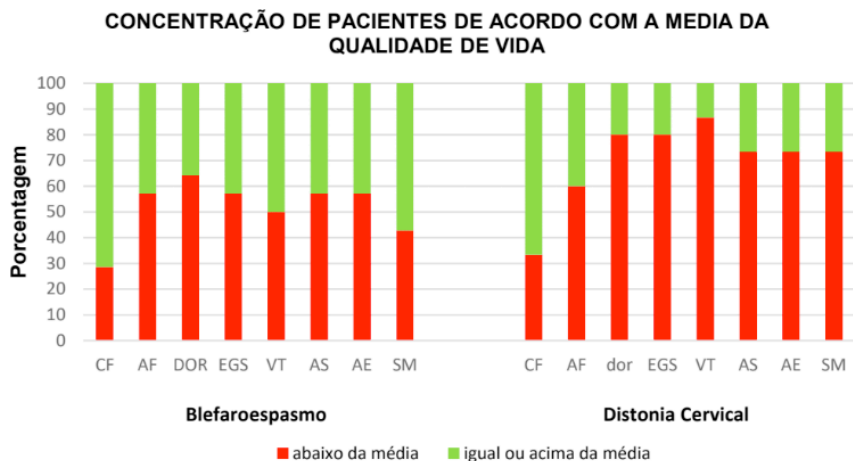


Gráfico 4: Concentração dos pacientes com Blefaroespasmto (n = 14) e Distonia cervical (n = 15), segundo os domínios do SF-36, em relação à média da qualidade de vida da população geral.

5 | CONCLUSÃO

Nos 8 aspectos abordados neste estudo, para o dimensionamento do impacto na qualidade de vida dos pacientes com DC e BEB, demonstrou-se envolvimento mais prevalente na amostra com DC em relação ao BEB.

Há uma necessidade maior de abordagem mais efetiva e diferenciada quanto aos intervalos de aplicação da toxina botulínica A, bem como acompanhamento multidisciplinar dos pacientes com DC para melhor abordar as repercussões de sua comorbidade na qualidade de vida. Físico e psicológico, bem como um melhor acompanhamento dos pacientes com BEB, principalmente em seus aspectos psicológicos, também é necessário.

Estudos complementares são necessários para entender a dinâmica dos percentuais de grande número de pacientes que permanecem abaixo da pontuação média em cada domínio para ambas as doenças estudadas, bem como um melhor entendimento de que fatores influenciam na melhora mais significativa em pacientes acima da média dos pacientes. dois grupos, além do tratamento com toxina botulínica A. Bem como um melhor entendimento de que fatores externos geram as oscilações evidenciadas nos domínios da limitação por aspectos físicos e emocionais.

REFERÊNCIAS

ABABNEH, Osama H; CETINKAYA, Altug; KULWIN, Dwight R. Long-term efficacy and safety of botulinum toxin A injections to treat blepharospasm and hemifacial spasm. **Clinical & Experimental Ophthalmology**, [S.L.], v. 42, n. 3, p. 254-261, 4 ago. 2013. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/ceo.12165>.

BALINT, Bettina; MENCACCI, Niccolò E.; VALENTE, Enza Maria; PISANI, Antonio; ROTHWELL, John; JANKOVIC, Joseph; VIDAILHET, Marie; BHATIA, Kailash P. Dystonia. **Nature Reviews Disease Primers**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 4-25, 20 set. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-018-0023-6>.

CAMARGO, Carlos Henrique F.; TEIVE, Hélio A.G.; BECKER, Nilson; BARAN, Maria Helena Herdoíza; SCOLA, Rosana Herminia; WERNECK, Lineu César. Cervical dystonia: clinical and therapeutic features in 85 patients. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.L.], v. 66, n. 1, p. 15-21, mar. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-282x2008000100005>.

CLAYPOOL, David W.; DUANE, Drake D.; ILSTRUP, Duane M.; MELTON, L. Joseph. Epidemiology and outcome of cervical dystonia (spasmodic torticollis) in Rochester, Minnesota. **Movement Disorders**, [S.L.], v. 10, n. 5, p. 608-614, set. 1995. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/mds.870100513>.

COMELLA, C. L.; JANKOVIC, J.; SHANNON, K. M.; TSUI, J.; SWENSON, M.; LEURGANS, S.; FAN, W.. Comparison of botulinum toxin serotypes A and B for the treatment of cervical dystonia. **Neurology**, [S.L.], v. 65, n. 9, p. 1423-1429, 7 nov. 2005. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000183055.81056.5c>.

GIRACH, Ayesha; ARAGON, Ana Vinagre; ZIS, Panagiotis. Quality of life in idiopathic dystonia: a systematic review. **Journal Of Neurology**, [S.L.], v. 266, n. 12, p. 2897-2906, 20 nov. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-018-9119-x>.

KONGSAENGDAR, Subsai; MANEETON, Narong; MANEETON, Benchalak. Long-term quality of life in cervical dystonia after treatment with abobotulinum toxin A: a 2-year prospective study. **Neuropsychiatric Disease And Treatment**, [S.L.], v. 14, p. 1119-1124, abr. 2018. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s152252>.

LAGUARDIA, Josué; CAMPOS, Mônica Rodrigues; TRAVASSOS, Claudia; NAJAR, Alberto Lopes; ANJOS, Luiz Antonio dos; VASCONCELLOS, Miguel Murat. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 16, n. 4, p. 889-897, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2013000400009>.

LAHUE, Sara C.; ALBERS, Kathleen; GOLDMAN, Samuel; LO, Raymond Y.; GU, Zhuqin; LEIMPETER, Amethyst; FROSS, Robin; COMYNS, Kathleen; MARRAS, Connie; KLEIJN, Annelie. Cervical Dystonia Incidence and Diagnostic Delay in a Multiethnic Population. **Movement Disorders**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 450-456, 27 nov. 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/mds.27927>.

LUCCI, Lucia Miriam Dumont. Blefaroespasmó essencial benigno. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, [S.L.], v. 65, n. 5, p. 585-589, set. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27492002000500017>.

OSAKI, Midori Hentona; BELFORT JUNIOR, Rubens. Qualidade de vida e custos diretos em pacientes com blefaroespasmó essencial e espasmó hemifacial, tratados com toxina botulínica-A. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, [S.L.], v. 67, n. 1, p. 43-49, fev. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27492004000100008>.

TUCHA, O.; NAUMANN, M.; BERG, D.; ALDERS, G. L.; LANGE, K. W.. Quality of life in patients with blepharospasm. **Acta Neurologica Scandinavica**, [S.L.], v. 103, n. 1, p. 49-52, jan. 2001. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0404.2001.00109.x>.

WERLE, Roberta Weber. **DISTONIA CERVICAL: PERFIL FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.** 2013. 110 f. Tese (MESTRADO) - Curso de Medicina, Medicina Interna, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1884/35011>. Acesso em: 01 jun. 2018.

CAPÍTULO 4

ANEMIA FALCIFORME E OS CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Aline Russomano de Gouvêa

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFMS
Três Lagoas- MS, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3983698431772013>

Priscila Kelly da Silva Neto

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFMS
Três Lagoas- MS, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6849051148539320>

Fernando Ribeiro dos Santos

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFMS
Três Lagoas- MS, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9534064376185834>

Juliana Dias Reis Pessalacia

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFMS
Três Lagoas- MS, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4043784563120025>

Edis Belini Junior

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFMS
Três Lagoas- MS, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7999047569432181>

RESUMO: A Anemia Falciforme é uma doença genética caracterizada pela presença da hemoglobina S em homozigose. Essas

peças são acometidas por complicações agudas e crônicas que as afetam fisicamente e emocionalmente durante a vida, tornando-as elegíveis para os Cuidados Paliativos. O objetivo do estudo, foi sumarizar a literatura que relaciona Anemia Falciforme e Cuidados Paliativos. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Literatura Latino- americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e a *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Utilizou-se como estratégia de busca, a seguinte combinação dos descritores Decs/Mesh: ‘*Palliative care*’ AND ‘*Anemia, sickle cell*’, foram encontradas 69 produções científicas, desses 57 foram excluídos, pois não correspondiam à questão da pesquisa e foram selecionados ao final 12 artigos que correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão adotados dos anos de 2008 a 2020. Os dados foram apresentados em três categorias temáticas, sendo: cinco artigos (41,7%) na Categoria (I) Cuidados paliativos e qualidade de vida na anemia falciforme, quatro (33,3%) na Categoria (II) Controle da dor e outros sintomas na anemia falciforme e três (25%) na Categoria (III) Cuidados primários integrais na anemia falciforme. Os Cuidados Paliativos atuam no controle da dor na Anemia Falciforme e contribuem para uma assistência integral, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Notou-se assim, insuficiência de estudos voltados para os Cuidados Paliativos na Anemia Falciforme e de ações voltadas para a formação dos profissionais de saúde para a abordagem da dor e outros sintomas.

PALAVRAS- CHAVE: Anemia falciforme; Cuidados paliativos; Dor; Qualidade de vida.

SICKLE CELL ANEMIA AND PALLIATIVE CARE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Sickle cell anemia (SCA) is genetic disease characterized by the presence of hemoglobin S in homozygosis. SCA patients are affected by acute and chronic complications that affect them both physically and emotionally during their lives, making them eligible for Palliative Care (PC). The purpose of the study, foi summarize the literature relating SCA and PC. This is an integrative literature review conducted in the databases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) and Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (Lilacs) and the Scientific Electronic Library Online (SciELO). The following combination of the descriptors Decs/Mesh: 'Palliative care' AND 'Anemia, sickle cell' was used as search strategy, 69 scientific productions were found, 57 of which were excluded because they did not correspond to the research question, and 12 articles were selected that corresponded to the inclusion and exclusion criteria adopted from 2008 to 2020. The data were presented in three thematic categories: five articles (41,7%) in Category (I) Palliative care and quality of life in sickle cell anemia, four (33,3%) in Category (II) Pain control and other symptoms in sickle cell anemia and three (25%) in Category (III) Comprehensive primary care in sickle cell anemia. Palliative Care acts on pain control in sickle cell anemia and contributes to integral care, improving the quality of life of patients and their families. Thus, it was noted the insufficiency of studies directed towards Palliative Care in Sickle Cell Anemia and of actions directed towards the formation of health professionals to approach pain and other symptoms.

KEYWORDS: Sickle Cell Anemia; Palliative care; Pain; Quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

A Anemia Falciforme (AF) é a doença mais comum entre as hemoglobinopatias no Brasil e no mundo caracterizada pela presença da Hemoglobina (Hb) anormal chamada S. O primeiro relato foi descrito pelo médico James Herrick em 1910 em um paciente proveniente da África (MORAES; GALIOTI, 2010).

A HbS resulta de uma mutação pontual do tipo transversão, em que há a troca de uma base purínica (adenina) por uma pirimídica (timina) no códon do gene HBB (beta globina) que corresponde ao sexto aminoácido da globina. Por causa dessa mutação, o aminoácido ácido glutâmico é substituído por uma valina na cadeia beta globina, originando uma Hb com características físicas e bioquímicas alteradas (STEINBERG, 1998; REES; WILLIAMS; GLADWIN, 2010) e, dependendo do estado de hipóxia e desidratação, os glóbulos vermelhos sofrem processos de polimerização e falcização. Na **Figura 1** é possível observar os glóbulos vermelhos falcizados e a consequência deste processo, no caso, a oclusão do vaso.

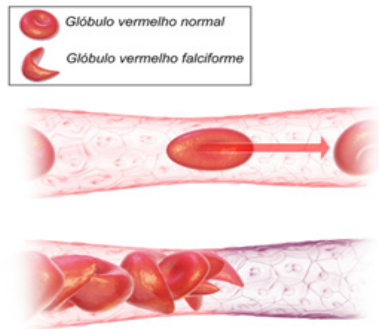


Figura 1. Comparação de glóbulo vermelho normal com glóbulo vermelho falciforme e uma das consequências fisiopatológica da Anemia Falciforme, oclusão vascular.

Fonte: Hemácias normais e afetadas pela anemia falciforme. Ilustração: Alila Medical Media/ Shutterstock.com.

No Brasil, o diagnóstico precoce para a AF ocorre por meio da triagem neonatal, instituída pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), que a partir da Portaria nº. 822/01 do Ministério da Saúde (MS), no ano de 2001, incluiu as hemoglobinopatias neste rastreamento (FERREIRA; CORDEIRO, 2013).

Para Pereira (2018), a AF provoca um grande sofrimento em seus portadores, merecendo assim, uma assistência especial e por uma equipe multidisciplinar, de forma a proporcionar qualidade de vida às pessoas em tratamento.

Dentre as diversas causas e complicações da AF ao organismo, pode-se destacar a hipóxia, infartos, atrofia, trombozes, fibrose dos órgãos, hemólise extravascular e intravascular. Além disso, há um acometimento dos órgãos fundamentais, que são responsáveis pela manutenção do corpo humano, como o fígado e a medula óssea, ocasionando complicações de nível agudo e crônico. A AF possui diagnóstico precoce que é detectado por meio do teste do pezinho ao nascer e na vida adulta com metodologias sensíveis, por exemplo, a eletroforese de Hb e cromatografia líquida de alta performance (HPLC) de Hb. Na maioria dos casos, o tratamento é paliativo e preventivo, com a utilização de fármacos e/ou terapia transfusional com quelação do ferro. Por outro lado, o tratamento curativo está associado ao transplante de células troncas hematopoéticas, porém existe o obstáculo de doador compatível e o risco do transplante (PEREIRA, 2018, TAMPAKI *et al.*, 2021).

Diante dessas complicações complexas e heterogêneas na AF, as pessoas com AF são afetadas fisicamente e emocionalmente durante a vida, tornando-as elegíveis para os cuidados paliativos (CP). Há necessidade de uma abordagem de equipe multidisciplinar que reúna os profissionais de saúde para um cuidado ideal, coordenado ao longo da vida do paciente (ANIE; GREEN, 2002; AJAYI *et al.*, 2016).

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define um conceito para CP

voltado ao cuidado holístico e de abordagem transversal, diante de uma doença que ameaça a vida, a fim de melhorar a qualidade de vida de pacientes e de seus familiares, com o alívio do sofrimento, através da promoção da dignidade, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de ordem psicossocial e espiritual (OMS, 2017).

As condições elegíveis para CP são: condições quando a cura é possível como o câncer, mas pode falhar; quando requerer tratamento complexo e prolongado como a AF; condições em que o tratamento é apenas paliativo desde o diagnóstico como em anormalidades cromossômicas ou condições incapacitantes graves e não progressivas como paralisia cerebral grave (BRASIL, 2017).

Assim, o foco principal é o cuidar, levando em consideração os princípios dos CP como, considerar a morte um processo natural, integrar aos cuidados clínicos aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais e não apressar ou adiar a morte; oferecer uma rede de apoio em seu próprio ambiente; encorajar o paciente a viver o mais ativamente possível até sua morte e incluir a família dispondo-a de acompanhamento para o luto (BRASIL, 2012).

Diante da complexidade clínica e de cuidados multiprofissional exigido pela AF, as pessoas com esta afecção genética requerem aspectos e princípios elencados pelos CP a fim de buscar melhor qualidade de vida a esses pacientes. O presente trabalho visa sumarizar a literatura que relaciona AF e CP, dada a importância desses cuidados na AF.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), método empírico, que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e a incorporação da aplicabilidade de resultados a partir da análise sistemática de estudos, oferecendo suporte na tomada de decisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Procedeu-se deste modo, à elaboração da hipótese ou questão norteadora da pesquisa, a revisão da literatura, categorização e avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Buscou-se responder à seguinte questão norteadora: quais são os estudos que abordam os CP na AF? A busca foi realizada por dois revisores no mês de setembro de 2020, sendo consultadas as bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Literatura Latino- americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e a *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Utilizou-se como estratégia de busca, a seguinte combinação dos descritores Decs/Mesh: '*Palliative care*' AND '*Anemia, sickle cell*'.

Utilizou-se como critérios de inclusão, artigos com texto completo disponível, em língua portuguesa e inglesa publicados no período de 2008 a 2020, com a versão *online* disponível, e que respondiam à questão norteadora. Definiu-se por estudos publicados nos últimos doze anos, devido ao maior número de publicações na temática. Exclui-se teses,

dissertações, monografias, além das publicações que se repetiram nas bases de dados.

Para reunir e sintetizar as informações-chave dos artigos selecionados, observando o nível de evidências dos estudos, a fim de fortalecer os resultados da pesquisa, montou-se um formulário com os seguintes dados: código do artigo, autores, periódico, base de dados, ano da publicação, delineamento do estudo e síntese dos resultados. Por meio desses dados realizou-se a leitura criteriosa dos resumos, os artigos que não atendiam ao delineamento da pesquisa foram excluídos e em seguida realizou-se a leitura na íntegra dos demais estudos.

Foram encontradas 69 produções científicas, das quais duas na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), uma Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e 66 na *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Desses, 57 foram excluídos, pois não correspondiam à questão da pesquisa e foram selecionados ao final 12 artigos que correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão adotados. Observa-se abaixo a análise do resultado das buscas por meio do fluxograma (Figura 2).

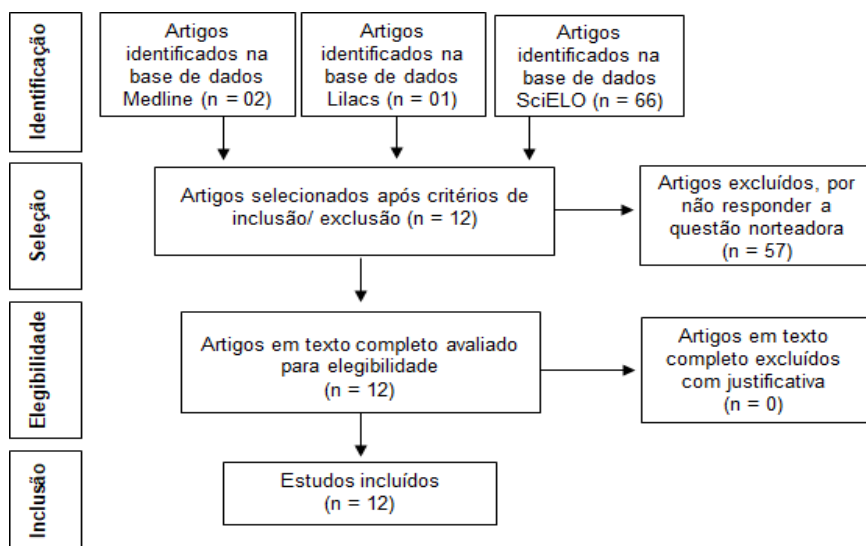


Figura 2. Fluxograma dos mecanismos de busca, Três Lagoas, MS, Brasil, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Por meio da ferramenta validada avaliou-se o nível de evidência de cada artigo identificando-os segundo: título do periódico, autores, objetivos do estudo e nível de evidência, sendo: I- Revisões sistemáticas ou metanálise; II - Estudo randomizado, controlado; III - Ensaio clínico controlado sem randomização; IV- Caso Controle ou Coorte; V- Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; VI - Estudo Qualitativo ou

Descritivo; VII - Parecer ou consenso de especialista (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Os resultados foram apresentados por meio de quadro sinóptico, contendo código do artigo, título, periódico/ano de publicação, objetivo e implicações dos CP na AF. Em seguida foram discutidos através da distribuição categórica, com base no delineamento de cada pesquisa, originou-se três categorias: (I) Cuidados paliativos e qualidade de vida na anemia falciforme; (II) Controle da dor e outros sintomas na anemia falciforme e (III) Cuidados primários integrais na anemia falciforme.

3 I RESULTADOS

Os CP no controle da dor na AF enfatizam o papel dos mesmos na assistência integral e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Há insuficiência de estudos voltados para os CP na AF e capacitação dos profissionais de saúde para a abordagem da dor e outros sintomas. Observa-se abaixo, o quadro sinóptico (**Quadro 1**), referente aos estudos incluídos nesta revisão.

Código	Título	Periódico e Ano de Publicação	Objetivo	Implicações dos Cuidados Paliativos na Anemia Falciforme
A1	Sickle cell disease: an opportunity for palliative care across the life span	The Nursing clinics of North America, 2010	Estudo com objetivo de traçar o perfil das oportunidades de implementação de conceitos de cuidados paliativos ao longo da vida, com o intuito de melhorar ainda mais a qualidade de vida de bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos com anemia falciforme, e para suas famílias.	Abordagem de cuidado holística e abrangente pode ajudar a melhorar a função biológica do paciente e a percepção de saúde, estado funcional e qualidade de vida do paciente com Anemia Falciforme e da sua família.
A2	Psychological therapies for sickle cell disease and pain	Cochrane Database Syst Rev, 2015	Estudo com o objetivo de examinar as evidências de que as intervenções psicológicas melhoram a capacidade das pessoas com doença falciforme de lidar com sua condição.	O tratamento geralmente é sintomático e paliativo por natureza. Intervenções psicológicas para indivíduos com anemia falciforme podem complementar o tratamento atual.
A3	Pain management in sickle cell disease: palliative care begins at birth?	Hematology Am Soc Hematol Educ Program, 2008	Estudo com objetivo de estabelecer estrutura operacional de modelos de prática de cuidado da dor que podem ser aplicáveis em qualquer ambiente e em qualquer estágio de desenvolvimento da doença falciforme.	É necessária uma abordagem de equipe interdisciplinar que reúna os profissionais de saúde para um cuidado compassivo ideal, coordenado desde o início da vida e ao longo da vida do paciente.

A4	Adults with sickle cell disease: an interdisciplinary approach to home care and self-care management with a case study	Home Healthc Nurse, 2012	Estudo com objetivo de fornecer uma rede viável para enfermeiros de saúde domiciliar estabelecerem a gestão do autocuidado e o apoio ao paciente adulto com Doença Falciforme.	Através do estabelecimento da gestão do autocuidado e o apoio ao paciente adulto com anemia falciforme. Reduzir os episódios de dor e as complicações potencialmente catastróficas de insuficiência renal, doença pulmonar e eventos cardiovasculares.
A5	Palliative Care Teams as Advocates for Adults with Sickle Cell Disease	Journal of Palliative Medicine, 2016	Estudo com principal objetivo de como os cuidados paliativos (CP) melhora a qualidade de vida dos pacientes com doenças graves, muitas equipes de CP são solicitadas a se envolver no cuidado desses pacientes e podem ter níveis variáveis de experiência com a Doença Falciforme.	Os Cuidados Paliativos (CP) visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes com anemia falciforme. Melhoraram a expectativa de vida geral dos pacientes com doença falciforme (DF).
A6	Incorporating integrative medicine and patient preferences into a pilot interdisciplinary sickle cell wellness clinic	Complementary Therapies in Medicine, 2020	Estudo com objetivo de conectar famílias com a Clínica de Dor, Cuidados Paliativos e Medicina Integrativa (PPCIM) para receber habilidades especializadas para o tratamento em pessoas com anemia falciforme.	Manejo de episódios de dor aguda e dor crônica que podem impactar drasticamente a qualidade de vida e o cumprimento de metas.
A7	2'-O-methoxyethyl splice-switching oligos correct splicing from IVS2-745 β -thalassemia patient cells restoring HbA production and chain rebalance	Haematologica, 2020	O estudo utiliza método de tratamento paliativo crônico e caro por transfusão de sangue combinado com quelação de ferro. Essa abordagem dupla suprime a anemia e reduz as toxicidades relacionadas ao ferro nos pacientes. O transplante alogênico de medula óssea é uma opção, mas limitada pela disponibilidade de um doador HSC altamente compatível.	Suprime a anemia e reduz as toxicidades relacionadas ao ferro nos pacientes.
A8	Oral ketamine for sickle cell crisis pain refractory to opioids	J Pain Palliat Care Pharmacother, 2013	Estudo com objetivo de verificar as informações publicadas sobre a cetamina usada em pessoas com doença falciforme em crises de dor aguda. A equipe de cuidados paliativos da Virginia Commonwealth University foi consultada sobre uma mulher afro-americana de 38 anos com S/Beta talassemia em crise de dor aguda severa sobreposta à dor crônica relacionada à sua doença.	Uso de analgésicos que podem ser usados como um adjuvante de opiáceos para o alívio da dor em várias condições e estados de dor na anemia falciforme. Associado aos cuidados paliativos, melhora a perspectiva e/ou qualidade de vida dos pacientes.

A9	Relationship of Pain Quality Descriptors and Quantitative Sensory Testing: Sickle Cell Disease	journal of the Eastern Nursing Research Society, 2019.	Com objetivo de identificar os descritores da qualidade da dor sensorial que estão associados às classificações derivadas do teste sensorial quantitativo (QST) normal ou sensibilizado. Descoberta de que conjuntos de descritores na qualidade da dor sensorial discriminaram as classificações.	A associação entre os descritores de qualidade sensorial da dor e as classificações em adultos com anemia falciforme.
A10	Hematology in Africa	Hematol Oncol Clin North Am, 2016	Descrever a epidemiologia, a história natural e o manejo das doenças hematológicas na África com base na prestação de cuidados integrais para a doença de hemoglobina S-C.	Serviços especializados em coagulopatias, malignidade hematológica e cuidados paliativos. Existem muitas áreas de prática nas quais medidas diretas podem gerar grandes ganhos no atendimento ao paciente.
A11	Edmonton Symptom Assessment System for outpatient symptom monitoring of sickle cell disease	Southern Medical Journal, 2014	O estudo possui abordagem de que embora a extensão da metodologia de cuidados paliativos para a doença falciforme (DF) tenha sido proposta, não existe um padrão atual para avaliação de sintomas. O objetivo foi avaliar a viabilidade de integrar o Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) no gerenciamento ambulatorial de doença da hemoglobina S-C.	Implicações no gerenciamento ambulatorial da anemia falciforme de forma eficaz.
A12	Hemoglobinopathies: clinical manifestations, diagnosis, and treatment	Dtsch Arztebl Int, 2011	Com o objetivo de identificar a expectativa de vida projetada e a qualidade de vida de pacientes com distúrbios graves de hemoglobina podem ser melhoradas significativamente usando métodos de tratamento avançados.	O cuidado adequado dos pacientes afetados requer uma ampla variedade de medidas diagnósticas e terapêuticas. Pacientes com anemia falciforme tratados de forma ideal têm uma expectativa de vida projetada de 50 a 60 anos.

Quadro 1. Artigos incluídos na revisão integrativa da literatura sobre os cuidados paliativos na anemia falciforme, Três Lagoas, MS, Brasil, 2020.

Fonte: Dados obtidos do estudo, 2020.

Observou-se a relação dos CP na AF presentes nos artigos selecionados e notou-se que cinco (41,7%) discutiam a qualidade de vida dos pacientes com AF, quatro (33,3%) abordaram o controle da dor e três (25%) os cuidados primários nesses pacientes. Assim a partir desses resultados, emergiram três categorias temáticas, conforme os objetivos propostos, sendo elas: (I) Cuidados paliativos e qualidade de vida na anemia falciforme (A1, A5, A7, A8 e A12), categoria (II) Controle da dor e outros sintomas na anemia falciforme

(A2, A4, A6 e A9) e a categoria (III) Cuidados primários integrais na anemia falciforme (A2, A10 e A11).

4 | DISCUSSÃO

Identificou-se um maior número de estudos que abordavam os CP no contexto de melhorar a qualidade de vida em pacientes com AF, conforme descrito na categoria I.

Categoria I - Cuidados paliativos e qualidade de vida na anemia falciforme

A qualidade de vida (QV) em pessoas com AF surge como um desafio essencial a ser alcançado tanto para os pacientes, quanto para os familiares e profissionais da saúde. Pode-se observar que a QV tem se tornado gradualmente importante para a assistência à saúde, havendo aprimoramento e sofisticação em sua metodologia de avaliação, focada em avaliações subjetivas, medindo a percepção individual da qualidade de vida dos pacientes (PEREIRA, 2018).

Para Barsaglini (2013), a avaliação da qualidade de vida de pessoas com a AF revelou que se encontram em pior situação do que a população sem a doença, mas observam que a detecção precoce das complicações crônicas e a prestação de serviços de cuidados à saúde interferem positivamente na QV, além de reduzirem o tempo de hospitalização. Embora não haja, ainda, instrumento específico para avaliar a QV de pessoas com AF, a sua modalidade genérica atende à investigação, não dispensando a necessidade de incremento neste tipo de pesquisa.

De acordo com Coelho (2001), nos portadores de doenças crônicas, a QV refere-se a uma avaliação do próprio paciente, em relação aos seus aspectos funcionais diante das transformações ocorridas em função da enfermidade e/ou tratamento. Contudo essa posição é insuficiente para se avaliar a QV, pois várias são as dimensões que devem ser utilizadas e não apenas uma.

Categoria II - Controle da dor e outros sintomas na Anemia Falciforme

De acordo com a definição da International Association for the Study of Pain (IASP) a dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos, órgãos ou sistemas. Logo, a experiência da dor, especialmente a crônica, muitas vezes leva o paciente a alterar os seus hábitos de vida, ocasionando problemas socioeconômicos e emocionais (SILVA; RIBEIRO FILHO, 2011).

Na AF, a analgesia por meio da utilização de fármacos como opióides e antiinflamatórios não esteroidais é necessária para combater as dores do tipo somático e visceral. Sendo assim, a dor tem boa resposta ao tratamento com antiinflamatório e opióide (LOBO; MARRA; SILVA, 2007).

Uma grande parte dos pacientes com AF sofrem de dor crônica. Os mecanismos

de dor podem ser diferentes daqueles que desencadeiam as crises agudas e mais frequentemente envolve articulações, necrose avascular, fraturas por compressão, úlceras cutâneas, sensibilização central, hiperalgesia, entre outras complicações (BRASIL, 2013).

Categoria III- Cuidados primários integrais na Anemia Falciforme

A assistência aos pacientes com anemia falciforme tem início no nascimento e percorre até a fase adulta, cada um com suas peculiaridades tendo como objetivos permitir que esse paciente tenha uma vida normal, mediante ações para prevenir complicações, para redução de internações e melhora na qualidade de vida. A qualidade de vida ganha maior importância, pois pode influenciar diretamente no prognóstico da doença, sendo necessários mais estudos sobre o assunto, os quais possam direcionar estratégias para implementar programas de saúde e privilegiar ações de cuidado ao doente (CARVALHO; SANTO; ANJOS, 2015).

Essa assistência prestada deve oferecer informações sobre a doença tanto ao paciente quanto aos familiares, por meio de intervenções educativas, podendo oferecer mudanças comportamentais. Assim, para realizar cuidados na saúde, é necessário compreender suas necessidades como ponto inicial para uma melhor intervenção, reconhecer o outro como indivíduo do cuidado integral, aplicar escalas de dor, conhecer o manual de eventos agudos, não esquecendo o fato de que cada paciente é único e reage de forma diferenciada (FERREIRA, 2012).

Segundo Rodrigues *et al.*, (2010) e Ferreira e Cordeiro (2013) o cuidado integral ao paciente com anemia falciforme implica na inerência das ações cura, promoção e prevenção em saúde, construindo lacunas de cuidado no contexto familiar. Assim, o cuidado às pessoas em condição crônica, precisa saber diferenciar o que é objetivo para si e a situação real em que vivem essas pessoas e famílias, considerando fatores culturais, religiosos, sociais e psicológicos nas condutas expressas, que demandam atenção profissional.

É necessário que os pacientes com anemia falciforme sejam assistidos frequentemente em serviços especializados, sendo recebido por equipes multidisciplinares (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais), com o intuito principal de ajudar a aliviar a dor do paciente, administrando as intervenções necessárias para aliviá-la, sejam intervenções farmacológicas ou não farmacológicas, bem como, avaliando a eficácia dessas intervenções, monitorando os efeitos adversos. Além disso, o profissional de saúde serve como educador para o paciente e a família, a fim de torná-los capazes de manejar as intervenções prescritas quando apropriadas (SILVA; MARQUES, 2007).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CP foram associados principalmente ao controle da dor na AF, contribuindo na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Nota-se que há insuficiência de estudos na temática, destacando-se a necessidade de maior enfoque na formação

acadêmica e na capacitação dos profissionais de saúde para a abordagem da dor e outros sintomas da doença.

Conclui-se que o diagnóstico precoce da AF, somado à atuação de equipe multiprofissional capacitada aos CP, possibilita melhor qualidade de vida ao paciente e têm papel central na redução das complicações, além de prolongar o tempo de vida dessas pessoas. Entretanto, a oferta de CP requer associação entre medidas diagnósticas e terapêuticas, sendo assim, esta abordagem paliativa deve se estender além do controle da dor crônica e do apoio psicossocial para incluir um planejamento antecipado de cuidados.

REFERÊNCIAS

AJAYI, T. A.; EDMONDS, K. P.; THORBERRY, K.; ATAYEE, R. A. Palliative Care Teams as Advocates for Adults with Sickle Cell Disease. **J Palliat Med.** p. 195-201. 19 fev. 2016.

ANIE, A. K.; GREEN, J. Psychological therapies for sickle cell disease and pain. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, issue 5, n. CD001916/2015. 2015.

BARSAGLINI, R. A. **Adoecimentos crônicos, condições crônicas, sofrimento e fragilidades sociais: algumas reflexões.** In: CANESQUI, A. M. (Org.). Adoecimentos e sofrimentos de longa duração. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 70-103.

BENJAMIN, L. Pain management in sickle cell disease: palliative care begins at birth? **Hematology Am Soc Hematol Educ Program.** p.466-74. 2008.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA. **Doença falciforme: condutas básicas para tratamento.** – 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cuidados paliativos pediátricos: o que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos** [Internet]. São Paulo: Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos, 2017. Disponível: <https://bit.ly/3hE8Lft>. Acesso em: 6 mar. 2021.

CARVALHO, E.; SANTO, F.; ANJOS, C. Doença falciforme nas pesquisas em enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. baiana enferm,** v. 29, n. 1, p. 86-93, 2015.

COELHO, M.O. A dor da perda da saúde. In: V. A. A. Camon. **A Psicossomática e a psicologia da dor.** São Paulo: Pioneira, 2001, 98-115 p.

CORDEIRO, R. C.; FERREIRA, S. L.; SANTOS, A. C. C. Experiência do adoecimento de mulheres e homens com doença falciforme: um estudo de Grounded Theory. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 23, n. 6, p. 1113-20, 2015.

DONG, A. *et al.* "2'-O-methoxyethyl splice-switching oligos correct splicing from IVS2-745 β -thalassemia patient cells restoring HbA production and chain rebalance." **Haematologica**. 2020.

DYAL, B. W. *et al.* Relationship of Pain Quality Descriptors and Quantitative Sensory Testing: Sickle Cell Disease. **Nurs Res.**, v. 68, n. 5, p. 365-373, 2019.

FERREIRA, M. C. B. **Doença Falciforme: um olhar sobre a assistência prestada na rede pública estadual – Hemocentro Regional de Juiz de Fora**. 2012. 88p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

FERREIRA, S. L.; CORDEIRO, R. C. **Qualidade de vida e cuidados às pessoas com doença falciforme**. Salvador: EDUFBA, 2013. 169 p.

JENNINGS, C. A.; BOBB, B. T.; NOREIKA, D. M.; COYNE, P. J. Oral ketamine for sickle cell crisis pain refractory to opioids. **J Pain Palliat Care Pharmacother**, v. 27, n. 2, p. 150-4, 2013.

JUNGHANS-RUTELONIS, A. N.; MOQUIST, K. L.; BLAYLARK, R. M.; ANDERSON, N.; BROWN, M. L. Incorporating integrative medicine and patient preferences into a pilot interdisciplinary sickle cell wellness clinic. **Complement Ther Med.**, v. 49, 2020.

KOHNE, E. Hemoglobinopathies: clinical manifestations, diagnosis, and treatment. **Dtsch Arztebl Int.**, v. 108, n. 31-32, p. 532-40, 2011.

LEE, L. *et al.* Adults with sickle cell disease: an interdisciplinary approach to home care and self-care management with a case study. **Home Healthc Nurse**, p. 172-83, 2012.

LOBO, C.; MARRA, V. N.; SILVA, R. M. G. Crises dolorosas na doença falciforme. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, v. 29, n. 3, p. 247-258, 2007.

LOPEZ, G.; LILES, D. K.; KNUPP, C. L. Edmonton Symptom Assessment System for outpatient symptom monitoring of sickle cell disease. **South Med J**, v. 107, n. 12, p. 768-72, 2014.

MAKANI, J.; ROBERTS, D. J. Hematology in Africa. **Hematol Oncol Clin North Am**, v. 30, n. 2, p. 457-75, 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm**, 2008.

MORAES, K C. M.; GALIOTI, J. B. A doença falciforme: um estudo genético-populacional a partir de doadores de sangue em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 286-290, 2010.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Definição da OMS de cuidados paliativos [Internet]. 2017.

PEREIRA, H. T. L.; ROCHA, A. M. ANEMIA FALCIFORME: UMA PATOLOGIA COM GRANDE ABRANGÊNCIA E POUCA ORIENTAÇÃO. **Psicologia e Saúde em debate**, [S. l.], v. 4, n. Suppl1, p. 47-47, 2018.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

REES, D. C.; WILLIAMS, T.N.; GLADWIN, M.T. Sickle-cell disease. **Lancet**, v. 376, p. 2018-2031, 2010.

RODRIGUES, D. O. W.; FERREIRA, M. C. B.; PEREIRA, P. M.; BUSTAMENTE, M. T. T.; CAMPOS, E. M. S.; OLIVEIRA, C. M. Diagnóstico histórico da triagem neonatal para doença falciforme. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 34-45, 2010.

SILVA, D. G.; MARQUES, I. R. Intervenções de enfermagem durante crises álgicas em portadores de Anemia Falciforme. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n. 3, p. 327-330, 2007.

SILVA, J. A.; RIBEIRO FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. **Rev. dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 138-151, 2011.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

STEINBERG, M. H. Pathophysiology of sickle cell disease. **Baillieres Clin Haematol**, v. 11, p. 163-184, Mar 1998.

TAMPAKI, A.; GAVRIILAKI, E.; VARELAS, C.; ANAGNOSTOPOULOS, A.; VLACHAKI, E. Complement in sickle cell disease and targeted therapy: I know one thing, that I know nothing. **Blood Rev**. 2021.

WILKIE D, J.; JOHNSON, B.; MACK, A. K.; LABOTKA, R.; MOLOKIE, R. E. Sickle cell disease: an opportunity for palliative care across the life span. **Nurs Clin North Am**, v.45, n. 3, p. 375-97, set. 2010.

CAPÍTULO 5

ATO SEXUAL COMO FATOR DE RISCO PARA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM MULHERES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Maria Letícia Morais Silva

Universidade Federal do Maranhão
Imperatriz- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/9240422967947119>

Alexandre Oliveira Assunção

Universidade Federal do Maranhão
Imperatriz- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/9937018790190823>

Karla Sofia Coelho Cavalcante

Universidade Federal do Maranhão
Imperatriz- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/1000246039938755>

Vinícius Rodrigues Assunção

Universidade Federal do Maranhão
Imperatriz- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/4575664476452311>

Gabriella Lima Chagas Reis Batista

Universidade de Gurupi
Gurupi- Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/5564172678748695>

Cecilma Miranda de Sousa Teixeira

Docente orientadora da Universidade Federal
do Maranhão
Imperatriz- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/7089535882526479>

RESUMO: Introdução: A Infecção do Trato Urinário (ITU) se refere à presença de patógenos

microbianos no trato urinário, prevalente em diversos grupos, especialmente em mulheres sexualmente ativas. **Objetivo:** Analisar os fatores associados à alta suscetibilidade de ITU em mulheres sexualmente ativas. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa acerca do ato sexual como fator de risco para ITU em mulheres, baseado em artigos das plataformas PubMed, Bireme e Scielo, sendo a maioria publicados entre 2013 e 2021. **Resultados:** A estratégia de busca identificou 71 publicações. Após leitura, 32 registros foram selecionados, porém 17 artigos foram excluídos, visto que investigavam ITU em homens ou por outra etiologia além da sexual. Todos associaram a ato sexual como um fator de risco, sendo que 2 especificaram a relação desprotegida. Outro fator referente à cistite foi a utilização de contraceptivos como o gel espermicida, mencionado em 6 artigos, e o diafragma, apontado em 4. Por outro lado, 6 trabalhos associaram a micção pós-coito como prevenção da ocorrência de ITU, embora não tenham mostrado evidências científicas que comprovem. **Discussão:** Ao analisar os artigos selecionados foi consenso a relação sexual como fator de risco para ITU. Houve debate se o recurso protetivo escolhido para a ação, ou a falta deste, seria uma variante. Outra oposição foi observada no que concerne a bacteriúria pós-coito e seu papel na prevenção da patologia. **Conclusões:** Com a presente revisão, concluiu-se o coito como predisponente para a infecção do trato urinário, assim como a utilização de espermicida e diafragma. Entretanto, há necessidade de maiores estudos na área. A frequência do ato e o sexo desprotegido são exemplos ainda não

passíveis de confirmação ou refutação para o risco de exposição à ITU. Espera-se contribuir para a reflexão quanto à relação do ato sexual com a ITU e recomenda-se novos estudos para endossar esses achados.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções Urinárias; Atividade Sexual; Mulheres; Bacteriúria.

SEXUAL ACT AS A RISK FACTOR FOR URINARY TRACT INFECTION IN WOMEN: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Urinary Tract Infection (UTI) refers to the presence of microbial pathogens in the urinary tract, prevalent in various groups, especially in sexually active women. **Objective:** To analyze the factors associated with the high susceptibility of UTI in sexually active women. **Methodology:** This is an integrative review about the sexual intercourse as a risk factor for UTI in women, based on articles from PubMed, Bireme and Scielo platforms, which were mostly published between 2013 and 2021. **Results:** The search strategy identified 71 publications. After the reading, 32 registers were selected; however, 17 articles were excluded, since they investigated UTI in men or based on another etiology, besides the sexual one. All associated the sexual intercourse as a risk factor, and 2 specified the unprotected relationship. Another factor related to cystitis was the using of contraceptives such as spermicide gel, mentioned by 6 articles, and the diaphragm, pointed by 4. On the other hand, 6 papers associated post-coitus urination with prevention of the occurrence of UTI, even though they haven't showed scientific evidence that may prove that. **Discussion:** During the analysis of the articles selected, sexual relationship was consensus as a risk factor for UTI. There was a debate whether the protective resource chosen for the act, or its absence, would be a variant. Another opposition was observed regarding the post-coitus bacteriuria and its role on preventing the pathology. **Conclusion:** From the present review, it was possible to conclude coitus as predisposing to urinary tract infection, as well as the use of spermicide and diaphragm. However, more studies on this area are needed. The frequency of the intercourse and unprotected sex are examples that cannot yet be confirmed or refuted for the risk of exposure to UTI. It is expected to contribute with the reflection on the relation between sexual act and UTI, and further studies are recommended in order to endorse these findings.

KEYWORDS: Urinary Infections; Sexual Activity; Women; Bacteriuria.

1 | INTRODUÇÃO

A Infecção do Trato Urinário (ITU) é um quadro muito prevalente entre a população mundial, estima-se, a nível global, que 86% das pessoas já tenham sofrido com alguma ITU ao longo da vida, já no Brasil, estima-se que cerca de 73% da população já tenha contraído (SILVA *et al.*, 2021), especialmente a população feminina sexualmente ativa (THAN; CHLEBICKI, 2016), sendo essa patologia um dos problemas mais comuns em consultas de atendimento primário segundo Paula *et al.*, (2015).

O corpo humano é formado por um conjunto de tecidos que formam os sistemas, os quais interagem para o bom funcionamento do organismo (BORGES *et al.*, 2014), sendo quaisquer desequilíbrios ou perturbações causadas por patógenos potencialmente

prejudiciais. Nesse sentido, a ITU se refere à presença de patógenos microbianos dentro do trato urinário, sendo classificada como complicada ou não complicada. Esta ocorre em pacientes com estrutura e função do trato urinário normais e são adquiridas pela comunidade, fora do ambiente hospitalar (PAULA *et al.*, 2015), enquanto aquela está associada a uma anormalidade estrutural ou funcional do trato urinário ou uma patologia subjacente (AYDIN *et al.*, 2015).

A ITU recorrente, amplamente definida como mais de dois episódios de ITU não complicada nos últimos 6 meses ou mais de três nos últimos 12 meses (AYDIN *et al.*, 2015), é comum em mulheres jovens saudáveis, com o trato urinário anatômico e fisiologicamente normal, destacam Kodner e Gupton (2010). Os sintomas mais comuns, que possibilitam o melhor diagnóstico, são a disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, noctúria e hematúria, sendo a última considerada a mais útil no diagnóstico (PAULA *et al.*, 2015).

Embora vários microrganismos diferentes possam causar ITU em mulheres jovens e saudáveis, incluindo vírus, fungos e bactérias, a maioria das ITUs nessa população é causada por bactérias (LEMA, 2015). Os uropatogênicos mais comuns são *Escherichia coli* e *Staphylococcus saprophyticus*, sendo que a *E.coli*, normalmente, faz parte da microbiota residente do intestino, porém, devido a uma série de fatores predisponentes, hábitos de higiene e práticas sexuais (GUGLIETTA, 2017), pode atingir facilmente o trato urinário e causar ITU.

A proximidade do ânus à uretra nas mulheres facilita, naturalmente, a contaminação, devido à menor distância que as bactérias têm de percorrer para alcançar outras estruturas do trato urinário (GUGLIETTA, 2017), todavia, outros aspectos também são ressaltados. Além da própria anatomia feminina, a história de ITU anterior, gravidez, menopausa e outros fatores como o estado imunológico do hospedeiro, uso de cateter, de alguns métodos contraceptivos e a relação sexual, enquadram-se como fatores de risco (PAULA *et al.*, 2015).

Pontua-se que em mulheres pré-menopausa, fatores de risco comportamentais, como frequência das relações sexuais e uso de espermicida e diafragma são bastante comuns (AYDIN *et al.*, 2015). Isso porque, a alteração do pH e da flora vaginal por esses dois métodos, através da perda de lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio, importantes reguladores da microbiota urogenital, que mantém a acidez do pH vaginal, favorece a ascendência das bactérias ao trato urinário. Ademais, a associação entre a atividade sexual e ITUs, como a cistite aguda, chamada de “cistite de lua de mel”, conforme afirma Paula *et al.*, (2015), decorrente da bacteriúria pós-coito está bem estabelecida, devido à introdução de bactérias no trato urinário (LEMA, 2015).

Segundo Silva *et al.*, (2021), o principal mecanismo de defesa fisiológico do aparelho urinário é a micção: a urina expulsa do trato urinário as bactérias circunvizinhas da região genital, motivo pelo qual Valdevenito e Alvarez (2018) recomendam a prática da urinação precoce pós-coito. Portanto, objetiva-se, a partir da literatura, analisar os fatores

associados à alta suscetibilidade de ITU em mulheres sexualmente ativas, bem como os métodos profiláticos eficazes já descritos.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que se pauta em busca de literatura, com o objetivo de identificar artigos que avaliamos objeto de estudo, o qual, no caso, versa sobre o ato sexual como um fator de risco para infecção do trato urinário em mulheres. O processo metodológico ocorreu em múltiplas etapas, iniciou-se com a leitura dos títulos que traziam o ato sexual como fator que aumenta a probabilidade da ocorrência da infecção do trato urinário, em seguida foi feita a leitura dos resumos dos artigos selecionados, por fim, houve uma leitura completa e minuciosa de todos os artigos selecionados que poderiam encaminhar o trabalho. A estratégia de busca ocorreu nas plataformas PubMed, Bireme e Scielo.

A partir disso, houve busca nas bases de dados, com limites para artigos publicados em português, inglês e espanhol e os descritores procurados foram: “urinary tract infection”, “woman”, “sexually active”, “infección urinaria recurrente” e “mujer”. Ademais, 5 revisores fizeram a revisão nas referências dos artigos analisados, até alinharem as divergências e estabelecerem um consenso. Portanto, a inclusão dos artigos nesse estudo pautou-se em uma análise criteriosa, a qual selecionava artigos que deveriam avaliar o ato sexual como possível fator de risco para infecção do trato urinário publicados, preferencialmente, nos últimos 8 anos, ou seja, no período de 2013 a 2020.

Assim, em linhas gerais, cada artigo incluído na revisão foi avaliado quanto a adequação metodológica empregada na seleção da amostra, delineamento apropriado, presença de cegamento para avaliação de desfechos, realização de treinamento e padronização de medidas, utilização de instrumentos adequados para a avaliação da exposição e do desfecho, análise estatística apropriada, controle para fatores de confusão e cálculo de poder.

Foram excluídos artigos que consideraram outros fatores de risco correlacionados com ato sexual e que não atenderam ao propósito do estudo.

3 | RESULTADOS

Foram encontradas 71 publicações a partir das buscas nas bases de dados e, após a leitura dos títulos, foram selecionados inicialmente 32 publicações, as quais foram importadas para uma biblioteca do EndNote (Thomson Reuters. <http://www.endnote.com/>), onde foi realizada a leitura dos resumos e seleção dos artigos para a leitura na íntegra. Nessa etapa, 17 artigos foram excluídos por não avaliarem o fator de interesse do estudo em questão, restando 15 artigos selecionados para leitura na íntegra. Os artigos não selecionados foram descartados por investigarem a ITU em homens ou por relacionarem

outra etiologia além da relação sexual.

A maioria dos estudos foram publicados nos últimos oito anos, exceto o de Scholes *et al.*, publicado em 2000 e o de KODNER & GUPTON, publicado em 2010, pela relevância e estarem em consonância com o propósito do presente estudo. Dos artigos, todos associaram a relação sexual como um fator de risco, sendo que 2 especificaram a relação sexual desprotegida. Somente um estudo apontou a frequência de relações sexuais como um fator significativo no desenvolvimento de ITU em gestantes.

Outros fatores de desenvolvimento de cistite aguda foram a utilização de espermicidas, mencionado em 6 artigos, e o uso do diafragma como contraceptivo, apontado em 4 trabalhos.

Por outro lado, 6 artigos associam a micção pós-coito como fator de redução da ocorrência de ITU em decorrência da eliminação de possíveis patógenos no trato urinário sensíveis ao pH ácido da urina, embora não tenham mostrado evidências científicas que comprovem o efeito protetor.

O quadro 1 apresenta um resumo das características metodológicas dos artigos selecionados para esta revisão, organizado por ordem cronológica, de acordo com a data de publicação. A primeira publicação foi a de Scholes *et al.* em 2000, na qual constatou uma pesquisa com 323 mulheres entre 23 e 29 anos, sendo 146 acompanhadas pelo Centro de Saúde do Estudante da Universidade de Washington e 177 acompanhadas pelo Group Health Cooperative, uma organização modelo de manutenção a saúde (HMO) de Washington. Em ambos os locais, as mulheres receberam instruções para indicar os dias em que ocorreram relações sexuais; uso do contraceptivo, com o tipo indicado; micção pós-coito dentro de uma hora após o coito e sintomas vaginais e urinários.

No geral, houve 180 infecções do trato urinário, sendo 98 no registro universitário e 82 no HMO. A *Escherichia coli* foi o único patógeno ou patógeno coexistente em 127 das infecções do trato urinário confirmadas por cultura.

KODNER & GUPTON (2010) relacionaram a predisposição de ITU em mulheres por diferenças anatômicas, como a menor distância uretra-ânus, e a maior aderência de bactérias uropatogênicas ao epitélio. Ademais, apontou a frequência das relações sexuais com o alto índice de desenvolvimento de cistite aguda.

O estudo de Emiru *et al.*, (2013), realizado na Etiópia, feito entre mulheres grávidas com ITU, revelou que ato sexual em mais de três vezes por semana aumentava significativamente o risco de infecção.

Chambô Filho *et al.*, (2013) relataram como fator de risco para ITU, as práticas sexuais desprotegidas, pois além do risco de contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (IST) há também maiores chances de se contrair infecções do trato urinário por bactérias provenientes das mucosas contaminadas dos parceiros sexuais.

Aydin *et al.*, (2015) associaram ato sexual como fator comportamental de risco bem como novos parceiros sexuais, uso de espermicida e diafragma. Menciona padrões de

micção pós-coito como fator que minimiza o risco de infecção, porém destaca a ausência de evidência científica. Assim como Alvarez & Valdevenito (2016) relataram em seus estudos a recomendação de micção após o ato sexual como efeito protetor e aumento da ingestão de fluidos seguida de limitação do uso de espermicidas sendo este elencado como fator risco.

Lema (2015), em seu estudo descreveu que relação sexual três vezes ou mais por semana está associada à maior frequência de ITU em razão da ação mecânica do ato sexual facilitar a entrada de cepas *E. Coli* na uretra em decorrência da alteração da flora vaginal normal composta por *Lactobacillus sp.*

No estudo de Paula *et al.*, (2016) foi apontado que contraceptivos como diafragma e espermicida têm sido considerados fatores que predisõem as mulheres à ITU. Denomina a associação entre atividade sexual e cistite aguda como “cistite da lua de mel” decorrente da bacteriúria pós coito em mulheres pré menopausa. No entanto, o estudo com mulheres pós-menopausa com idades de 55 e 75 anos também encontrou relação entre prática sexual e ITU. A micção depois da relação sexual é recomendada para a redução das chances de infecção.

Tan & Chlebicki (2016) apresentaram uma comparação de que mulheres adultas têm 30 vezes mais probabilidade do que os homens adultos a desenvolver uma ITU. É relatado também que três mulheres têm seu primeiro episódio de ITU aos 24 anos de idade sendo mais comumente acometida em jovens sexualmente ativas.

No estudo de Arnold *et al.*, (2016) constataram que relações sexuais três ou mais vezes por semana triplica o risco de ITU em mulheres na pré-menopausa sendo potencializado pela ocorrência de múltiplos parceiros sexuais. O gel espermicida aumenta a predisposição de patógenos inoculados na uretra em razão da desregulação da flora normal permitindo assim a ascensão de uropatógenos. Por fim, a micção após prática sexual é evidenciada como efeito protetor sem benefício científico ainda comprovado.

Guglietta (2017) faz um comparativo no qual mulheres sexualmente ativas tendem a ter mais infecções do trato urinário do que mulheres que não são. Além do ato sexual, o uso de espermicida, novo parceiro sexual e uso do diafragma como método contraceptivo potencializam o desenvolvimento de cistite aguda. A ausência de micção pré e pós coito e de práticas de higiene sexual tornam a uretra um local vulnerável para patógenos.

Smith *et al.*, (2018) menciona que após a relação sexual, frequência de micção, padrões de limpeza, duchas higiênicas, tampões, uso de banheiras de hidromassagem, banhos de espuma, uso de roupas justas, uso de espermicida com ou sem diafragma como contraceptivo foi implicado como um conjunto de fatores de risco para UTIs entre mulheres sexualmente ativas.

O estudo randomizado de Hooton *et al.*, (2018) foi realizado com 140 mulheres com idade média de 35,7 anos, sendo 129 sexualmente ativas com número médio de 3,3 episódios de cistite nos 12 meses anteriores e sem comorbidades. Dividiu-se a amostra em dois grupo, 70 participantes foram recomendadas fazer o consumo adequado de água

e 70 participantes constituíam o grupo controle. Constatou-se que, mesmo as mulheres sexualmente ativas que faziam a ingestão regular de água, mais da metade, 64% foram acometidas por ITU durante os 12 meses de estudo.

Storme *et al.*, (2019) relaciona os riscos específicos da prática sexual que inclui frequência de quatro ou mais vezes por semana, além do uso de espermicidas que podem alterar o pH vaginal e, portanto, alterar a sua flora consolidando um ambiente propício para uropatógenos.

No estudo de Batista (2020) afirma a atividade sexual dos indivíduos como fator comportamental que promove o movimento de bactérias da uretra, assim como o uso de alguns métodos contraceptivos, como é exemplo do preservativo e espermicidas. Os espermicidas promovem um desequilíbrio na microbiota saudável e como tal propiciam a ocorrência de uma ITU.

Estudo	Ano	Período	Resultados
Scholes <i>et al.</i>	2000	Período específico entre 23 a 29 anos	O estudo apontou a relação sexual como fator de risco em 55,7% dos casos da amostra em geral.
Kodner & Gupton	2010	Pré-menopausa	Evidencia a frequência das relações sexuais como um alto risco de ITU recorrentes em mulheres jovens.
Emiru <i>et al.</i>	2013	Gestacional	O estudo revelou que a relação sexual com frequência aumentava significativamente o risco de ITU em mulheres grávidas
Chambô Filho <i>et al.</i>	2013	Pré-menopausa	O estudo relacionou como fator de risco para ITU as práticas sexuais desprotegidas.
Aydin <i>et al.</i>	2014	Pré-menopausa	Aponta fatores de risco comportamentais como frequência de relações sexuais, novos parceiros, uso de espermicida e uso de diafragma. Não notou associação com ITU e padrões de micção pós-coito.
Lema	2015	Pré-menopausa	A bacteriúria pós-coito é decorrente da ação mecânica da relação sexual, altera a flora vaginal normal e facilita a colonização de patógenos.
Paula <i>et al.</i>	2015	Pré-menopausa e Pós-menopausa	O estudo relacionou relação sexual desprotegida como fator de risco para ITU tanto em mulheres jovens quanto em mulheres entre 55 e 75 anos sexualmente ativas. Apontou micção pós-coito um fator que reduz o risco de cistite, diferentemente do uso de diafragma e espermicida.
Alvarez & Valdevenito	2016	Pré-menopausa	A maior frequência de relações sexuais está associada a uma maior frequência de ITU. Além do uso de espermicida ser incluído como fator de risco. O estudo aponta a micção pós-coito como fator de redução da ocorrência de cistite aguda.

Tan & Chlebicki	2016	Pré-menopausa	Uma a cada três mulheres tem seu primeiro episódio de ITU aos 24 anos, comumente acomete jovens sexualmente ativas.
Arnold <i>et al.</i>	2016	Pré-menopausa	Relação sexual como fator de risco, uso de espermicida e micção pós coito com pouco efeito protetor.
Guglietta	2017	Pré-menopausa	Relata que mulheres sexualmente ativas tendem a ter mais ITU do que mulheres que não são. A frequência das relações, uso de espermicida, diafragma, hábito de higiene sexual e a ausência de micção pré e pós-coito também são fatores que aumentam o desenvolvimento de ITU.
Smith <i>et al.</i>	2018	Pré-menopausa	Frequência das relações sexuais, uso de espermicida, uso de diafragma, ausência de micção pós-coito e práticas de higiene são pontuados como conjunto de fatores de risco.
Hooton <i>et al.</i>	2018	Período específico com média de idades de 35,7 anos	64% das mulheres sexualmente ativas apresentaram cistite mesmo com a ingestão regular de água.
Storme <i>et al.</i>	2019	Pré-menopausa	O estudo relacionou as relações sexuais como fator de risco além do uso de espermicidas e múltiplos parceiros sexuais.
Batista	2020	Pré-menopausa	Associou o ato sexual um fator comportamental que vulnerabiliza o sexo feminino a ser acometida por infecções urinárias recorrentes. Menciona espermicida como fator de risco.

Quadro 1 – Descrição dos estudos que investigaram ato sexual como fator de risco para infecção do trato urinário.

Fonte: Própria (2021)

4 | DISCUSSÃO

O propósito da revisão de literatura avaliou 15 estudos que tiveram como base o ato sexual como um fator de risco à ITU em mulheres. Nesse contexto, embora todos apontassem a relação sexual como um fator de risco, apenas 2 apontaram claramente a frequência de relação sexual associada à maior frequência de ITU através do estudo de caso-controle, sendo um deles publicado em 2000. Assim, não obstante as evidências disponíveis permitem ratificar a frequência de relação sexual como um forte preditor para infecções recorrentes do trato urinário, estudos recentes precisam ser desenvolvidos.

As medidas utilizadas para identificar a potencial associação entre uma exposição e um desfecho dependente em uma população em estudo, bem como o tamanho da amostra e os critérios utilizados para selecioná-la desempenham papel fundamental nos resultados gerados.

Nesse sentido, foram utilizados critérios metodologicamente bem conduzidos, com

população amostral considerável, por Emiru *et al.*, (2013) e Scholes *et al.*, (2000). Este usou critérios conservadores para analisar os fatores de risco associados à ITU, mediante um estudo caso-controle, com seleção de 229 pacientes casos, de 18 a 30 anos, e 253 sujeitos controle, no qual foram analisados em entrevista sobre características demográficas, histórico médico, histórico contraceptivos, história sexual e outros comportamentos de interesse, que possibilitaram identificar a atividade sexual, contracepção baseada em espermicida e histórico de ITUs anteriores como fatores de risco; aquele, selecionou 367 gestantes, com e sem sintomas de ITU, e, utilizando questionário, foi possível avaliar história de ITU ($p=0,000$), anemia ($p=0,003$), atividade sexual ($p=0,032$) e renda família ($p=0,006$) como fatores de risco.

Aydin *et al.*, (2015) não notou associação entre micção pós-coito e ITU, já Paula *et al.*, (2015), Guglietta (2017) e Silva *et al.*, (2021) apontaram a micção pós-coito como um fator que reduz o risco de cistite. Isso pode ser explicado porque o agente etiológico mais comum, *Escherichia coli*, é capaz de formar comunidades bacterianas intracelulares, que se depositam na bexiga e que podem ser eliminadas através da micção, caracterizada como um mecanismo de defesa do hospedeiro, todavia o caráter curto da uretra feminina e a proximidade com a região perianal pode facilitar o acesso dos microrganismos antes mesmo que sejam removidos pela urina (BATISTA, 2020).

Estudos baseados em amostras vaginais de mulheres sem doenças urogenitais evidenciam presença de *Lactobacillus sp*, capazes de produzir peróxido de hidrogênio (H_2O_2) e ácido lático, provocando a diminuição do pH vaginal e criando um ambiente desfavorável à colonização de uropatógenos. Mulheres com quantidades relativamente reduzidas de lactobacilos produtores de peróxido apresentaram risco aumentado de doenças urogenitais, bem como a colonização vaginal com *E.coli* (STAPLETON, 2016), representando uma disbiose. Em consonância a isso, o uso de espermicida e diafragma, segundo Arnold *et al.*, (2016), Paula *et al.*, (2015) e Valdevenito e Alvarez (2016), interrompe a flora saudável de lactobacilos e altera o pH vaginal, permitindo, assim, a ascensão de uropatógenos.

Segundo Lema (2015), mulheres que tiveram ITU foram mais significativamente colonizadas em suas vaginas com o mesmo *E. coli* encontrado no reto, portanto, embora a maioria dos estudos explore o papel da relação sexual pênis-vaginal heterossexual, a possibilidade do ato sexual anal deve ser mencionada, especialmente, porque após a relação anal relatou-se relação vaginal sem higienização do pênis, o que corrobora com Nascimento *et al.*, (2015), Borges *et al.*, (2014) e Guglietta (2017), quando afirmam que higiene inadequada propicia infecção e crescimento de microrganismos.

Como métodos profiláticos comportamentais à ITU em mulheres, Valdevito e Alvarez (2018) recomendam a prática da urinação pós-coito e ingestão de fluidos, apesar de haver discordância de literatura, Hooton *et al.*, (2018), em um ensaio clínico randomizado de 140 mulheres na pré-menopausa que experimentaram cistite recorrente relataram beber 1,5L de

fluido oral total diariamente, enquanto que os episódios de cistite foram significativamente menos frequentes em mulheres que beberam mais água por 12 meses em comparação com mulheres que mantiveram sua ingestão habitual de fluidos.

Além disso, a educação sobre fatores de risco, como relações sexuais, não retardar a urinação, urinar logo após a relação sexual e garantir uma boa higiene pélvica, não obstante, para alguns desses pontos não haja ensaios clínicos randomizados prospectivos. De acordo com Stapleton (2016) e Guglietta (2017), vários ensaios clínicos foram conduzidos para um possível benefício dos lactobacilos intravaginais na prevenção de ITU recorrente, mas muitos dos resultados foram conflitantes, apesar de esse probiótico ser utilizado.

Em síntese, são poucos os estudos caso-controle recentes acerca do ato sexual como fator de risco para ITU em mulheres, sendo a relação sexual, normalmente, reduzida a sexo vaginal nos estudos. Considerou-se o ato sexual, e aspectos relacionados, como o uso de espermicidas e diafragma, como um fator de risco especialmente em mulheres pré-menopausa, expondo a mulher como mais vulnerável por características anatômicas.

A escassez de ensaios clínicos randomizados acerca das medidas profiláticas são uma limitação. O benefício da micção pós-coito foi relatado por alguns artigos como ação possuidora de efeito protetor contra ITU, porém não apresentou unanimidade entre a literatura analisada, o que não permite confirmar ou refutar o benefício da prática entre as mulheres, bem como o uso de lactobacilos, apoiado na observação de que cepas específicas são capazes de interferir na adesão, crescimento e colonização de bactérias uropatogênicas.

5 | CONCLUSÕES

Com a realização desse estudo, foi possível concluir que o ato sexual, a utilização de espermicida e diafragma, além da anatomia fisiológica feminina são os fatores de risco mais apontados para o desenvolvimento da ITU.

Apesar de todas as literaturas analisadas ressaltarem a relação sexual como fator de risco, houve inconsistências em relação à frequência do ato como principal preditivo para a manifestação da ITU.

A micção pós-coito foi mencionada como potencial redutora de risco, entretanto, não há estudos aprofundados que a comprovem, as literaturas divergem. Assim como na ação benéfica dos lactobacilos intravaginais para prevenção de ITU recorrente.

Convém ressaltar que as pesquisas enfatizaram os riscos da infecção na mulher pré-menopausa, no entanto, o estudo com mulheres pós-menopausa também encontrou relação entre prática sexual e ITU. Ademais, o sexo desprotegido também foi relatado como um potencial precursor, juntamente com a diversificação de parceiros sexuais.

Os estudos que utilizaram em sua metodologia grande grupo amostral, grupo controle e histórico do paciente merecem valorização em seus resultados. Atividade sexual,

contracepção baseada em espermicida, histórico de ITUs anteriores e renda familiar foram alguns dos achados considerados relevantes fatores de risco. Espera-se contribuir para reflexão sobre ITU e sua relação com o ato sexual e recomenda-se novos estudos com pesquisa analítica, de campo nesta abordagem com vistas a endossar esses achados.

REFERÊNCIAS

ARNOLD, J. J.; HEHN, L. E.; KLEIN, D. A. Common Questions About Recurrent Urinary Tract Infections in Women. **American Family Physician**, v. 93, n.7, p. 560-569, apr. 2016.

AYDIN, A. *et al.* Recurrent urinary tract infection in women, Internacional. **Urogynecology Journal**, v. 26, n. 1, p. 795-804, nov. 2014.

BATISTA, A. C. M. **Infeções do Trato Urinário e o seu Principal Agente Etiológico**. Orientador: Dra. Maria João Costa Amaral Peixoto. 2020. 49 f. Tese (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, [S. l.], 2020.

BORGES, A. A. *et al.* Infecção Urinária em Gestantes Atendidas em um Laboratório Clínico de Goiânia-Go entre 2012 e 2013. **Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, v.41, n.3, p. 637-648, set. 2014.

CHAMBÔ FILHO, A. Estudo do perfil resistência antimicrobiana das infecções urinárias em mulheres atendidas em hospital terciário. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v.11, n. 2, p 102-107, jun. 2013.

EMIRU, T. *et al.* Associated risk factors of urinary tract infection among pregnant women at Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, North West Ethiopia. **BMC Research Notes**, v. 6, n. 292, p. 2-6, jul. 2013.

GUGLIETTA A. Recurrent urinary tract infections in women: risk factors, etiology, pathogenesis and prophylaxis. **Future Microbiology**, v. 12, n.3, p. 239-246, may. 2017.

HOOTON, T. M. *et al.* Effect of increased daily water intake in premenopausal women with recurrent urinary tract infections: a randomized clinical trial. **JAMA internal medicine**, v. 178, n. 11, p. 1509-1515, oct. 2018.

KODNER, C. M.; GUPTON, E. K. T. Recurrent Urinary Tract Infections in Women: Diagnosis and Management. **American Family Physician**, v. 82, n. 6, p. 638-643, sept. 2010.

LEMA, V. M. Urinary Tract Infection In Young Healthy Women Following Heterosexual Anal Intercourse: Case Reports. **African Journal of Reproductive Health**, v. 19, n. 2, p. 134-139, jun. 2015.

NASCIMENTO, W. L. S. *et al.* Infecção do trato urinário em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 4, dez. 2013.

PAULA, M. L. A. *et al.* Infecção do trato urinário em mulheres com vida sexual ativa. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 103, n. 2, p. 37-41, jan. 2016.

SCHOLES D. *et al.* Risk factors for recurrent urinary tract infection in young women. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 184, p. 117-1182, oct. 2000.

SILVA, P. P. A. *et al.* Fatores de risco para infecções no trato urinário: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p.1-8, jan. 2021.

SMITH, Ariana L. *et al.* Treatment and prevention of recurrent lower urinary tract infections in women: a rapid review with practice recommendations. **The Journal of Urology**, v. 200, p. 1-18, sept. 2018.

STAPLETON, A. E. The vaginal microbiota and urinary tract infection. **Urinary Tract Infections: Molecular Pathogenesis and Clinical Management**, p. 79-86, abr. 2016

STORME, O. *et al.* Risk factors and predisposing conditions for urinary tract infection. **Therapeutic Advances in Urology**, v. 11, n.1 p. 19-28, may. 2019.

TAN, C. W.; CHELEBICKI, M. P. Urinary tract infections in adults. **Singapore Medical Journal**, v. 57, n. 9, p. 585-590, jul. 2016.

VALDEVENITO, J. P.; ÁLVAREZ, D. Infección urinaria recurrente en la mujer. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 29. n.2, p. 222-231, apr. 2018.

CAPÍTULO 6

AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE E CAPACIDADE PARA CONSENTIR: UMA REFLEXÃO SOBRE O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NA TOMADA DE DECISÃO

Data de aceite: 01/06/2021

Caroline Silva de Araujo Lima

Faculdade Dinâmica Vale do Piranga- FADIP
Ponte Nova- MG

Rafael Rolli Haddad

Universidade José do Rosário Vellano
UNIFENAS
Alfenas- MG

Juliana Sabadini

Faculdade Ceres- FACERES
São José do Rio Preto- SP

Larissa Diogo Viana Maciel

Faculdade de Medicina de Valença
Valença- RJ

Manoella Gotardo Aguiar Gurgel

Universidade de Fortaleza- UNIFOR
Fortaleza- CE

Davi Prado Haguette

Universidade de Fortaleza- UNIFOR
Fortaleza- CE

Maria Eduarda Fraga Nogueira

Centro Universitário do Espírito Santo- UNESC
Colatina- ES

Maria Eduarda Costa Naves

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos- IMEPAC
Araguari- MG

Ariany Parreira de Mendonça

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos- IMEPAC
Araguari- MG

Maria Laura Mendes Vilela

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos- IMEPAC
Araguari- MG

Poliana de Faria Miziara Jreige

Centro Universitário do Planalto Central
Aparecido dos Santos- UNICEPLAC
Brasília- DF

Lais Marinho Rosa

Universidade de Franca- UNIFRAN
Franca- SP

Hudson Rocha de Souza

Clínico Geral
Residência Clínica Médica no Hospital Arnaldo
Gavazza Filho
Ponte Nova- MG

RESUMO: O processo de tomada decisão e a vontade do paciente está condicionada a alguns fatores, sendo o médico o principal responsável por auxiliar nessa decisão, que muitas vezes é meramente intuitiva, sendo de grande importância a autoconsciência da classe médica a respeito dessa prática com o objetivo de detectar possíveis falhas, diminuindo os erros médicos e processos judiciais. Sendo assim, o trabalho teve como objetivo traçar um paralelo entre a autonomia da vontade do paciente diante do exercício de sua capacidade para consentir em face do papel do médico na tomada de decisões em situações que exigem experiência e conhecimento por parte do profissional, a fim de proporcionar um desenvolvimento lógico no processo diagnóstico e terapêutico, reduzindo as

taxas de erros, evitando o desperdício com terapias mal sucedidas e exames desnecessários, levantando esse importante questionamento no cenário acadêmico com o intuito de contribuir para o aperfeiçoamento da prática médica.

PALAVRAS-CHAVE: Autonomia pessoal, tomada de decisão clínica, tomada de decisão compartilhada.

ABSTRACT: The process of decision making and the patient's will are conditioned to some factors, and the physician is the main responsible for helping in this decision, which many times is merely intuitive, being of great importance the self-awareness of the medical class regarding this practice with the objective of detecting possible failures, reducing medical errors and lawsuits. Thus, this study aimed to draw a parallel between the patient's autonomy of will in the exercise of his capacity to consent and the physician's role in decision-making in situations that require experience and knowledge on the part of the professional, in order to provide a logical development in the diagnostic and therapeutic process, reducing error rates, avoiding waste with unsuccessful therapies and unnecessary tests, raising this important issue in the academic scenario in order to contribute to the improvement of medical practice.

KEYWORDS: Personal Autonomy, Clinical Decision-Making, Decision Making.

1 | INTRODUÇÃO

Tomar uma decisão constitui um processo pelo qual se escolhe uma ou algumas ações dentre várias possíveis¹. O processo de tomada de decisão e o pensamento médico consistem num processo que envolvem diversas probabilidades de desfecho, a partir da escolha realidade com base no conhecimento prático e teórico do profissional de saúde.

O objetivo do artigo é analisar à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, a eficácia da manifestação de vontade do paciente em situações que necessitam de intervenção médica, tendo em vista a necessidade de obter o consentimento do paciente de acordo com o estabelecido pelo Código de ética médica, devendo o médico expor as hipóteses clínicas e opções terapêuticas, indagando o paciente sobre sua vontade.

Sendo assim, no decorrer do presente artigo será analisada a normatização acerca da autonomia da vontade e capacidade de consentir, em especial, como o Conselho Federal de Medicina trata a tomada de decisões considerando a exigência do código de ética médica de obediência à manifestação de escolha do paciente.

2 | AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE E CAPACIDADE PARA CONSENTIR

2.1 O princípio da dignidade da pessoa humana

A República Federativa do Brasil, consagra em sua Carta Magna, no artigo 1º, III²,

1 Gomes LF, Gomes CFS, Almeida AT. Tomada de decisão gerencial: um enfoque multicritério. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2006. p. 264.

2 Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III - a dignidade da pessoa humana;

o princípio da dignidade da pessoa humana, princípio fundamental, que coloca a pessoa humana como fundamento basilar para proteção do Estado, incluindo garantias como o direito à vida, à honra, à imagem, à saúde, à igualdade, entre outros também previstos na Constituição Federal. Segundo Alexandre de Moraes, em sua obra “Direito Constitucional”³, conceitua dignidade como:

“Um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos e a busca ao Direito à Felicidade”

André Ramos Tavares⁴ explica em sua obra que não é uma tarefa fácil conceituar a dignidade da pessoa humana, apontando em sua obra a explicação de tal princípio no magistério de Werner Maihofer:

A dignidade humana consiste não apenas na garantia negativa de que a pessoa não será alvo de ofensas ou humilhações, mas também agrega a afirmação positiva do pleno desenvolvimento da personalidade de cada indivíduo. O pleno desenvolvimento da personalidade pressupõe, por sua vez, de um lado, o reconhecimento da total auto disponibilidade, sem interferências ou impedimentos externos, das possíveis atuações próprias de cada homem; de outro, a autodeterminação (Selbstbestimmung des Menschen) que surge da livre projeção histórica da razão humana, antes que de uma predeterminação dada pela natureza”

Logo, é possível inferir que o princípio da dignidade da pessoa humana abarca uma série de valores inerentes à vida, de modo que, qualquer tipo de afronta ou limitação a essas garantias constitucionais não são admitidas pelo ordenamento jurídico pátrio.

Ademais, face à autonomia da vontade em relação ao tratamento médico, deve ser utilizado sempre que possível, o princípio da proporcionalidade diante do embate entre mais de um princípio constitucional, como por exemplo, conflitos entre o direito à vida e o direito a direito à liberdade, cabendo ao médico buscar a melhor decisão caso a caso.

2.2 Autonomia da vontade e Capacidade civil

A capacidade para o exercer direitos é prevista no Código Civil Brasileiro com caráter patrimonialista e negocial. No entanto, em razão da relação médico-paciente abordada no presente artigo, é importante destacar o conceito de capacidade sob a ótica do tratamento médico, uma vez que se o agente é capaz⁵, possui condições para discernir sua escolha, sua vontade deve ser respeitada.

3 MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. - 35. ed. - São Paulo: Atlas, 2019.

4 TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. – 10. ed. rev. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2012.

5 Código Civil Brasileiro, art. 5º A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.

Nessa baila, a capacidade do paciente está diretamente relacionada à capacidade de fato prevista no Código civil, quanto à faculdade de tomar suas próprias decisões como um sujeito que detém direitos e obrigações, englobando, inclusive, a tomada de decisão em situações que não poderá expressar sua vontade, em especial, situações envolvendo intervenções médicas.

Dessa forma, a natureza do conceito de capacidade está ligada a autonomia da vontade em face da capacidade negocial, tendo em vista ser uma declaração de vontade com fundamento em bens que vão além do patrimônio, atingindo diretamente os bens jurídicos mais importantes, como a vida, a saúde e a integridade física.

É relevante as condições em que se encontra o paciente no momento da decisão, influenciando diretamente na validade de sua escolha, uma vez que essa decisão, a depender da capacidade do paciente, poderá não produzir efeitos jurídicos.

Importante ressaltar que segundo Silvio Romero Beltrão⁶ para que a vontade tenha validade dentro do ordenamento jurídico pátrio, essa vontade deve ser juridicamente autônoma, ou seja, a autonomia deve se dar enquanto a pessoa tem condições de estabelecer quais são suas próprias regras:

“Assim, dentro do ordenamento jurídico, para que possa ter validade a vontade deve ser juridicamente autônoma – autonomia enquanto poder que tem a pessoa de estabelecer suas próprias regras. A autonomia é um espaço de liberdade que é reconhecido à pessoa para desenvolver sua vida de acordo com seus interesses e valores. Como o Estado não pode prever formalmente todas as situações jurídicas que envolvem as relações humanas em seu cotidiano nem pode fixar, caso a caso, as múltiplas consequência jurídicas, remete para a própria pessoa, a partir da autonomia da vontade, o poder de impor suas próprias regras, ou seja, o poder de dar-se um ordenamento.”

A propósito, têm-se que a escolha do paciente na relação médico-paciente deve se dar de forma livre e autônoma, para que assim, seja caracterizada como uma vontade válida dentro do sistema jurídico, produzindo efeitos na forma e na medida adequadas à extensão dos efeitos produzidos na relação estabelecida.

Nessa baila, o próprio Código de Ética Médica brasileiro estabelece que é fundamental obter o consentimento do paciente para que seja possível a realização de intervenção médica, representando a necessidade de coleta de uma declaração de vontade do paciente a respeito do tratamento a qual será submetido, considerando a liberdade da pessoa para desenvolver sua autonomia e o direito de escolha, desde que, seja capaz para exercer tal escolha.

3 | TOMADAS DE DECISÃO

Em determinados casos, pode ocorrer do paciente ser considerado plenamente

⁶ BELTRÃO, Silvio Romero. Autonomia da vontade do paciente e a capacidade para consentir: uma reflexão sobre a coação irresistível. R. Dir. sanit., São Paulo v.17 n.2, p. 98-116, jul./out. 2016.

capaz para exercer os atos da vida civil, mas não possui a capacidade para expressar sua vontade em uma relação médica, por se encontrar em uma situação tomado pelo medo relevante ou por uma dor insuportável, o impedindo momentaneamente de expressar sua verdadeira vontade.

A propósito, caberá ao próprio médico analisar a capacidade do paciente, em razão das circunstâncias que envolvem o tratamento sugerido pelo paciente, em face dos possíveis tratamentos que poderão ser ministrados no caso específico.

Logo, a capacidade do paciente deverá ser analisada pelo médico a depender do caso, julgando no momento de tomada de decisão, se o paciente possui a capacidade para decidir quanto ao melhor tratamento - essa decisão envolverá casos em que o médico se deparará com pacientes que detêm capacidade de exercer sua vontade e pacientes que não possuem essa capacidade, mesmo que momentaneamente, além de outros pacientes que realizam a manifestação de vontade previamente, por meio de diretivas de vontade ou testamento vital, como também haverá pacientes que não se conhece sua vontade, justamente por nunca terem manifestado a respeito da situação vivenciada.

A vontade constitui o principal elemento do negócio jurídico, vez que os efeitos jurídicos que serão produzidos são aqueles determinados pela intenção manifestada do agente. A lei vai atribuir, juridicamente, efeitos ao fato jurídico em consonância com a vontade da pessoa que a manifesta⁷. Por sua vez, para ser considerada juridicamente válida, a vontade deve ser autônoma e livre de influência que a contamine⁸.

Dessa forma, é certo que durante um tratamento médico não se deve excluir a possibilidade de dor, sofrimento, medo, além da compreensão de que a liberdade e o discernimento não são absolutos, nem tão somente são perfeitos, mas limitados, devendo a declaração de vontade ser analisada partindo-se do conceito do homem médio, diante das mesmas circunstâncias.

Assim, para que seja válida a manifestação da vontade do paciente, deve ser exposto todas as situações que envolvem seu tratamento, como um auxílio na correta compreensão de sua vontade e como elemento fundamental para a busca de sua escolha interior, condicionando a validade de sua vontade a esse dever de informação.

À propósito, no Capítulo I do Código de Ética Médica⁹, que trata dos princípios fundamentais estabelece em no tópico XXI que *“no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o*

7 ASCENSÃO, José de Oliveira. Direito civil: teoria geral, ações e fatos jurídicos. Coimbra: Coimbra Ed., 1999. v. 2, p. 22.

8 “O pressuposto do negócio jurídico é a declaração da vontade do agente, em conformidade com a norma legal, e visando a uma produção de efeitos jurídicos. Elemento específico é, então, a emissão de vontade. Se faltar, ele não se constitui. Ao revés, se existe, origina o negócio jurídico. Mas o direito não cogita de uma declaração de vontade qualquer. Cuida de sua realidade, de sua consonância com o verdadeiro e íntimo querer do agente, e de sua submissão ao ordenamento jurídico.” PEREIRA, Caio Mario da Silva. op. cit., v. 1, p. 513.

9 Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.”

Contudo, para que essa norma seja seguida, é preciso que o paciente receba as informações, de modo a habilitá-lo a efetuar escolhas – o que depende basicamente da comunicação médica. Por vezes, há mais de um tratamento e/ou medicamento indicado para a cura ou controle de um determinado quadro clínico. Cabe ao profissional o esclarecimento das opções, sobretudo quando se apresenta a possibilidade de efeitos colaterais.

Cabe ao médico a busca pela vontade interior do paciente, procurando chegar a todo instante a uma vontade próxima da realidade interna, valorizando seus valores, sua cultura e, principalmente, seu estado de hipossuficiência em relação ao profissional da medicina, conforme expõe Rachel Aisengart Menezes¹⁰:

“A relação entre médico e paciente é desigual: o primeiro possui os dados e os conhecimentos referentes ao problema que aflige o segundo. Por um lado, o profissional sabe quais são as hipóteses clínicas, o diagnóstico, o prognóstico e as opções terapêuticas. Por outra perspectiva, o doente somente pode ter condições de decidir a partir da comunicação efetuada pelo médico.”

Tem-se que a valoração da vontade do paciente é parte de uma lógica de respeito ao desenvolvimento de sua autonomia pessoal, seu corpo, sua saúde e sua vida, tendo em vista valores fundados no princípio da dignidade da pessoa humana, que alteram a função do negócio jurídico médico-paciente em relação ao negócio jurídico médico patrimonial¹¹¹². (BELTRÃO, pág. 112)

Nessa baila, têm-se que as decisões na relação médico-paciente são decisões complexas e exigem do profissional sabedoria no processo de tomada de decisão, invocando o seu conhecimento sobre o caso específico, juntamente a sua experiência, a fim de que seja tomada a melhor decisão, com base nos desejos e valores do paciente, após informado quais são as hipóteses clínicas e opções terapêuticas.

10 MENEZES, Rachel Aisengart. Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1429-1449, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400014>.

11 “O negócio jurídico, como acto de autonomia privada e como acção que gera e põe em vigor um regulamentação interprivada, com o seu carácter criador de direito, supõe e exige de parte dos seus autores liberdade e discernimento. Não existem, porém, liberdade e discernimento que sejam absolutos, que sejam perfeitos e ilimitados. A autonomia privada contenta-se com a liberdade e o discernimento normais, isto é, que são próprios das pessoas normais, das pessoas comuns. Para celebrar um negócio jurídico não é, por isso, necessário estar completamente livre de constrangimentos. A própria vida em sociedade, com as suas circunstâncias, o contacto social e o contacto com a natureza, constroem e limitam a liberdade das pessoas.” VASCONCELOS, Pedro Paes de. *Teoria geral do direito civil*, cit., p. 491.

12 “A autonomia privada, no exercício do direito de personalidade, tem dois aspectos principais: o da iniciativa na defesa da personalidade e a da auto-vinculação à sua limitação ou compressão. No primeiro dos referidos aspectos, o titular é livre de exercer o seu direito ou de se abster de o fazer. Num caso de ofensa corporal, a vítima pode abster-se de se defender e até de recorrer aos meios públicos de defesa (policia, tribunais), pode, por exemplo, ‘dar a outra face’. É livre de escolher a sua atitude perante a ofensa. Esta liberdade é reveladora da autonomia do titular que pode decidir, só por si e livremente, sobre o exercício do direito, sem estar vinculado heteronomamente. Num outro exemplo, o doente pode não querer ser tratado.” VASCONCELOS, Pedro Paes de. *Direitos da personalidade*. Coimbra: Almedina, 2006. p. 153.

Insta ressaltar que mesmo com o avanço da tecnologia e das informações, o número de processos judiciais por erros médicos não para de aumentar, tendo em vista falhas no diagnóstico e na tomada de decisões dos profissionais diante da complexidade dos procedimentos clínicos.

À vista disso, visando auxiliar na tomada de decisões, deve sempre ser respeitada a vontade do paciente, desde que seja válida, expondo ao mesmo as informações necessárias, auxiliando na sua escolha, cabendo ao médico apontar os possíveis tratamentos e qual a melhor opção para o caso específico, salvaguardando o cumprimento da ética profissional, visando a correta decisão no caso concreto, em atenção ao previsto no Código de ética médica em consonância com o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana garantido na Constituição Federal.

4 | CONCLUSÃO

Face ao exposto, é necessário acima de tudo, nos momentos de tomada de decisão, utilizar o princípio da proporcionalidade, consagrando sempre a dignidade da pessoa humana, estabelecendo um paralelo entre a autonomia do paciente em realizar escolhas, desde que detenha de capacidade para tal, em contrapartida ao dever ético do médico de ponderar o quanto a dor e o sofrimento influenciam na vontade do paciente.

A depender da situação, o mais indicado não é ter um direcionamento prévio de princípios decisórios, uma vez que no dia-a-dia do médico, esse se depara com uma gama enorme de casos complexos, cabendo a avaliação autônoma dos benefícios da correta intervenção, em função das possíveis variáveis e da preservação dos valores do paciente.

A escolha do paciente em momentos delicados como o prolongamento da vida, ou a escolha de um tratamento, deve-se dar de forma livre e autônoma, como exposto, para que essa seja uma vontade válida e produza efeitos jurídicos e o médico não seja responsabilizado por essa escolha.

Além disso, se o paciente manifestar sua vontade sob dor e sofrimento, deve-se invocar o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, em que o valor da vida sempre deverá ser prioridade, exigindo do médico conhecimento e experiência para valorar a melhor escolha no processo de tomada de decisão.

Por fim, esse é um tema relevante no cenário atual, devendo ser debatido cada vez mais sob o ponto de vista jurídico e, principalmente, sob o ponto de vista da ética médica, a fim de alinhar as visões sobre o assunto, visando a capacitação dos profissionais em processos de tomada de decisões para que seja diminuída as falhas e a vontade do paciente capaz seja respeitada, garantindo sempre o direito constitucional à vida e a aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

ASCENSÃO, José de Oliveira. **Direito civil: teoria geral, ações e fatos jurídicos**. Coimbra: Coimbra Ed., 1999. v. 2, p. 22.

BELTRÃO, Silvio Romero. **Autonomia da vontade do paciente e a capacidade para consentir**: uma reflexão sobre a coação irresistível. R. Dir. sanit., São Paulo v.17 n.2, p. 98-116, jul./out. 2016.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o **Código Civil**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

GOMES, Luiz Flavio Autran Monteiro; GOMES, Carlos Francisco Simões; ALMEIDA, Adiel Teixeira de. **Tomada de decisão gerencial**: um enfoque multicritério. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2006. p. 264.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença**. Physis, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1429-1449, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400014>.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. - 35. ed. - São Paulo: Atlas, 2019.

SILVA, José Afonso da. **Dignidade da pessoa Humana como valor supremo da sociedade democrática in Anais da XV Conferência Nacional da Ordem dos Advogados do Brasil**. São Paulo: JBA Comunicações, 1995.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. – 10. ed. rev. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2012.

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PALHAÇOTERAPIA NA MELHORA DA DOR E HUMOR DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NA CLÍNICA DE PEDIATRIA E DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Rebecka Souza Fernandes

Universidade Federal Da Paraíba (UFPB)

João Pessoa – Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/2176414964629461>

<https://orcid.org/0000-0003-0314-8767>

Éric Moreira Menezes

Universidade Federal Da Paraíba (UFPB)

João Pessoa – Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/7993693880288042>

Júlia de Melo Nunes

Universidade Federal Da Paraíba(UFPB)

João Pessoa- Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/6498561983702327>

Maria do Socorro Trindade Moraes

Universidade Federal Da Paraíba (UFPB)

João Pessoa – Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/9747525325484740>

RESUMO: Procedimentos hospitalares costumam adquirir para a criança caráter doloroso. Desse modo, é essencial promover atividades que tornem a hospitalização menos traumática. Uma das modalidades de humanização hospitalar mais difundida é a palhaçoterapia. Nessa perspectiva, o estudo é uma pesquisa exploratória com abordagem quali-quantitativa cujo objetivo é avaliar o impacto da palhaçoterapia na melhora da dor e humor de crianças hospitalizadas. A investigação foi realizada nas alas pediátricas do

Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa-PB. A amostra utilizada contava com 49 crianças e seus respectivos acompanhantes, selecionados aleatoriamente no momento da intervenção. A coleta de dados ocorreu no período de 08/2018 a 07/2019, utilizando dois questionários e a escala facial de Wong-Baker como instrumentos, os quais eram aplicados após leitura e assinatura do TCLE. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Seres Humanos do CCM sob o nº CAAE: 718233171.5.0000.8069. Os dados foram analisados utilizando-se o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences versão 13. Verificou-se que na amostra de crianças predominou o gênero masculino, faixa etária entre 3-16 anos, procedentes do interior. A maioria estava na clínica pediátrica com tempo médio de internação de 13 dias e muitos já haviam interagido com palhaços no hospital. A análise dos questionários, relatos e da escala de Wong-Baker mostram, principalmente pela percepção dos acompanhantes, que a palhaçoterapia prestou bom nível de contribuição para a melhora do humor, da dor e do quadro clínico das crianças hospitalizadas. Sendo assim, não se pode negar os benefícios da terapia do riso como estratégia promotora de saúde e humanização. Esses fatos fornecem motivação e ânimo extras para a continuação e ampliação de projetos que levem a palhaçoterapia e as atividades lúdicas pro cenário hospitalar.

PALAVRAS - CHAVE: Terapia do riso, dor, pediatria, hospital, humanização.

EVALUATION OF THE IMPACT OF CLOWN THERAPY ON THE IMPROVEMENT OF PAIN AND MOOD OF CHILDREN HOSPITALIZED AT THE PEDIATRIC AND INFECTIOUS AND PARASITIC DISEASES CLINIC

ABSTRACT: Hospital procedures usually represent a painful experience for a child. Thus, it is essential to promote activities that make hospitalization less traumatic. One of the most widespread types of hospital humanization is clown therapy. In this perspective, the study is an exploratory research with a qualitative and quantitative approach, whose objective is to assess the impact of clown therapy in improving pain and mood in hospitalized children. The investigation was carried out in the pediatric wards of the Lauro Wanderley University Hospital (HULW), in João Pessoa-PB. The sample used consisted of 49 children and their respective companions, randomly selected at the time of the intervention. Data collection took place from 08/2018 to 07/2019, using two questionnaires and the Wong-Baker facial scale as instruments, which were applied after reading and signing the informed consent form. The study was approved by the Ethics Committee on Human Beings of the CCM under the number CAAE: 718233171.5.0000.8069. The data was analyzed using the statistical software Statistical Package for the Social Sciences version 13. It was found that in the sample of children, the male gender predominated, aged between 3-16 years, coming from the countryside. Most were in the pediatric clinic with an average hospital stay of 13 days and many had already interacted with clowns in the hospital. The analysis of the questionnaires, reports and the Wong-Baker scale show, mainly by the perception of the companions, that the clown therapy provided a good level of contribution to the improvement of the mood, pain and clinical condition of hospitalized children. Therefore, it cannot be denied the benefits of laughter therapy as a strategy that promotes health and humanization. These facts provide extra motivation and encouragement for the continuation and expansion of projects that take clown therapy and recreational activities to the hospital setting.

KEYWORDS: Clown therapy, pain, pediatrics, hospital, humanization.

1 | INTRODUÇÃO

Procedimentos hospitalares costumam adquirir para a criança caráter doloroso e invasivo, podendo interferir no seu desenvolvimento. Além disso, o ambiente hospitalar é, muitas vezes, experienciado de forma hostil, tornando possível o desenvolvimento de problemas psicossociais na infância. Desse modo, é essencial promover atividades que tornem a hospitalização menos traumática.

Atualmente, sabe-se que a adoção de atividades lúdicas no meio hospitalar demonstra potencial contribuição para a diminuição do estresse provocado pela internação. A palhaçoterapia, também chamada “Terapia Clown”, utilizando-se de ferramentas lúdicas, tais quais a arte, o brincar e o bom humor, é uma das modalidades que têm conquistado mundialmente seu espaço como estratégia de humanização do cuidado nessa área. Segundo Catapan (2018), as diversas utilizações da palhaçoterapia trazem benefícios ao ambiente hospitalar, mesmo ainda não sendo valorizada como prática promotora de saúde.

A partir desse conhecimento, em 2010, foi criado o Projeto Tiquinho de Alegria, o

qual, por meio de estudantes de graduação de diversos cursos da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), aplica a palhaçoterapia, o riso, brincadeiras e ações educativas no enfrentamento dos efeitos adversos da hospitalização no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Vale ressaltar que essa iniciativa segue os preceitos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde (MS), que, através da Portaria nº 849, de 27/03/2017, reconhece a importância de terapias alternativas, como, por exemplo a arteterapia. (BRASIL, 2017).

Assim, o presente artigo apresenta os resultados encontrados sobre a análise do impacto da palhaçoterapia, promovida pelo projeto Tiquinho de Alegria, na melhora da dor e humor das crianças hospitalizadas na Clínica de Pediatria e Doenças Infecciosas e Parasitárias do HULW, sob a concepção tanto das crianças quanto dos acompanhantes.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quali-quantitativa. A investigação foi realizada em cenário hospitalar, com uma amostra de 49 crianças e seus acompanhantes. Os pacientes foram selecionados aleatoriamente no momento da intervenção, a partir dos seguintes critérios de elegibilidade: possuir idade entre 3 a 16 anos, estar hospitalizado em unidade de internação de Clínica Pediátrica ou de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em João Pessoa, estar acompanhado durante a internação e possuir capacidade de cognição e comunicação preservadas.

Critérios de exclusão do estudo: estar dormindo no horário da intervenção, não poder responder aos questionários devido ao quadro clínico ou por não entender o que se perguntava e se recusar a responder às perguntas ou a participar das atividades lúdicas.

Para os acompanhantes, foram critérios de inclusão: estar presente no momento do estudo e acompanhar a criança durante o atendimento hospitalar. Foram critérios de exclusão: não estar presente durante a intervenção dos palhaços.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2018 a julho de 2019, utilizando como instrumentos: a escala facial de Wong-Baker (1987) e dois questionários online criados na plataforma digital “Google Forms”, os quais foram aplicados somente após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A escala facial de Wong-Baker era aplicada antes e após as intervenções de palhaçoterapia, direcionando-se tanto à criança quanto aos acompanhantes, que apontavam a face representativa que melhor correspondia ao estado de dor e humor do paciente naquele momento. Os questionários eram aplicados antes e/ou após as intervenções, contando com perguntas objetivas e subjetivas voltadas para o estudo dos efeitos da visita realizada pelos palhaços integrantes do Projeto Tiquinho de Alegria no comportamento da criança. De forma geral, a diferença entre os questionários era somente quanto ao indivíduo que responderia, um era adaptado para as crianças e outro para os

acompanhantes. Durante as intervenções, era realizada apenas a observação direta do pesquisador, com o intuito de não interferir nas atividades de palhaçoterapia.

O estudo observou as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Seres Humanos do CCM, sob o nº CAAE: 718233171.5.0000.8069.

Os dados foram analisados utilizando-se o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences versão 13.0 [SPSS Inc., Chicago, IL, USA].

3 | RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 49 crianças e seus respectivos acompanhantes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Com base nos dados encontrados, foi possível traçar as principais características das crianças participantes. Houve um predomínio de 65,3% (n=32) de crianças do gênero masculino em relação a 34,7% (n=17) do feminino. A idade das crianças variou entre 3 e 16 anos, tendo 10,24 anos como média e 11 anos como mediana. Ademais, a partir desse critério, houve uma divisão em duas categorias, a primeira abrangendo a faixa etária de 3 a 11 anos, composta por 53,1% (n= 26), e a segunda abrangendo a faixa etária dos 11,1 a 16 anos, composta por 46,9% (n= 23) das crianças analisadas. Com relação à procedência regional das crianças, 59,2% (n= 29) eram do interior da Paraíba, enquanto 40,8% (n=20) residiam na capital João Pessoa. Já em relação aos dias de internação dos pacientes, houve uma variação de 1 a 74 dias, com uma média de 13,27 dias, uma mediana de 5 dias e uma moda de 3 dias. A Tabela 1 a seguir aponta mais informações.

Variáveis	n	%	IC _{95%} *
Sexo			
Masculino	32	65,3	50,4 – 78,3
Feminino	17	34,7	21,7 -49,6
Idade (anos)			
3 – 11	26	53,1	38,3 – 67,5
12 - 16	23	46,9	32,5 – 61,7
Procedência			
Interior	29	59,2	44,2 – 73,0
Capital	20	40,8	27,0 – 55,8
Tempo de internação (dias)	49	5**	3 – 13***

*Intervalo de confiança de 95%

** Mediana

*** Intervalo interquartilico

TABELA 1: Características demográficas e tempo de internamento na Clínica Pediátrica e DIP do Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2018 – 2019.

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Para identificar o impacto da palhaçoterapia na melhora da dor e humor das 49 crianças hospitalizadas, foi aplicada a elas a escala facial de Wong-Baker antes e após as visitas dos palhaços. No entanto, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos antes ou após as intervenções. Acredita-se que o motivo seja o fato de que muitas das crianças que responderam ao questionário não relataram dor mesmo antes da intervenção.

Das 49 crianças analisadas antes de serem executadas as intervenções lúdicas de palhaçoterapia, houve um destaque para as que relataram que gostavam de palhaços (83,7%). No entanto, 16,3% disseram não gostar. Um total de 61,2% já haviam passado pela experiência de brincar com palhaços no hospital, enquanto 38,8% não a possuíam, o que pode ser verificado nos dados apresentados no Quadro 1.

Variáveis	n	%	IC _{95%} *
Gosta de palhaço?			
Sim	41	83,7	70,3 – 92,7
Não	8	16,3	7,3 – 29,7
Já brincou com palhaços no hospital?			
Sim	30	61,2	46,2- 74,8
Não	19	38,8	25,2 – 53,8

*Intervalo de confiança de 95%

QUADRO 1: Respostas das crianças sobre palhaços, internadas na Clínica Pediátrica e DIP do Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2018 – 2019.

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Após a intervenção, foi aplicado aos acompanhantes um questionário e a escala de Wong-Baker (Figura 1) a fim de identificar o grau de alegria da criança após a visita dos palhaços. De acordo com as respostas obtidas, apresentadas no gráfico 1, 73,5% (n= 36) dos acompanhantes responderem que o humor da criança melhorava muito, deixando-a mais alegre, 12,2% (n=6) responderam que a melhora era regular e apenas 6,1% (n=3) responderam que o humor melhorava pouco. Do total dos 49 acompanhantes, 8,2% (n=4) preferiram não responder a todas as perguntas.

Escala de faces de Wong-Backer, válida para crianças a partir dos 3 anos de idade



INSTRUÇÕES

Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

FACE 0: Está muito feliz porque não tem nenhuma dor

FACE 1: Tem apenas um pouco de dor

FACE 2: Tem um pouco mais de dor

FACE 3: Tem ainda mais dor

FACE 4: Tem muita dor

FACE 5: Tem dor máxima, apesar de que nem sempre provoca choro

FIGURA 1 – Instrumento de avaliação da dor aplicado para crianças e acompanhantes na Clínica Pediátrica e DIP do Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2018 – 2019.

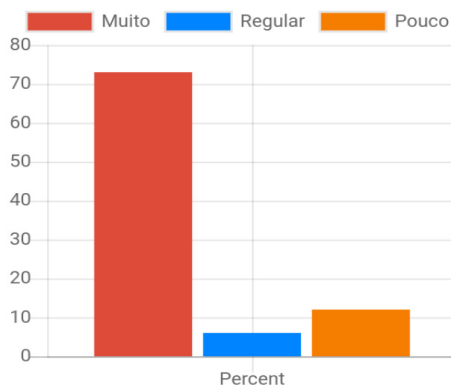


GRÁFICO 1: Contribuição da palhaçoterapia no humor das crianças internadas no HULW na percepção dos acompanhantes, 2018 – 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Quanto ao nível da dor após as visitas dos palhaços, foram obtidos os seguintes resultados: 59,2% (n=29) dos acompanhantes responderam que as intervenções ajudaram muito no alívio da dor, sendo perceptível na criança tal mudança, 12,2% (n=6) relataram que era regular a questão do alívio da dor e 2% (n=1) disseram que a palhaçoterapia contribuía pouco para o alívio da dor. Para 19,4% (n=9), não houve nenhuma mudança de imediato na criança (Gráfico 2).

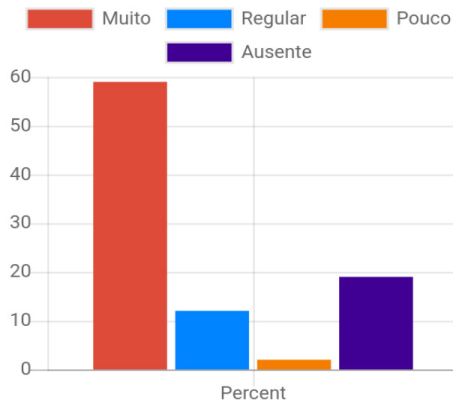


GRÁFICO 2: Percepção dos acompanhantes sobre a contribuição da palhaçoterapia no alívio da dor das crianças internadas no HULW, 2018 – 2019.

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

A última pergunta dirigida aos acompanhantes foi se havia contribuição da palhaçoterapia na melhora do quadro clínico da criança hospitalizada, conforme dados apresentados no Gráfico 3. Para 69,4% (n=34) dos acompanhantes, a palhaçoterapia auxiliou muito na melhora do quadro clínico. Para 16,3% (n=8), a contribuição era regular. 2% (n=1) relataram pouca melhora, enquanto 4,1%(n=2) não observaram melhora no quadro clínico.

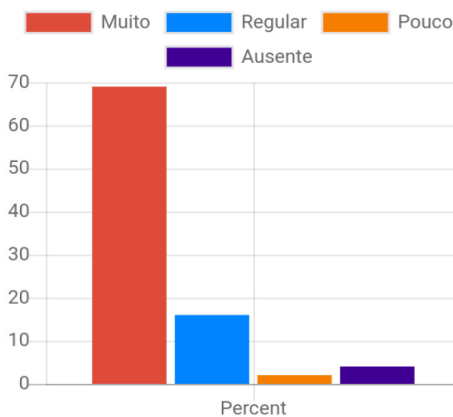


GRÁFICO 3: Contribuição da palhaçoterapia na melhora do Quadro clínico (percepção dos acompanhantes)

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Considerando a análise qualitativa acerca da importância do projeto, constatou-se, através dos relatos, que houve grande aceitação por parte dos acompanhantes, os quais

discorreram sobre os aspectos benéficos do apoio psicossocial fornecido pelas intervenções de palhaçoterapia. Alguns dos mais diversos relatos dos acompanhantes foram:

“Fico muito feliz com o trabalho de vocês, o nosso filho fica alegre. Ver o sorriso do nosso filho não tem preço, muda o ambiente...”

“Alegra muito as crianças e ajuda na recuperação. Trabalho lindo e maravilhoso...”

“Ajuda o paciente a se animar, reerguer. Acho importante o trabalho e a forma de lidar com o quadro. Evita a depressão”

“Melhora a criança, pois a estimula mais.”

4 | DISCUSSÃO

A hospitalização é vivenciada de forma distinta por cada indivíduo. Ao ser colocado em um ambiente desconhecido, pode surgir o sentimento de perda, ruptura e separação, o qual traz prejuízo à sua noção de identidade (HONICKY, 2009). Desse modo, a reação à hospitalização costuma surgir em sintomas, como a ansiedade e a depressão, muitas vezes ligados à incerteza quanto à condição clínica, principalmente naqueles que necessitam passar longos períodos de tempo nessa situação.

Nesse contexto, a palhaçoterapia, sob o espectro de atividade lúdica, ganha destaque, uma vez que tem a capacidade de proporcionar um cuidado humanizado e reduzir os aspectos hostis da hospitalização. Para as crianças, ela gera grande repercussão, pois o brincar é essencial, possibilitando-lhes mergulhar no universo da imaginação, viajar pela fantasia do palhaço e esquecer um pouco o ambiente inóspito do hospital.

Para minimizar o medo e a dor presentes nesse cenário, os palhaços entram em ação com muita alegria e seu nariz vermelho, trazendo o lúdico e a cor ao ambiente. Distribuindo risos e bom humor, buscam promover a quebra da rotina rígida do hospital, o que implica em um cuidar associado ao brincar e à possibilidade de romper com o paradigma mecanicista que envolve a assistência em saúde tradicional.

Segundo Oliveira et al. (2018), as intervenções lúdicas com caracterização de palhaços contribuem para amenizar o sofrimento e oferecer uma atenção humanizada à criança no período de hospitalização. Já Miranda (2017) descreve que a utilização do riso, de brincadeiras e outras estratégias lúdicas durante a atuação dos palhaços no hospital proporciona um cuidado mais eficiente e humanizado.

Em relação à investigação dos dados referentes ao questionário aplicado às crianças, foi revelado que, apesar de algumas crianças nunca terem vivenciado a experiência da palhaçoterapia em internações prévias, a maioria relatou já ter usufruído desse tipo de interação anteriormente. Esse fato mostra, felizmente, que a palhaçoterapia tem conquistado espaço como estratégia integradora do cuidado no cenário atual, levando brincadeiras, descontração, músicas, carinho e aconchego ao cenário hospitalar.

A análise dos relatos e do questionário sobre a percepção dos acompanhantes demonstra que a palhaçoterapia alcançou a capacidade de melhorar consideravelmente o humor das crianças, alegrando-as com brincadeiras e fazendo-as esquecer de dores, tristezas e dificuldades. Esse levantamento está em consonância com o estudo de Kingsnorth et al. (2011), que evidencia os benefícios do brincar para a melhora do humor de crianças hospitalizadas. Verificando-se os relatos, é perceptível, também, o impacto positivo das intervenções no humor dos acompanhantes.

Ademais, Silva et al. (2013) citam que o brincar deve servir como instrumento de motivação e descoberta de novas formas de interagir com o meio em que vive. Durante a visita do palhaço, foi possível observar o contato com as crianças justamente sob essa perspectiva. Elas interagiam, conversavam, sentavam-se na cama, e, quando podiam, saíam do leito. O fato apontado corrobora, inclusive, a percepção dos acompanhantes sobre as intervenções.

Quanto ao nível de dor após a visita dos palhaços às crianças hospitalizadas, a maioria dos acompanhantes respondeu que as intervenções ajudaram muito no alívio da dor, sendo perceptível na criança tal mudança. Essa observação também é salientada por Abreu (2012), o qual afirma que o uso do bom humor aumenta a capacidade de resistir à dor. Já para Capela (2011), o humor age como um poderoso mecanismo para diminuição de medo, ansiedade e estresse psicológico em pacientes com quadro algíco. Dessa forma, percebe-se que a palhaçoterapia também tem o potencial de reduzir os problemas comportamentais e emocionais ligados à experiência da dor.

Verificou-se, ainda, que muitos familiares notaram e frisaram a contribuição da palhaçoterapia para a melhora do quadro clínico das crianças hospitalizadas. Essa situação é justificada não somente pelo impacto social e psicológico que a atuação dos palhaços suscita, mas também por mudanças fisiológicas incitadas pelas intervenções. Existem alguns estudos que associam as atividades de palhaços com crianças hospitalizadas à redução do nível de cortisol, o qual é um importante biomarcador do estresse (Saliba et al., 2016).

Diante disso, assim como o descrito por Adams (2002), ressalta-se o fato de que o riso pode se tornar um meio de suporte à terapia medicamentosa no ambiente hospitalar, colaborando assim para a recuperação. Esse princípio vai de acordo com o conceito de saúde preconizado pela OMS, o qual afirma que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade. Além disso, também fundamenta-se na necessidade de ampliação do cuidado em saúde, incentivando a transição de um modelo biomédico para um modelo biopsicossocial, em que o paciente em sua integralidade é o foco principal da atenção.

Destaca-se, ainda, que a inclusão dos familiares no estudo visa considerar a importância que a presença do acompanhante de paciente infantil em tempo integral, conquista efetivada pelo Art. 12 da Lei nº 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente,

exerce na construção de um plano de cuidado eficaz. Segundo Silva (2013), a permanência em tempo integral dos pais, especialmente das mães, traz benefícios para o processo de cura do filho hospitalizado. Decerto, a presença do familiar possibilita à criança sentir-se mais segura durante as intervenções da equipe de saúde, principalmente as de enfermagem, tornando o ambiente menos inóspito (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

5 | CONCLUSÃO

Então, de forma geral, os dados acerca da percepção dos familiares mostraram resultados positivos na melhora da dor, humor e quadro clínico das crianças, além do fato de possibilitarem a diminuição do estresse dos próprios acompanhantes. Sendo assim, não se pode negar os benefícios da terapia do riso como estratégia promotora de saúde e humanização.

A utilização do brincar para lidar com as limitações impostas pelo ambiente hospitalar fez com que os pacientes entrassem em contato com o estado natural de ser criança e interagissem mais. Desse modo, a palhaçoterapia agregou alegria e descontração ao ambiente, facilitando o enfrentamento dos aspectos adversos da hospitalização. É possível constatar tal teoria a partir da análise dos questionários respondidos na pesquisa e através dos relatos dos acompanhantes. Estes, inclusive, demonstraram grande aceitação e discorreram sobre os aspectos benéficos do apoio psicossocial fornecido pelo projeto.

Assim, apesar de ser fundamental a realização de mais pesquisas para melhor embasar a eficácia das ações lúdicas associadas à palhaçoterapia no meio hospitalar, os resultados desse estudo e de trabalhos semelhantes reafirmam mais uma vez a necessidade e a importância da atividade lúdica no contexto hospitalar. Ao constatar isso, os extensionistas do Projeto Tiquinho de Alegria, bem como os membros de outros projetos com o mesmo propósito, ganham motivação e ânimo extras para a continuação e ampliação de suas atividades.

Por fim, deve-se considerar como sugestão a utilização da palhaçoterapia e de condutas que remetam ao lúdico no plano de cuidado do paciente infantil, uma vez que ambas contribuem como terapias não-farmacológicas capazes de auxiliar na recuperação. Outrossim, sugere-se a sistematização do estudo e prática dessas atividades em projetos que se incluam nos pilares acadêmicos de cursos da área da saúde, já que, desse modo, a adoção do cuidado humanizado seria incentivada e reforçada ainda durante a formação.

REFERÊNCIAS

ABREU, G. R. F. A terapia do (bom) humor nos processos de cuidado em saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5062>. Acesso em: 12 abr 2019.

ADAMS, P. Humour and love: the origination of clown therapy. **Postgrad Med J journal**, v. 78, n. 922, p. 447-448, 2002. Disponível em: <http://pmj.bmj.com/content/78/922/447>. Acesso em: 04 mai 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91764/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-lei-8069-90> . Acesso em 04 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União** - seção 1, n. 60, terça-feira, 28 de março de 2017.

CAPELA, R. C. Riso e bom humor que promovem a saúde. **Rev. Simbio-Logias**, v. 4, n. 6, p. 176-84, 2011. Disponível em: <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2019.

CATAPAN, S.C., Oliveira, W. F., Rotta, T. M. Palhaçoterapia em ambiente hospitalar: Uma revisão de literatura. **Cien Saude Colet**, Mar. 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/palhacoterapia-em-ambiente-hospitalar-uma-revisao-de-literatura/16664?id=16664&id=16664>. Acesso em: 03 mai.2019.

HONICKY, Marilise; SILVA, Rosanna Rita. O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo , v. 7, n. 1, p. 44-67, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092009000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 mar. 2021.

KINGSNORTH, Shauna; BLAIN, Stefanie; MCKEEVER, Patricia. Physiological and emotional responses of disabled children to therapeutic clowns: a pilot study. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2011, 2011. Disponível em :Physiological and Emotional Responses of Disabled Children to Therapeutic Clowns: A Pilot Study (hindawi.com). Acesso em 06 mar. 2021

MIRANDA, M.C.; HAZARD, S.O.; MIRANDA, P. V. La música como una herramienta terapéutica en medicina. **Rev. chil. neuro-psiquiatria**, Santiago, v. 55, n. 4, p. 266-27, 2017. Disponível em : La música como una herramienta terapéutica en medicina (conicyt.cl). Acesso em 06 mar.2021

OLIVEIRA, S.M. *et al.* O ambiente hospitalar reinventado através da palhaçoterapia: humanizando a assistência à criança hospitalizada. **Saúde coletiva**, v.8, n.44, p. 709-13, 2018.

SALIBA, Flávia G. *et al.* Salivary cortisol levels: the importance of clown doctors to reduce stress. **Pediatric reports**, v. 8, n. 1, p. 12-14, 2016. Disponível em :Pediatric Reports | Free Full-Text | Salivary Cortisol Levels: The Importance of Clown Doctors to Reduce Stress (mdpi.com) . Acesso em: 06 mar. 2021

SILVA, LT. *et al.* El juego en el Programa Minas Olímpica Generación Deporte, FHA. EFDeportes.com, **Revista Digital**, Buenos Aires, v.18, n.179, p.1. Abr. 2013. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd179/o-brincar-no-programa-minas-olimpica.htm>. Acesso em: 03 mai. 2017

WONG-BAKER FACES PAIN SCALE. Adapted from Whaley L, Wong DL. Nursing care of infants and children. 3rd. ed. St. Louis: The CV Mosby Company, 1987.

COVID-19: ISOLAMENTO SOCIAL E TRANSTORNOS MENTAIS, UMA ÍNTIMA RELAÇÃO

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 06/03/2021

Dhara Eline Hermann Martins

Universidade Cesumar
Maringá – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0112843317814243>

Sandra Cristina Catelan – Mainardes

Universidade Cesumar
Maringá – Paraná
<https://orcid.org/0000-0003-4764-8923>

Valéria do Amaral

Universidade Cesumar
Maringá – Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-6503-5269>

RESUMO: Devido à pandemia do Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, houve a necessidade de uma readequação social em nível mundial. Entre as medidas preventivas estão a imposição de isolamento e distanciamento social, fato que alterou de forma significativa a rotina de milhões de pessoas. Tais medidas trouxeram a adesão de um novo estilo de vida e a dificuldade para muitas pessoas de lidar com essa reestruturação social, podendo levar a conflitos internos e transtornos de comportamento. Assim, essa pesquisa tem como objetivo analisar o momento de pandemia atual e sua relação com o desencadeamento de transtornos mentais. Através de revisão da literatura serão levantados dados sobre a possível sobreposição de períodos pandêmicos, como fator ocasionador

do declínio da saúde mental. A metodologia aqui colocada em prática é de base analítica, com abordagem quantitativa, objetivando a pesquisa descritiva e de procedimento bibliográfico. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário da plataforma Google Forms como instrumento, e posteriormente transferido os resultados para gráficos e tabelas. A análise dos resultados esperados evidencia a influência da pandemia sobre os transtornos comportamentais.

PALAVRAS-CHAVE: Distanciamento; medo; pandemia; saúde mental.

COVID-19: SOCIAL ISOLATION AND MENTAL DISORDERS, AN INTIMATE RELATIONSHIP

ABSTRACT: Due to the Covid-19 pandemic, caused by the SARS-CoV-2 virus, there was a need for social readjustment worldwide. Among the preventive measures are the imposition of isolation and social distance, a fact that has significantly altered the routine of millions of people. Such measures have led to the adherence of a new lifestyle and the difficulty for many people to deal with this social restructuring, which can lead to internal conflicts and behavioral disorders. Thus, this research aims to analyze the current pandemic moment and its relationship with the onset of mental disorders. Through a literature review, data will be collected on the possible overlap of pandemic periods as a factor causing the decline in mental health. The methodology put into practice here is based on analytics, with a quantitative approach, aiming at descriptive research and bibliographic procedure. For data collection, a questionnaire from the

Google Forms platform was used as an instrument, and later the results were transferred to graphs and tables. The analysis of the expected results shows the influence of the pandemic on behavioral disorders.

KEYWORDS: Detachment; fear; pandemic; mental health.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 11 de março de 2020, que a infecção viral zoonótica conhecida como nova doença de coronavírus (COVID-19), havia se tornado uma pandemia pelos seus índices alarmantes. Até 15 de maio de 2020, foram notificados 4.425.485 casos confirmados, com 302.059 mortes em pelo menos 216 países ou territórios (WHO, 2020). Tais dados revelam que a circulação do vírus está presente em todos os continentes e há ocorrência de casos oligossintomáticos, que dificulta diagnóstico precoce e atitude de medidas preventivas. Deste modo, os países que estão no hemisfério sul, incluindo o Brasil, devem se preparar para o enfrentamento da virose, com o objetivo de evitar casos graves e óbitos (BRASIL, 2020).

O vírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves (cerca de 80%) a muito graves, com insuficiência respiratória entre 5% e 10% dos pacientes. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária e condições clínicas associadas (BRASIL, 2020).

Devido à alta taxa de multiplicação do vírus e rápida propagação, há dificuldade de produzir vacinas e disponibilizá-las a população mundial. Sendo assim, os impactos das intervenções não farmacológicas (INFs) em uma pandemia, são fundamentais para desacelerar a inserção do vírus na população e, caso a pandemia já tenha iniciado: retardar o pico epidêmico; reduzir a transmissão através de medidas protetivas sociais e ambientais; reduzir o número total de infecções e, em consequência, o total de casos graves (OMS, 2019).

Segundo Correia (2020), o isolamento social é a INFs de maior importância contra o COVID-19, pois previne a progressão da enfermidade e serve como um escudo para os efeitos danosos do vírus. No entanto, a quarentena e o medo de uma doença nova, são fatores que acabam abalando a psique humana. Devido a isso, neste projeto, será abordado o tema “COVID-19: isolamento social e transtornos mentais”, com a intenção de analisar como o isolamento e o distanciamento social podem desencadear tantos transtornos psicológicos para o indivíduo.

As consequências que a pandemia da SARS-Cov-2 pode trazer refletem não só no risco de contrair a doença, como também no estresse da população que passa por esse momento. Sendo assim, não é incomum que ocorra o desenvolvimento de doenças relacionadas a transtornos psiquiátricos, como: depressão maior, distúrbios de ansiedade e síndrome do esgotamento profissional. Ademais, inferências como instabilidade emocional

e financeira, também podem afetar a saúde mental e, a partir disso, deflagrar distúrbios somáticos associados (STEENBLOCK et al., 2020).

É característica da população brasileira ser conhecida por seu jeito receptivo, sociável, caloroso e comunicativo. Assim, no dia a dia normal, a conexão social ajuda no regulamento dessas emoções, fazendo com que as pessoas possam lidar melhor com o estresse, permanecendo resilientes em situações desagradáveis. Ao contrário, a solidão e o isolamento social pioram esse estresse, podendo produzir efeitos deletérios na saúde mental. Como no Brasil as relações interpessoais se mostram muito presentes, quando no período de pandemia esse contato cessa, o povo sofre (BAVEL et al., 2020a).

Em adição, a pandemia traz muitos efeitos econômicos negativos para a população. Segundo a Secretaria de Política Econômica (2020), de início, essa situação provoca impactos econômicos bruscos de curto prazo, com o colapso da produção em vários setores. No entanto, o possível aumento de desemprego, falência em massa de empresas e piora nas condições financeiras, fazem com que essa situação de pandemia temporária tenha consequências permanentes sobre a economia.

Dito isso, tanto o distanciamento vivenciado na quarentena, como a perda de emprego e as lutas financeiras durante essa crise econômica, direcionam ao agravamento dos sentimentos de solidão, incapacidade e pessimismo, resultando em consequências negativas para a saúde a longo prazo, causando sintomas de estresse pós traumático, distúrbios emocionais, depressão e insônia.

Paralelamente a essas condições, estão presentes os efeitos das relações interpessoais impostos pela pandemia, que são experiência dos dentro das próprias famílias, uma vez que as pessoas se veem em uma situação de proximidade forçada, predispondo ao risco de conflitos familiares, confusão, raiva e tendências emocionais explosivas. (BAVEL et al., 2020b).

Outra situação a ser considerada, é a condição de saúde das pessoas expostas às linhas de frente da pandemia, sobretudo dos cuidadores, além de indivíduos com condições de saúde mental pré-existentes. Estudos apontam que estes indivíduos estão ainda mais propícios a desenvolver transtornos de saúde mental nesse período. Levando isso em consideração, pesquisas foram realizadas na China, em profissionais da saúde que cuidavam de pacientes com COVID-19, mostrando uma proporção considerável de relatos de depressão (50%), ansiedade (45%), insônia (34%) e angústia (72%) (KEEP MENTAL..., 2020).

Analisando os dados em conjunto, é fácil entender a importância de reconhecer os transtornos mentais, de forma precoce.

Um transtorno mental é uma síndrome definida por distúrbio significativo na cognição, na regulação emocional ou no estado comportamental, refletindo uma disfunção psicológica, biológica ou do desenvolvimento implícitos ao funcionamento mental. Estão frequentemente relacionados ao sofrimento e também, incapacidades significativas, que

acabam afetando diversas atividades, como o desempenho social e o profissional. Esses transtornos podem variar de acordo com valores culturais, sociais e familiares, podendo ter interpretações diferentes que vão moldar a experiência e expressão de sintomas, sinais e comportamentos, importantes para o diagnóstico (APA, 2014).

O diagnóstico na psiquiatria é diferente de outras áreas da medicina, pois enquanto essas áreas se baseiam na história médica e em resultados de exames laboratoriais e diagnósticos, nessa especialidade médica ele é apoiado primariamente na impressão do médico, referente à interpretação dos pensamentos e sentimentos do paciente. Desta forma, um ou mais diagnósticos podem ser aplicados ao mesmo paciente (SADOCK, 2017).

Analisando todos esses aspectos, nosso projeto tem a intenção de recapitular todos os fatores desencadeantes de transtornos de comportamento, relacionados com o período pandêmico, para que possa ser feita uma análise deste grave momento e da forma como ele afeta a população universitária. Pretende-se estabelecer nexos casuístico entre o isolamento social e medo do acometimento da doença, com o desenvolvimento de adoecimento mental.

2 | JUSTIFICATIVA

O povo brasileiro é conhecido mundialmente por assumir um estilo de vida alegre, descontraído, afetivo, ativo e muito sociável. Portanto, o surgimento da pandemia e a necessidade de um comportamento social isolado podem impactar de forma importante a qualidade de vida do brasileiro, bem como sua saúde mental. A reorganização social imposta pelo vírus gera incertezas, medos, solidão, preocupações com o destino da saúde, com questões financeiras e, além disso, o “ficar em casa”, pode ser causador de conflitos interpessoais e pessoais. O resultado de todas estas circunstâncias expostas pode oferecer gatilhos de desenvolvimento para transtornos mentais, tais como: a depressão, ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, agora fobia, síndrome do pânico entre outros. Toda essa situação inédita oferece uma oportunidade de estudar a prevalência de doenças mentais relacionadas ao COVID -19, bem como, estabelecer predominantes sociodemográficos que poderão servir de fonte para o entendimento do isolamento social sobre a psique dos brasileiros. Em adição, o estudo pode proporcionar a elaboração de estratégias preventivas, profiláticas e terapêuticas, nessas ocasiões. Portanto, este projeto tem como prerrogativa, analisar as várias vertentes do isolamento social e suas consequências sobre a saúde mental do brasileiro.

3 | OBJETIVOS

O objetivo geral: relacionar a pandemia com os transtornos da saúde mental que a mesma pode causar.

Objetivos específicos: analisar as várias vertentes do isolamento social e suas

consequências sobre a saúde mental do brasileiro.

4 | METODOLOGIA

O estudo a ser realizado caracterizou-se como descritivo com uma abordagem quantitativa no contexto de isolamento social, realizada no município de Maringá, no norte do Paraná – Brasil.

O delineamento amostral foi obtido de forma aleatória, utilizando como critério de inclusão homens e mulheres jovens-jovens (18 a 24 anos) e jovens adultos (25 a 29 anos) e, como critério de exclusão, os formulários que não estiverem preenchidos na íntegra. A pesquisa contou com uma participação voluntária, mediante a assinatura virtual do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada em uma etapa única nos meses de novembro e dezembro de 2020, por intermédio da plataforma online Google Forms, por meio do envio direto do link via redes sociais <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSegsLVbWYeVtvJtSv1_9au7Rx06lk4FePri4t6YDq1qHpSgG/viewform>, em que foi aplicado um questionário com um roteiro semiestruturado, tendo como modelo de base as escalas de ansiedade de Beck (1988) e de depressão de Hamilton (1960), já preestabelecidas e validadas na comunidade científica, relacionando o isolamento mental e a precipitação de transtornos mentais, delineando o perfil de cada participante para analisar as várias vertentes do isolamento social e suas consequências sobre a saúde mental do brasileiro. Os documentos preenchidos foram codificados com o intuito de preservar o anonimato dos entrevistados.

Por fim, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos principais achados se baseiam nas respostas do questionário e foram colocados em quadros descritivos, tabulados com auxílio do software Microsoft Excel, por meio de planilhas, que possibilitou o manejo de dados e integralidade das informações coletadas. A análise dos resultados se fez por meio da estatística descritiva, construindo-se gráficos, tabelas e medidas descritivas, no qual são acrescentadas inferências específicas sobre o conteúdo de acordo com a literatura específica, pertinente e atual sobre o tema.

O projeto foi encaminhado para aprovação pelo Comitê Permanente em Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ensino Superior de Maringá (Unicesumar), onde foi obtido o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), de número 36451420500005539 e aprovado pelo CEP no dia 28 de outubro de 2020. Os participantes antes das entrevistas foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo e seus direitos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e neste momento assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de maneira online.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída de 130 estudantes maringaenses, que preencheram o questionário da plataforma Google Forms junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto à faixa etária, entre os 130 participantes, os resultados foram compostos por 33,8% (n=44) entre 18 e 20 anos, 35,4% (n=46) entre 21 e 23 anos, 23,8% (n=31) entre 24 e 26 anos e 6,9% (n=9) entre 27 e 29 anos. Com relação ao gênero, o sexo feminino representou a grande maioria dos constituintes com 68,5% (n=89).

Dentre os dados mais relevantes, pode-se observar que 97,7% (n=127) dos entrevistados se encontravam em isolamento e distanciamento social. Desses, a grande maioria (73,1% (n=118)) passou mais de dois meses em isolamento e quase metade (46,9% (n=61)) mais de três meses. Quanto à forma de isolamento, 83,8% (n=109) dos estudantes mencionaram estar em isolamento coletivo. Assim, 73,1% (n=95) dessa população manifestou sintomas de estresse e, por consequência, referem ter entrado em conflito com pessoas próximas, o que sugere que o isolamento coletivo e o tempo de isolamento possam ter influenciado nesse estado de estresse conflitante (Quadro 1).

Tempo de Isolamento	%	Tipo de isolamento	%	Estresse e conflito com pessoas próximas	%
1-4 semanas	6,9%	Individual	13,8%	Sim	73,1%
5-8 semanas	17,7%	Coletivo	83,8%	Não	2,3%
9-12 semanas	26,2%	Não se isolou	2,3%		
>13 semanas	46,9%				
Não se isolou	2,3%				

Quadro 1 - Assimilação entre o tempo e tipo de isolamento com o estresse e conflito gerado

Outras informações pertinentes foram coletadas em nossos estudos, com relação a intensidade de sintomas, pela perspectiva do entrevistado. Para tanto, utilizou-se uma escala analógica de graus de intensidade que foi desde “ausente”, “leve”, “moderado” até “grave”. Dessa forma, entre os graus leves e graves, 80% (n=104) dos indivíduos manifestaram se sentir incapazes de relaxar, 90% (n=117), afirmaram estar mais nervosos (gráfico 1) e 62,2% (n=78) sentiram palpitação ou aceleração no coração.

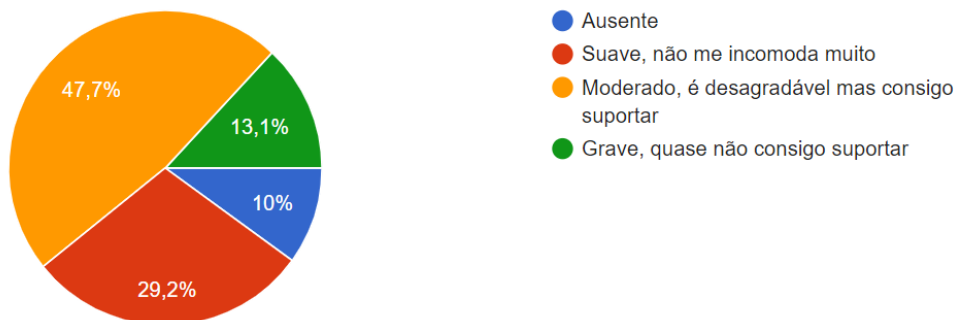


Gráfico 1 - Escala de nervosismo dos participantes

Além disso, os dados mostram que 76,2% (n=99) já apresentaram histórico de ansiedade e 62,2% (n=81) sentiram palpitação ou aceleração no coração. Uma estatística elevada que se torna preocupante ao pensar que HAO et al. (2020) realizou uma comparação do efeito psicológico da pandemia do COVID-19 em pessoas com e sem histórico de ansiedade, onde foi constatado que os impactos do momento atual foram muito maiores em pacientes psiquiátricos em relação à pessoas saudáveis.

Os dados revelaram que, 74,6% (n=97) dos entrevistados perceberam, nesse período de pandemia, estarem com o humor mais deprimido (gráfico 2) e 67% (n=87) relataram apresentar sentimentos de insignificância ou desimportância (gráfico 3).

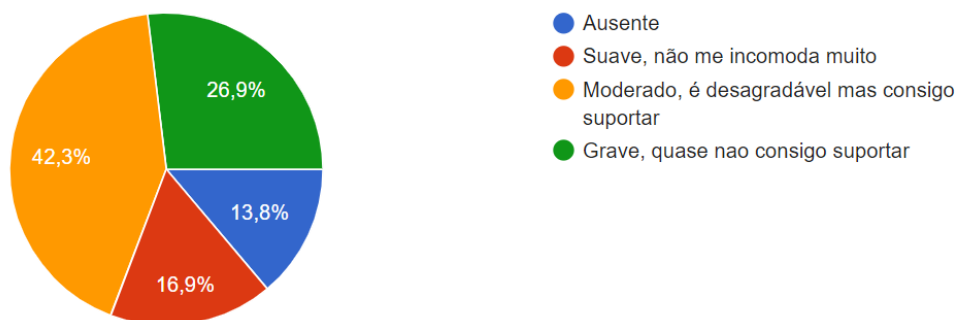


Gráfico 2: Escala de humor deprimido dos participantes

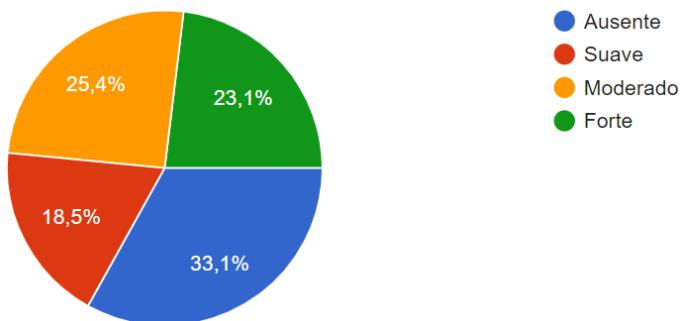


Gráfico 3: Escala de sentimento de insignificância dos participantes

Em comparação a esses dados, uma pesquisa realizada por Liu et al. (2020) avaliou 898 participantes jovens (18-30 anos) dos Estados Unidos da América (EUA) aproximadamente um mês após o início da declaração de estado de emergência devido ao COVID-19 no país. Os autores relatam que, no geral, os participantes pontuaram alto nível de solidão (61,5%), baixa tolerância ao estresse (74,1%), altos níveis de depressão (43,3%) e 45,4% tiveram elevados escores de ansiedade. E Liu et al. (2020) *apud* Kroenke et al. (2009), ainda traz que as taxas de ansiedade e depressão são consideravelmente mais altas do que aquelas comparadas a estudos anteriores, pois dados coletados de um estudo com adultos nos EUA em 2006, geraram uma prevalência de 6,2% entre 18-24 anos de idade e uma prevalência de 13,1% entre 25-34 anos, o que evidencia a enorme discrepância entre os dados coletados nos dias atuais.

Continuando com base na escala de graus, mais da metade das pessoas tem medo de contrair o vírus (63,1% (n=116)) e de perder o controle (56,9% (n=74)). Os dados revelaram que 60% (n=78) da população investigada apresentou insônia durante o isolamento social.

De acordo com Sher (2020):

“Preocupações e medos causam vários sintomas mentais e físicos e podem levar ao desenvolvimento de distúrbios de ansiedade, depressão e distúrbios do sono. Estudos sugerem que as relações entre insônia e depressão e insônia e ansiedade são bidirecionais. A insônia contribui para os sintomas de depressão e ansiedade e, ao contrário, os sintomas de depressão e ansiedade perturbam o sono”.

Quanto à redução do rendimento no trabalho e atividades, 86,1% (n=112) dos estudantes disseram sentir esse impacto (gráfico 4). Segundo Son et al. (2020), que realizaram uma pesquisa com 195 universitários, 89% dos participantes alegaram ter dificuldade de se concentrar durante a pandemia, afirmando que associavam suas casas a um ambiente de relaxamento e não de tarefas. Além disso, nesse espaço eram constantemente interrompidos por familiares e distraídos por mídias sociais, internet e

videogames. A grande maioria dos participantes (82%) ainda mostrou preocupação com o desempenho acadêmico, tendo, entre vários desafios, a transição para as aulas online e, ainda, se sentindo desmotivados a aprender e propícios a procrastinar.

Ainda com relação a redução do rendimento acadêmico, Gavin (2013) relaciona a queda do desempenho no trabalho à casos depressivos. O autor refere que o rendimento laboral e o grau de capacidade para realizar tarefas, podem apresentar considerável queda em casos de depressão leve, mesmo que o indivíduo ainda permaneça no trabalho. Já em episódios depressivos moderados a graves, o desempenho pode chegar a um nível de total inabilidade. Dessa forma, nossos achados corroboram para a suposição de que grande parte da diminuição do rendimento pode estar relacionada com o desenvolvimento de transtornos mentais.

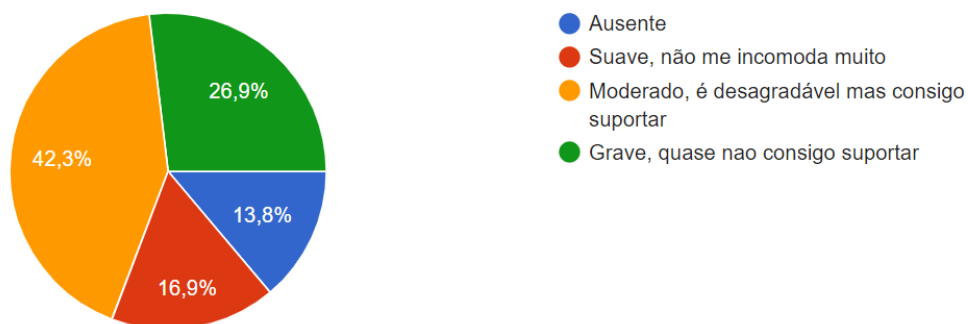


Gráfico 4: Escala de redução no rendimento do trabalho e atividades dos participantes

Por fim, 73% (n=95) das pessoas apresentaram mudança de apetite, perda ou ganho de peso sem que tenha sido desejado (gráfico 5). Na pesquisa realizada por Renzo et al. (2020), onde foram entrevistadas 2533 pessoas e que almejava investigar o impacto imediato da pandemia do COVID-19 nos hábitos alimentares da população italiana, 17,8% dos entrevistados alegaram ter menos apetite, enquanto que 34,4% apresentou sintomas de aumento do apetite. Como resultado disso, foi observado um ganho de peso em 48,6% da população. Ainda, a pesquisa ressalta que todo esse processo de distanciamento e isolamento social, junto com o medo da doença e da morte, agravou a carga de estresse gerada pelos indivíduos e, dessa forma, o estilo de vida e a alimentação dos mesmos passou a mudar durante esse período. No que diz respeito a essa relação, Souza et al. (2019) afirma que o estresse está relacionado positivamente com o aumento de ingestão calórica e a comportamentos alimentares não saudáveis. Ainda, segundo o DSM-5 (2014), um dos sintomas do transtorno depressivo maior é a perda ou ganho expressivo de peso sem intenção, ou redução ou aumento do apetite quase diariamente.

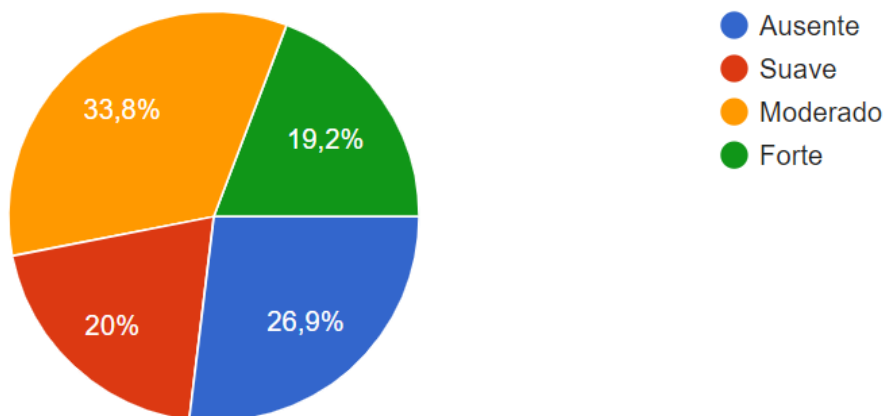


Gráfico 5: Escala de mudança de apetite, perda ou ganho de peso sem que tenha sido desejado dos participantes.

Dessa forma, pode-se sugerir que os dados coletados corroboram com a hipótese de que existe uma íntima relação entre o isolamento social e o desenvolvimento de transtornos mentais. Os resultados obtidos aventam a ideia de que o momento pandêmico impacta de forma significativa o desencadeamento de distúrbios psicológicos na população jovem. Podemos inferir também que tais condições geram desdobramentos importantes sobre o rendimento no trabalho e atividades diárias e que, tal fato, pode representar um ciclo vicioso e de retroalimentação.

6 | CONCLUSÃO

Analisando os dados em conjunto, nosso estudo pode verificar que há fortes indícios que o isolamento social é capaz de promover alterações importantes no comportamento das pessoas, muito embora, a amostra coletada não tenha representatividade estatística nacional. Podemos afirmar com segurança, que foi possível cumprir com os propósitos do trabalho, uma vez que nossos resultados evidenciaram a estreita relação entre a imposição do isolamento e distanciamento social com o desenvolvimento de mudanças de comportamento dos envolvidos na pesquisa e essas foram capazes de promover transtornos na saúde mental da população jovem Maringaense.

Percebe-se que houve alta incidência dos sintomas psiquiátricos no período pandêmico de 2020, como estresse, ansiedade, humor deprimido, redução do rendimento, alteração do apetite, entre outros. Tudo isso indica esse distanciamento como um fator desencadeante para as disfunções citadas.

No âmbito universitário, os dados apresentados mostraram o impacto desse distanciamento com relação ao rendimento das atividades, desmotivação dos alunos pelo método de ensino a distância e falta de concentração por serem constantemente

interrompidos no ambiente familiar de isolamento coletivo. Evidenciando que os alunos estavam desassociando suas casas a um ambiente de relaxamento, o que incitou grandes níveis de estresse.

Com base nos dados obtidos, pode-se dizer que os resultados da pesquisa realizada contribuem para a relação proposta na mesma, ressaltando a casuística entre o isolamento social e medo do vírus com o surgimento de doenças mentais. Além disso, estabelece predominantemente sociodemográficos que auxiliam como fonte para o entendimento do isolamento social sobre a psique dos jovens maringaenses, podendo servir de base para criação de medidas e estratégias preventivas, profiláticas e terapêuticas relacionadas ao assunto.

REFERÊNCIAS

AGUDELO, H. A. M. et al. (presid). Enfrentamento psicológico do covid 19: documento consenso. **Asociación Latinoamericana De Psicología Del Sueño**, 2020. Disponível em: https://www.sbponline.org.br/arquivos/Consenso_COVID_19_portugu%C3%AAs_Agudelo_et_al_2020.pdf Acesso em: 17 mai. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARCELLOS, Mário T. et al. **Telecondutas - transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Ansiedade_20170331.pdf. Acesso em: 14 mai. 2020.

BAVEL, Jay J. V. et al. Using social and behaviour al science to support COVID-19 pandemic response. **Nature Human Behaviour**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>. Acesso em: 17 mai. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 454: declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Diário oficial da União, 2020. Acesso em: 16 mai. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde: versão 9. Brasília, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/fiocruz/resource/pt/biblio-1095920>. Acesso em: 16 mai. 2020.

Corona virus disease 2019 (COVID-19): situation report 117. **World Health Organization**, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200516-covid-19-sitrep-117.pdf?sfvrsn=8f562cc_2. Acesso em: 16 mai. 2020.

CORREIA, Ana C. **Coronavírus: saúde mental em tempos de isolamento**. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2020. Disponível em: <https://ufrj.br/noticia/2020/03/25/coronavirus-saude-mental-em-tempos-de-isolamento>. Acesso em: 17 mai. 2020.

GAVIN, Rejane S. **Depressão, estresse e ansiedade: um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2013.

HAO, Fengyi et al. **Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry.** *Brain Behavior, and Immunity*, 27 de Abril de 2020.

Keep mental health in mind. *Nat Med* **26**, 631 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0914-4>, Acesso em: 17 mai. 2020.

LIU, Cindy H. et al. **Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health.** *Psychiatry Research*, 2020.

RENZO, Laura D. et al. **Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey.** *Journal of Translational Medicine*, 2020.

SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 11ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SHER, Leo. **The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates.** Oxford University Press, 2020.

SON, Changwon et al. **Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in the United States: Interview Survey Study.** *JMIR Publications*, 2020.

SOUZA, Mariana P. G. et al. **Comportamento alimentar e fatores associados em servidores: contribuições para a saúde coletiva.** *Rev. Aten. Saúde*. 2020; 18(63): 99-109.

STEENBLOCK, Charlotte et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and the neuroendocrine stress axis. *Molecular Psychiatry*, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41380-020-0758-9>. Acesso em: 17 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza.** World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 mai. 2020.

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: UMA ANÁLISE DIAGNÓSTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/06/2021

Leandro Pires Silva Filho

Centro Universitário de Mineiros – UniFimes
Mineiros - GO
<http://lattes.cnpq.br/7905867442691969>

Táysila Kárita Furtado Rosa

Centro Universitário de Mineiros – UniFimes
Mineiros - GO
<http://lattes.cnpq.br/7726214137151669>

Larissa Coelho Lessi

Universidade de Rio Verde – UniRV
Aparecida de Goiânia
<http://lattes.cnpq.br/7379795895961425>

Maria Eduarda Machado Santana

Centro Universitário de Mineiros – UniFimes
Mineiros - GO
<http://lattes.cnpq.br/0032745346969275>

Viviane Cristina Caldeira

Centro Universitário Claretiano de Batatais - SP
Mineiros – GO
<http://lattes.cnpq.br/0328486596573723>

RESUMO: O Diabetes Mellitus Gestacional é definido como um estado de intolerância à glicose, sendo de variável intensidade. Sua origem é explicada pelo aumento de hormônios anabólicos e hiperglicemiantes, juntamente com elevação da resistência periférica à ação da insulina. Além das consequências maternas, existem muitas repercussões fetais como macrosomia, icterícia e óbitos fetais. O resumo expandido usou a revisão literária simples, sendo

as bases de pesquisa o Google Acadêmico, Scielo e PubMed. No Brasil, 7% das gestantes sofrem com a hiperglicemia, o que explica a necessidade de estudos voltados a essa realidade. Assim, segundo a Diretriz de Diabetes de 2015 não existe um consenso fixo para o diagnóstico e rastreamento dessa patologia, ficando a cargo do especialista o tal exercício. Entretanto, o Ministério da Saúde indica o diagnóstico pelo TOTG em jejum maior que 92 mg/dl. Portanto, a doença é muitas vezes subdiagnosticada na atenção básica de saúde, sendo o objetivo do artigo a compreensão dos valores diagnósticos para o Diabetes Mellitus Gestacional, conforme os órgãos responsáveis desta área de estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus. Gestação. Diagnóstico.

GESTATIONAL MELLITUS DIABETES: A DIAGNOSTIC ANALYSIS IN BASIC CARE

ABSTRACT: Gestational Diabetes Mellitus is defined as a state of glucose intolerance, with variable intensity. Its origin is explained by the increase in anabolic and hyperglycemic hormones, together with the increase in peripheral resistance to the action of insulin. In addition to maternal consequences, there are many fetal repercussions such as macrosomia, icterus and fetal deaths. The abstract expanded publication to simple literary review, being the search bases of Google Scholar, Scielo and PubMed. In Brazil, 7% of pregnant women request hyperglycemia, which explains the need for studies focused on this reality. Thus, according to the Diabetes Guideline 2015, there is no fixed consensus for

the diagnosis and screening of this pathology, and the exercise is in charge of the specialist. However, the Ministry of Health indicates the diagnosis by TOTG in fasting greater than 92 mg / dl. Therefore, the disease is often underdiagnosed in primary health care, and the objective of the article is to understand the diagnostic values for Gestational Diabetes Mellitus, according to the bodies responsible for this study area.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus. Gestation. Diagnosis.

1 | INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus gestacional (DMG) de acordo com Embaby (2016) é definido como um estado de intolerância à glicose de intensidade variável, seu diagnóstico deve ser realizado no período gestacional entre a 24^o e 28^o semana de gestação.

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2008), durante a gravidez há um aumento dos hormônios hiperglicemiantes (diabetogênicos), tais como o cortisol, a progesterona, a prolactina e o hormônio lactogênico placentário. Com isso, as chances dessas pacientes desenvolverem uma intolerância à glicose aumentam, uma vez que o DMG é uma consequência da resistência aumentada à insulina que é uma característica normal da gestação.

Conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016, p.69) são fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes gestacional, ter idade materna avançada, apresentar sobrepeso e obesidade, ganho excessivo de peso na gravidez, histórico familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, apresentar crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição; malformações; morte fetal ou neonatal;; síndrome de ovários policísticos.

Embaby (2016) ainda afirma que o DMG está diretamente associado a complicações fetais, devido à hiperglicemia materna, no qual estimula uma hipersecreção de insulina no feto, podendo gerar um risco aumentado de macrosomia, icterícia, traumatismo ao nascimento e óbitos fetais intrauterinos, além do aumento dos riscos de complicações maternas, como hemorragia pós-parto e desenvolvimento de diabetes melito tipo 2 após a gravidez.

O objetivo deste artigo é compreender os parâmetros para o diagnóstico de diabetes melito gestacional precoce, visando reduzir as complicações maternas e fetais.

2 | JUSTIFICATIVA

De acordo com Weinert (2011), o Brasil apresenta em torno de 7% das gestações com complicações devido à hiperglicemia gestacional.

Nesse sentido, o estudo mostra-se absolutamente relevante para a área da saúde, eminentemente para a Medicina na atenção às gestantes, visto que tal situação se relaciona

diretamente com as diversidades de alteração morfofuncionais que a mulher apresenta durante a gravidez.

Sendo assim, pretende-se com este estudo, produzir conhecimento para a sua aplicabilidade nas políticas públicas de saúde voltadas para o diagnóstico realizado na atenção básica.

3 | OBJETIVOS

Objetivo geral:

Compreender os parâmetros para o diagnóstico de diabetes melito gestacional precoce, visando reduzir as complicações maternas e fetais.

Objetivos específicos:

- Identificar os parâmetros de diagnóstico de DMG segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD);
- Identificar os parâmetros de diagnóstico de DMG segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM);
- Identificar os parâmetros de diagnóstico de DMG segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO);
- Comparar os dados de diagnósticos entre a SBD, SBEM e FEBRASGO.

4 | METODOLOGIA

O método de estudo realizado foi uma revisão de literatura que culminou em resultados significativos para a área tanto acadêmica quanto profissional de saúde. As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram Scielo, Google Acadêmico e Pubmed, com descritos como Diabetes Gestacional, Diagnóstico de Diabetes Gestacional, Complicações da Diabetes Gestacional. Foram selecionados artigos em inglês e português. Além disso, os parâmetros diagnósticos conflituosos foram retirados da Sociedade Brasileira de Endocrinologia, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e Sociedade Brasileira de Diabetes. Após a análise e comparação dos valores foram buscadas bases teóricas para um melhor diagnóstico e terapêutica de tais pacientes. Isso se tornou possível pela comparação dos índices de mortalidade frente aos diferentes valores referencias de cada órgão.

5 | DESENVOLVIMENTO

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD – (2014-2015), não existe até o momento, consenso na literatura sobre a indicação do rastreamento e sobre o método

diagnóstico do Diabetes Mellitus Gestacional. O diagnóstico, portanto, é feito a partir das consultas pré-natal, período que são pesquisadas as glicemias de jejum. Caso o resultado encontrado seja maior ou igual a 126 mg/dl é feito o diagnóstico de diabetes mellitus pré-gestacional. No caso da glicemia plasmática em jejum, valores encontrados entre 92 mg/dl e 126 mg/dl confere o diagnóstico de DMG. Em ambos os casos é necessário que seja feita uma nova dosagem para confirmação e caso a glicemia seja menor que 92mg/dl, a gestante deverá ser avaliada no segundo trimestre. Essa investigação deverá ser feita em todas as gestantes sem diagnóstico prévio de diabetes. Além disso, entre a 24° e 28° semana de gestação, deverá ser feito o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com nutrição sem restrição de carboidratos ou com ingestão de 150mg nos três dias que antecedem o teste e jejum de oito horas.

De acordo SILVA JUNIOR, o estudo observacional *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome* (HAPO) tem por função estabelecer um corte para relacionar hiperglicemia materna e acontecimentos perinatais.

“A partir dos achados do estudo HAPO, a recomendação da Associação Internacional de Diabetes e Gestação (IADPSG) para o diagnóstico da DMG segue os seguintes valores considerados como limitrofes: glicemia de jejum até 92 mg/dL; até 180 mg/dL uma hora após sobrecarga de 75 g de glicose; e valor máximo de 153 mg/dL, duas horas após sobrecarga, de 75 g de glicose.¹³ A alteração de ao menos um desses valores é suficiente para o diagnóstico de DMG.”

São empregados diferentes métodos diagnósticos de DMG, apresentados no quadro a seguir:

	OMS/2013 ^{12**}	NIH/2012 ^{10*}	INTERNATIONAL ASSOCIATION OF THE DIABETES AND PREGNANCY STUDY GROUPS** (IADPSG, 2010 ⁷) DA/2011 SBD/2011
Jejum	92-125 mg/dl	95 mg/dl	92 mg/dl
1 hora	180 mg/dl	180 mg/dl	180 mg/dl
2 horas	153-199 mg/dl	155 mg/dl	153 mg/dl

*Dois valores alterados confirmam o diagnóstico.

** Um valor alterado já confirma o diagnóstico.

OMS: Organização Mundial da Saúde; NIH: National Institute of Health/USA; ADA: American Diabetes Association; SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes.

Quadro 1 Diagnóstico de DMG com TOTG com ingestão de 75 g de glicose

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014-2015, pg. 193

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional envolve a fase de rastreamento e a fase de confirmação diagnóstica. Porém, é visto que os critérios diagnósticos são considerados controversos graças a existência limitadas de estudos que os comparem.

É recomendado pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2006), inicialmente, a dosagem de glicemia plasmática uma hora após o teste oral de

tolerância à glicose com 50g de Dextrosol a ser realizado entre a 24^o e 28^o semana de gestação. Valores de corte de 130mg/dl a 140 mg/dl são considerados aceitos com cerca de 80 a 90% de sensibilidade. A dosagem de glicemia plasmática também é utilizada para rastreamento e diagnóstico da DMG. A associação da glicemia de jejum com o fator de risco é o modo alternativo de rastreamento orientado pelo Ministério da Saúde do Brasil graças a praticidade e ao baixo custo, além de se tratar de um exame considerado rotineiro.

A SBEM (2006) ainda recomenda que no primeiro trimestre seja visto índices glicêmicos mais baixos que o habitual, porém, é preciso mais estudos para determinação dos valores de referência para esta fase. Já que não existe uma definição clara, é adotado o valor de 100mg/dl para a alteração. A partir da 24^o semana de gestação esses valores caem para 85mg/dl para rastreamento positivo, no entanto, apresenta baixa sensibilidade e especificidade. Valores acima de 110mg/dl confirma o diagnóstico de DMG em qualquer fase da gestação. O rastreamento feitos pelo Teste oral de tolerância à glicose no valor de 50g e a associação de glicemia de jejum com os fatores de risco com resultados já demonstrados acima, evidenciou equivalências estatísticas no diagnóstico de DMG.

Para a FEBRASGO, que tem como base para o diagnóstico o critério laboratorial de John B. O'Sullivan e Claire Mahan (1970), os valores bases para a DMG são: 105mg/dL no jejum; 190 mg/dL na primeira hora; 165mg/dL na segunda hora e 145mg/dL na terceira hora.

Ainda segundo Golbert (2018), o feto pode fazer hiperglicemia quando a mãe faz hiperglicemia por meio da difusão facilitada e assim, tem-se como principal complicação fetal a macrossomia, que se associa à obesidade infantil e ao risco aumentado de síndrome metabólica (SM) na vida adulta. Porém há maneiras de evitar maiores riscos à mãe e ao bebê durante a gravidez, com exercícios físicos, dieta e controle glicêmico, visto que períodos de jejum de 4 a 5 horas podem levar o organismo a produzir corpos cetônicos pelo metabolismo da gordura. Esses metabólitos passam para o feto através da placenta, causando assim danos ao mesmo. Outro modo é o controle glicêmico de monitorização domiciliar, de 3 a 7 vezes por dia, pré e pós-prandiais.

6 | CONCLUSÃO

Conforme a pesquisa realizada fica claro que existe distorção aos valores diagnósticos para a DMG, visto que não há um valor exato que dê segurança para uma gestação hiperglicêmica de qualidade. Desse modo, o valor mais recorrente é ≥ 92 mg/dL de glicemia em jejum, apresentado pela SBD, OMS e Associação Internacional do Diabetes como o mais seguro em relação às possíveis complicações.

O valor de ≥ 85 mg/dL de glicemia em jejum é dito como alteração para rastreamento do DMG, segundo a SBEM. Já a FEBRASGO coloca como valor diagnóstico ≥ 105 mg/dL, o qual é pouco usado pois não existem referências científicas suficientes para a comprovação

de sua eficácia.

Em relação à curva glicemia do TOTG, o valor apresentado pela OMS e SBD é ≥ 180 mg/dL para a 1h após a ingestão de 75g de glicose. Confrontando este valor, a FEBRASGO coloca que o diagnóstico é feito com glicemia de 1h ≥ 190 mg/dL. Contudo, o mais importante é o rastreamento precoce para um diagnóstico rápido, culminando em uma ótima assistência em saúde tanto para a gestante quanto para o recém-nascido.

REFERÊNCIAS

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes Mellitus Gestacional**. Rio de Janeiro: Grupo Editora nacional, 2015-2016. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>> acesso em: 05 de abril de 2018.

EMBABY, Heba. Insulin Sensitivity and Plasma Glucose Response to Aerobic Exercise in Pregnant Women at Risk for Gestational Diabetes Mellitus. **Insulin Sensitivity And Plasma Glucose**, Jimma, v. 26, n. 5, p.409-414, set. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5389055/pdf/EJHS2605-0409.pdf>> acesso em: 09 de abril de 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA.

Rastreamento e Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil. BRASIL: 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/patrocinadores/Relatorio_DIABETES.pdf> Acesso em: 14 de abril de 2018.

GOLBERT, Dr. Airton. **Tratamento do Diabetes Gestacional e da gestante com Diabetes**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/59-tratamento-do-diabetes-gestacional-e-da-gestante-com-diabetes>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes Mellitus Gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação**. BRASIL: 2014-2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional/001-Diretrizes-SBD-Diabetes-Gestacional-pg192.pdf>> Acesso em: 04 de abril de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus Gestacional**. BRASIL: 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n6/v54n6a06.pdf>> Acesso em: 09 de abril de 2018.

WEINERT, Leticia Schwerz et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Tratamento do Diabetes Gestacional**, Porto Alegre, v. 7, n. 55, p.435-445, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n7/02.pdf>> Acesso em: 05 de abril de 2018.

CAPÍTULO 10

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ANEURISMAS CEREBRAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Tânia Regina Ferreira Cavalcanti

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/0549165830485206>

Elvis Dias Oliveira

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/0582715648094265>

Adriane Araújo de Sarmiento Queiroga

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/4324172142447946>

Jordan Willy Galdino Lins

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/5317162927396719>

Mariana de Medeiros Rodrigues

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/5104645480005802>

Melina Figueiredo Machado Braz

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/0084319810642143>

Natália Maciel de Moraes

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/7735230089677239>

Vitória Melo Pessoa de Queiroz Espínola

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/7236545165258214>

RESUMO: Introdução: Os aneurismas cerebrais são balonamentos em vasos sanguíneos intracranianos de parede enfraquecida. Sua rotura é a principal complicação, cujo risco é definidor da conduta mais adequada ao perfil do paciente. O tratamento, assim, divide-se em duas vertentes: a terapia endovascular e a microcirurgia. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por alunos de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança, em bases de dados de saúde SCIELO e LILACS. **Discussão:** Os aneurismas cerebrais são entidades silenciosas e potencialmente fatais. Sendo assim, a maioria dos pacientes são assintomáticos até a sua rotura. O diagnóstico é resultado de clínica suspeita, com um quadro de cefaléia súbita, rigidez de nuca e alterações neurológicas sugestivas. Além disso, os exames de imagem como a Tomografia de crânio, a Angiotomografia e a Ressonância Magnética se tornam essenciais para a detecção prévia e melhor prognóstico. Frente a um diagnóstico confirmado, a equipe de neurocirurgia deve avaliar a abordagem cirúrgica mais apropriada. **Conclusão:** Diante das alternativas de tratamento dos aneurismas cerebrais o desfecho cirúrgico é predominante, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce e manejo adequado desses pacientes, visando a redução da mortalidade e da morbidade.

PALAVRAS-CHAVE: Aneurisma Cerebral; Diagnóstico; Tratamento.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BRAIN ANEURISMS: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: A brain aneurysm is a bulge in weakened wall intracranial blood vessels. Its rupture is the main complication, the risk of which defines the most appropriate treatment, according to the patient's story. Therefore, the present interventions are separated in two options: endovascular therapy e microsurgery. **Methods:** It's an integrative review of literature carried out by medical students from the Nova Esperança Medical School, in health databases SCIELO and LILACS. **Discussion:** Brain aneurysms are silent and potentially fatal entities. Therefore, most patients are asymptomatic until the aneurysms rupture. The diagnosis is a result of suggestive clinic: sudden headache, neck stiffness and other neurological changes. Besides, exams such as a cranial CT scan, an angiotomography and an MRI scan are important for the previous detection and the better prognosis. In the presence of a confirmed diagnosis, a neurosurgeon evaluates the more appropriate surgical approach. **Conclusion:** Based on the alternatives of treatment for brain aneurysms and the predominant surgical outcome, it is clear the relevance of an early diagnosis and adequate management of these patients in order to reduce mortality and morbidity.

KEYWORDS: Brain Aneurysm; Diagnosis; Treatment.

INTRODUÇÃO

Os aneurismas intracranianos (AI) são dilatações patológicas nas paredes das artérias cerebrais, ocorrendo nos pontos de maior fragilidade, devido alterações na pressão hemodinâmica, estando presente em 4 a 6% da população, em idade média de 50 anos e com a prevalência aumentada no sexo feminino 1.6 vezes. Alguns AI aumentam de tamanho, gerando ruptura e hemorragia intracraniana, fatores que elevam as taxas de mortalidade e morbidade, de modo que o índice de letalidade pode atingir até 50% após o rompimento de um aneurisma, além de gerar sequelas incapacitantes nos pacientes sobreviventes (GALVÃO et al., 2020; LACHESEN et al., 2017).

Aproximadamente 85% dos aneurismas ocorrem na circulação anterior, de forma que a artéria carótida interna é a mais acometida, seguida pelo complexo comunicante anterior e pela artéria cerebral anterior. Já os aneurismas de circulação posterior são responsáveis por cerca de 10 a 15% de todas as rupturas, sendo a ponta da artéria basilar a localização mais comum, depois, tem-se a origem anterior da artéria cerebelar superior, e por fim, a origem póstero-inferior da artéria cerebelar (SILVA et al., 2017).

Há uma série de fatores que levam à formação dos AI, dentre eles há os fatores modificáveis ou ambientais, e os não modificáveis. No primeiro grupo, enquadram-se a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hiperlipidemia, tabagismo, etilismo crônico e o uso de contraceptivos orais. Já os itens não modificáveis englobam a predisposição genética familiar, os fatores hemodinâmicos e hormonais, sexo, Síndrome de Ehlers-Danlos e a condição dos rins policísticos (GALVÃO et al., 2020).

Os aneurismas são classificados quanto ao tipo e as dimensões, existindo 6 tipos diferentes, tais quais: saculares, fusiformes, arterioscleróticos, traumáticos, micóticos, e os neoplásicos, sendo o sacular o mais frequente, aparecendo em 90% dos casos. Quanto ao tamanho, há 4 divisões: muito pequeno - menor que 3 mm -; pequeno - menor que 11 mm -; grande - 11 a 25 mm -; e gigantes - maior que 25 mm (LACHESEN et al., 2017).

Por meio de exames de imagem, é possível chegar ao diagnóstico de tal condição, assim como, as características morfológicas e hemodinâmicas são rotineiramente avaliadas para estratificação de risco de ruptura, planejamento de tratamento e gerenciamento de cuidados (LAURIC et al., 2018). Utilizam-se diferentes padrões de angiografia para detecção de aneurismas, como citados a seguir: angiotomografia (angio-TC), angiorressonância (angio-RNM) e angiografia por cateter, avaliada como padrão-ouro.

A Sociedade Brasileira de Neurocirurgia recomenda fortemente que, assim que diagnosticado, o aneurisma deve ser avaliado quanto ao tamanho, local e forma por um neurocirurgião capaz de decidir sobre a melhor forma de tratamento. Dessa forma, alguns poucos casos podem ser tratados de maneira conservadora, porém, em sua grande maioria é necessária a abordagem cirúrgica, tendo como principais opções as técnicas endovascular, também chamada de embolização e a microcirurgia, considerada mais invasiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão do tipo integrativa, realizado por alunos de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Foram escolhidos 12 artigos a partir das bases de dados SCIELO e LILACS, utilizando como descritores: “Diagnóstico por imagem” AND “Tratamento” AND “Aneurisma” AND “Cerebral”. Os fatores de inclusão para a seleção dos artigos foram: Em português, inglês e espanhol, artigos recentes (publicados a partir de 2015) e texto completo disponível; e os critérios de exclusão foram: artigos antigos (publicados antes de 2015), não estarem disponíveis em sua íntegra, não se encaixarem no tema discutido e artigos repetidos.

DISCUSSÃO

O aneurisma cerebral, entidade silenciosa e potencialmente fatal, é uma dilatação situada em uma pequena porção de uma artéria, ocasionada pela pressão sanguínea normal em contato com o vaso enfraquecido durante a vida do paciente, podendo levar à ruptura e conseqüente hemorragia intracraniana, causando o que definimos como acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico, sangramento capaz de abranger áreas entre o cérebro e suas meninges, além de gerar a compressão de outras estruturas, por conseqüência (Kunzendorff et al., 2018).

A maioria dos aneurismas permanecem silenciosos até a ruptura. Quando

sintomáticos, o quadro clínico varia de um forte cefaleia súbita, narrada como a pior dor já sentida pelo paciente, mal-estar, sudorese, náuseas, vômitos, rigidez de nuca, convulsões, até repercussões neurológicas complexas como paralisia de membros, alterações visuais e coma (Kunzendorff et al., 2018). Portanto, segundo a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, um dos maiores desafios da medicina moderna é identificar os pacientes assintomáticos, uma vez que a descoberta precoce do aneurisma altera significativamente o seu prognóstico, com uma mortalidade abaixo de 2% dos casos. Contrapondo-se ao dado citado, os desfechos cujo diagnóstico é feito após a ruptura, apresentam 15% com evolução em morte súbita e 30% dos pacientes retornam à vida normal, efetivamente.

Para fazer o diagnóstico de aneurisma cerebral, é necessário a realização de exames como: a tomografia computadorizada (TC) do crânio, angio-TC, e em casos de aneurismas maiores que 3mm, é possível solicitar uma ressonância magnética (RNM) do crânio. Em alguns casos, também é feita a angiografia cerebral, que consiste em uma forma de cateterismo para analisar em detalhes a localização e a morfologia do aneurisma cerebral roto. Em contrapartida, nas situações onde o quadro clínico sugere ruptura aneurismática, porém há ausência de hemorragia efetiva na TC, pode-se realizar uma punção líquórica (MENEZES et al., 2017; AGUIAR et al., 2017). Apesar da angiografia cerebral ser um procedimento invasivo, pode ser considerada “padrão-ouro”, uma vez que possui alto valor preditivo positivo, com sensibilidade de 93,6% para aneurismas acima de 3mm, já em aneurismas com 3mm ou menos, essa sensibilidade reduz para 51-98% (ALAKBARZADE et al., 2018).

Atualmente, destacam-se duas modalidades terapêuticas, a técnica endovascular e a microcirurgia, clipagem neurocirúrgica. A clipagem cirúrgica tem sido o tratamento definitivo dos aneurismas cerebrais e objetiva a oclusão completa, sem comprometer o lúmen do vaso principal ou das perfurantes, com o mínimo trauma tecidual (SHARMA; KUMAR; SAWARKAR, 2015). A embolização endovascular, aprovada em 1991 pelo Food and Drug Administration (FDA), utiliza balões, stents ou espirais metálicos (molas delicadas de platina) as quais são introduzidas no interior do saco aneurismático, induzindo a coagulação (embolização) do aneurisma, interrompendo o fluxo sanguíneo no seu interior, permitindo uma terapêutica eficaz e segura, associada a menores taxas de morbimortalidade.

O tratamento cirúrgico é a técnica mais consagrada por vários estudos na literatura, randomizados, meta-analíticos e com longo tempo de seguimento, que avaliam sua morbimortalidade:

“King e col., em estudo meta-analítico com 733 pacientes, obtiveram índices de 4,1 e 1% respectivamente para morbidade e mortalidade do tratamento cirúrgico. Raaymakers e col. observaram 2,6% de mortalidade e 10,9% de morbidade.” (Luiz Carlos Mendes Faleiro, 2004, p 319-321).

“O tratamento endovascular é a técnica mais recente. Estudos reportam índices de morbidade de 4 a 10% e de mortalidade de 0,5–1%, menores que os do tratamento cirúrgico.” (Luiz Carlos Mendes Faleiro, 2004, p 319-321).

A técnica microcirúrgica no tratamento dos aneurismas, diferente do endovascular, permite confirmação pós-operatória da clipagem, além de possuir seguimento longo, dispensando, portanto, a realização de angiografia pós-operatória e sua morbidade associada.

A decisão do tratamento tem como objetivo a prevenção da re-hemorragia e diminuição da incidência, bem como da gravidade do vasoespasm através da remoção ativa do sangue acumulado nas cisternas durante o tempo de sangramento. Porém, o mais importante do que decidir qual a melhor técnica a ser utilizada no tratamento, é definir quais os pacientes em que indicaremos tratamento. Além disso, o prognóstico é diretamente influenciado por fatores como a idade do doente, o gênero feminino, as comorbidades associadas, o tempo decorrido entre o ocorrido e a assistência, a dimensão e localização do aneurisma, bem como o estado neurológico no momento da admissão hospitalar.

CONCLUSÃO

Portanto, diante do trabalho apresentado, é visto a importância de um diagnóstico e manejo precoce de um AI, decorrente de sua apresentação clínica silenciosa e potencialmente fatal, como mostra sua letalidade.

Desse modo, é imprescindível que diante dos fatores de risco e a manifestação clínica do AI roto, o médico possa direcionar sua hipótese diagnóstica, para encaminhar o paciente, o mais precoce possível, para a realização dos principais meios diagnósticos (TC, angio-TC, RNM e, principalmente, a angiografia cerebral) para avaliar a morfologia, tamanho e relação anatômica. Ademais, vale ressaltar que nos casos onde a clínica é bastante sugestiva de AI roto, porém os exames de imagem não são capazes de diagnosticar, pode realizar uma punção liquórica como meio diagnóstico.

Ao diagnóstico do AI, raramente se lança mão da terapia conservadora, sendo assim, a abordagem cirúrgica é de bastante importância para a redução da mortalidade nesses pacientes. Atualmente, essa técnica é realizada de duas formas: a clipagem aneurismática, que é a forma mais consagrada, possui mais estudos, apresenta a capacidade de confirmação pós-operatória e não necessita de angiografia pós-operatória, porém, como contra-ponto, necessita de seguimento longo. Já a forma endovascular é uma técnica mais moderna e evidencia menores índices de morbimortalidade em comparação com a clipagem cirúrgica.

Assim, diante do exposto, é de suma importância para os profissionais de saúde, em especial para os que trabalham em serviços de urgência e emergência, sejam capazes de manejar corretamente esses pacientes, visando a redução do índice de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Brenda Velluma Soares de; LUCENA, Larissa Neves de; BEZERRA, Aristócles Hitalo; SILVA, Filipe José da; SILVA, Amanda Maria Lemos da; SOARES, Carísia Feitosa; PORTO, Marcos Wagner de Sousa. **Angiografia cerebral: agente modificador no desfecho do diagnóstico de aneurismas cerebrais e em seu planejamento cirúrgico.** Brazilian Journal of Health Review, [S.L.], v. 2, n. 4, p. 2990-2997, 2019. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv2n4-065>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/2054/206>. Acesso em: 01 mar. 2021.

BAILÓN, Edisson Javier Santana; VEGA, Diana Julissa Cevallos; VEGA, Cecilia Isabel Moyano; DELGADO, Richard Iván Burgos; CASTRO, Yadira Xiomar Arteaga; GONZÁLEZ, Jonathan Paul Durán. **Prevención y cuidados de los pacientes diagnosticados con aneurisma cerebral.** Recimundo, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 403-415, jan. 2020. Saberes de Conocimiento. [http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).enero.2020.403-415](http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.403-415). Disponível em: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/770/1168>. Acesso em: 28 fev. 2021.

FALEIRO, Luiz Carlos Mendes. et al. **Tratamento cirúrgico dos aneurismas não rotos da artéria cerebral média.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 62, n. 2A, p. 319-321, 2004.

FERNANDA, Guillermo Quinde María. **Manejo endovascular de aneurisma de la vena de Galeno: reporte de un caso.** 58 Volume 37. N° 1. Abril 2019 Ip. 57-64. Revista de La Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca, Cuenca, v. 37, n. 1, p. 57-64, abr. 2019. Disponível em: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2474/1778>. Acesso em: 28 fev. 2021.

GALVAO, Jarbas; LIMA, Daniela Delwing de; HAAS, Leandro José. **Prevalência de aneurismas cerebrais incidentais entre homens e mulheres.** Saúde e Pesquisa, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 309-316, jun. 2020. Centro Universitario de Maringá. <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n2p309-316>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117811/7445-outros-45051-1-10-20200612.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2021.

IACHECEN, Franciele; RIBEIRO, Elaine Rossi; CAMELO, Renata Fabre Mendonça Pavesi. **Comparação entre a intervenção cirúrgica convencional e a intervenção endovascular dos aneurismas intracranianos realizados no Sistema Único de Saúde.** Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina, v. 18, n. 1, p. 45-53, jul. 2017. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/344/pdf>. Acesso em: 28 fev. 2021.

KUNZENDORFF, B. A. **Aneurisma Cerebral - Diagnóstico Cerebral.** III Jornada de Iniciação Científica. IV Seminário Científico da FACIG. n. 4, p 1-5, 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/download/845/741>. Acesso em: 28 fev. 2021.

LAGE, António José Bolas Carniça Canotilho. **Tratamento Cirúrgico Precoce versus Ultra Precoce de Aneurismas Cerebrais, Análise Retrospectiva.** 2018. 37 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Área Científica de Neurocirurgia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2018. Disponível em: https://eg.uc.pt/bitstream/10316/81884/1/Tese%20_Ant%3%b3nio%20Canotilho%20Lage.pdf. Acesso em: 28 fev. 2021.

MACHADO FILHO, Mário Alberto Santana. **Algoritmo de Segurança na Clipagem de Aneurismas Cerebrais.** 2018. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Título de Mestre Profissional em Ciências. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/52606/Disserta%3%a7%3%a3o_MARIO-ALBERTO-SANTANA-MACHADO-FILHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 fev. 2021.

SILVA, João Monteiro. et al. **Surgical Management of Ruptured Posterior Circulation Aneurysms – A Single Center Experience.** Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 14-20, jan. 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/911114/09-14-20_1600069.pdf. Acesso em: 28 fev. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA. **Aneurismas cerebrais – Tratamento endovascular.** Disponível em: <https://portalsbn.org/portal/aneurismas-cerebrais-tratamento-endovascular/>. Acesso em: 04 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA. **Nota de Esclarecimento da SBN Sobre o Tratamento dos Aneurismas Cerebrais.** 2021. Disponível em: <https://portalsbn.org/portal/nota-de-esclarecimento-da-sociedade-brasileira-de-neurocirurgia-sbn-sobre-o-tratamento-dos-aneurismas-cerebrais/>. Acesso em: 04 mar. 2021.

STERMAN NETO, Hugo. et al. **Computed Tomographic Angiography for Cerebral Aneurysms in Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage.** Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery, [S.L.], v. 35, n. 04, p. 285-290, maio. 2016. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1584203>. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/911032/06_285-290_1600016.pdf. Acesso em: 28 fev. 2021.

YAMAKI, Vitor Nagai. et al. **Surgical Treatment of Posterior Circulation Aneurysms – Anatomical Study and Surgical Technique.** Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 27-37, abr. 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/911358/27-37_1700080.pdf. Acesso em: 28 fev. 2021.

CAPÍTULO 11

DOENÇA HIPERTENSIVA GESTACIONAL: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DESFECHOS GESTACIONAIS

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Julia Klockner

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de
Medicina
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/8864922625316617>

Camila Signor Jacques

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/1393817537262672>

Luiza Maria Venturini da Costa

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de
Medicina
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/8229963215739532>

Pedro Miguel Mariussi

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de
Medicina
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/6798833825093823>

Renatha Araújo Marques

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de
Medicina
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/0463105242544451>

Sigriny Victória Rezer Bertão

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de
Medicina
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/9413925107600379>

Ana Luíza Kolling Konopka

Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre, Faculdade de Medicina
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/7328338893692166>

Jéssica Marder

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de
Medicina
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/9294192230188372>

Viviane Cunha Silva

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de
Medicina
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/8425697644066960>

Cássia dos Santos Wippel

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/7052682064120409>

Luciane Flores Jacobi

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Estatística
Santa Maria - RS
<http://lattes.cnpq.br/4372969575747920>

Cristine Kolling Konopka

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Santa Maria - RS
<http://lattes.cnpq.br/0307121790616384>

RESUMO: Gestantes podem desenvolver patologias próprias da gestação ou apresentar

patologias prévias que elevam o risco de complicações. As doenças hipertensivas na gestação contribuem para alta morbimortalidade materno-fetal. O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), referência para acompanhamento pré-natal das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul, torna-se cenário ideal para o estudo de desfechos gestacionais em pacientes com Doença Hipertensiva Gestacional. O estudo objetiva caracterizar o perfil epidemiológico das parturientes, dados do pré-natal e do nascimento. Foi realizado estudo quantitativo, observacional, descritivo, transversal a partir da revisão dos prontuários de gestantes hipertensas que tiveram seu parto no HUSM, Santa Maria, RS, Brasil, entre janeiro de 2017 e junho de 2018. O software SPSS versão 15 foi utilizado para análise dos dados e a relação entre as variáveis foi testada pelo teste Qui-quadrado. Foram avaliadas 3156 gestantes, das quais 981 (31,1%) apresentaram alguma patologia hipertensiva, sendo 12,0% hipertensão crônica; 39,8% hipertensão gestacional; 5,8% pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e 42,4% pré-eclâmpsia. Complicações maternas como síndrome HELLP e eclâmpsia foram pouco frequentes (0,4 e 0,3% respectivamente). A doença hipertensiva na gestação esteve associada significativamente com Diabetes Mellitus (DM) tipo II ($p = 0,001$) e gestacional ($p < 0,001$), acompanhamento em pré-natal de alto risco ($p < 0,001$), restrição de crescimento intrauterino ($p < 0,001$), parto cesariano ($p < 0,001$), menores índices de complicações durante o trabalho de parto ($p < 0,001$), maiores riscos de complicações no puerpério ($p < 0,008$), maior frequência de complicações no recém-nascido ($p < 0,013$) e com admissão em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal ($p < 0,000$). Através do presente estudo foi possível elaborar um panorama atualizado do perfil de morbidade hipertensiva da gestação das pacientes atendidas.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão gestacional. Pré-Eclâmpsia. Gestação de alto risco. Desfechos gestacionais.

HYPERTENSIVE GESTATIONAL DISORDERS: PRENATAL CARE AND GESTATIONAL OUTCOMES

ABSTRACT: Pregnant women may develop pregnancy-related pathologies or, in the presence of previous pathologies, are at risk of developing diseases both for the mother and the fetus. Hypertensive disorders in pregnancy contribute to high maternal and fetal mortality. The Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), a reference for prenatal care of high-risk pregnant women in the central region of the state, represents the ideal setting for the study of gestational outcomes in patients with gestational hypertensive disorders. The study aims to demonstrate the epidemiological profile of pregnant women and to describe data about their prenatal care and labor. We performed a quantitative, observational, descriptive, cross-sectional study conducted from the review of the medical records of hypertensive pregnant women who delivered at HUSM, RS, Brazil, between January 2017 and June 2018. SPSS version 15 software was used for data analysis and the variables were tested by the Chi-square test. 3156 pregnant women were evaluated, of which 981 (31.1%) had some hypertensive disorder, 12.0% of whom have chronic hypertension; 39.8% gestational hypertension; 5.8% preeclampsia superimposed on chronic hypertension and 42.4% pre-eclampsia. Maternal complications such as HELLP syndrome and eclampsia were uncommon (0.4 and 0.3% respectively). Hypertensive disease during pregnancy was significantly associated with type II ($p = 0.001$) and gestational ($p < 0.001$) diabetes, high-risk prenatal care ($p < 0.001$), intrauterine

growth restriction ($p < 0.001$), cesarean delivery ($p < 0.001$), lower rates of complications during labor ($p < 0.001$), higher risk of complications in the puerperium ($p < 0.008$), higher frequency of complications in the newborn ($p < 0.013$) and admission to the Neonatal Intensive Care Unit ($p < 0.000$). Through this study it was possible to elaborate an updated overview of the hypertensive morbidity profile of the pregnancy of the patients seen at HUSM.

KEYWORDS: Gestational Hypertension. Preeclampsia. High-risk pregnancy. Gestational outcomes.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por esse motivo, sua evolução ocorre, na maioria das vezes, sem intercorrências. Apesar disso, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma patologia ou sofrerem algum agravo ao longo desse período, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2012b). Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”, dentre as quais se encontram as portadoras de doenças hipertensivas gestacionais. Sendo assim é de grande importância o acompanhamento pré-natal na prevenção e diagnóstico de patologias associadas à gestação.

A assistência pré-natal implica em avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar para impedir um resultado desfavorável. Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade desta atenção ainda não é satisfatória no Brasil. O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, aliado aos estados e municípios, intensifica a cada dia políticas que fornecem atendimento pré-natal às gestantes nas Unidades Básicas de Saúde. São criadas estratégias que permitem a organização dos sistemas de atenção com o estabelecimento de compromisso e responsabilização pelo cuidado em todos os níveis da atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2012a).

A hipertensão arterial na gravidez é uma complicação de relativa frequência, manifestando-se em gestantes de todas as idades (TOWNSEND; O'BRIEN; KHALIL, 2016), a qual afeta principalmente o desenvolvimento do feto, comprometendo seu peso ao nascimento (HUTCHEON; LISONKOVA; JOSEPH, 2011), além de estar associada também à prematuridade (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008), maior incidência de morte fetal, índices de Apgar baixos e maior prevalência de cesarianas (ANTUNES *et al.*, 2017).

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2011) é fundamental diferenciar a hipertensão que antecede a gravidez daquela que é condição específica da mesma. Existem várias classificações descritas para os distúrbios hipertensivos na gravidez. Em 2013, a *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* revisou a classificação dos distúrbios hipertensivos na gestação: hipertensão crônica (HC); hipertensão gestacional (HG); pré-eclâmpsia (PE), incluindo suas formas graves - eclâmpsia e síndrome de HELLP, e pré-eclâmpsia

sobreposta à hipertensão crônica/gestacional.

A hipertensão na gestação é diagnosticada quando PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90mmHg. É recomendado que a elevação dos níveis tensionais seja confirmada por uma segunda medida, com intervalo de pelo menos 4 horas entre as aferições. Nos casos de hipertensão grave (\geq 160/110 mmHg), o diagnóstico pode ser confirmado dentro de um intervalo menor, de até alguns minutos, com a paciente em repouso (ACOG, 2013). A pré-eclâmpsia, por sua vez, se caracteriza pelo aparecimento de hipertensão, com proteinúria, traduzindo disfunção de órgão-alvo; ela ocorre após a 20ª semana de gestação, por ocasião de falha na segunda onda de invasão trofoblástica (ZUGAIB; FRANCISCO, 2016).

Nesse contexto, é importante que todas as gestantes sejam avaliadas quanto à proteinúria no início da gestação, para detectar lesão renal prévia, e após a 20ª semana de gestação, para rastreamento de pré-eclâmpsia nos casos suspeitos (MURPHY; REDMAN, 2003). Uma proteinúria significativa, definidora de pré-eclâmpsia, é aquela em níveis de 0,3 g/dia numa amostra de urina coletada de 24 horas ou 30 mg/mmol de creatinina de uma amostra de urina aleatória (MAGEE *et al.*, 2014).

A maioria dos casos (75%) de hipertensão gestacional ocorre em mulheres nulíparas. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia são primigestação, história prévia ou familiar de PE, hipertensão crônica, diabetes, colagenose, etnia negra, obesidade e trombofilias (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017).

Considerando o possível impacto da doença hipertensiva gestacional sobre o binômio mãe-feto, este estudo visa a realizar um levantamento sobre a assistência pré-natal das gestantes hipertensas, incluindo suas formas graves; caracterizar a população de gestantes portadoras desse agravo; avaliar as vias de parto e demonstrar os desfechos gestacionais e perinatais no serviço de Obstetrícia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

2 | METODOLOGIA

Pesquisa realizada com parturientes atendidas no Centro Obstétrico do HUSM, com abordagem quantitativa, transversal, do tipo descritiva exploratória. O estudo, aprovado pelo Comitê de Ética da UFSM, CAEE 593661116.5.0000.5346, respeita os preceitos éticos contidos na Resolução CNS nº 466/2012.

A população estudada foi constituída por gestantes cujos partos ocorreram no HUSM no período de janeiro de 2017 a junho de 2018. Os dados foram coletados através de protocolo de pesquisa contemplando questões relativas à gestante, dados do pré-natal (consultas, exames e complicações), do desfecho gestacional (parto ou cesariana) e do puerpério, bem como dados do recém-nascido. Foram consideradas a termo gestações com idade gestacional \geq 37 semanas e pré-termo menor que 37 semanas.

Os dados coletados através do protocolo de pesquisa foram armazenados no

programa *Epi Info versão 7.2.1.0* e transferidos para uma planilha eletrônica no Software Microsoft Excel. Utilizou-se o software SPSS versão 15 para análise dos dados. Para verificar a relação da hipertensão com as variáveis da caracterização das pacientes, foi realizada uma análise bivariada, por meio do teste de associação do Qui-quadrado. As variáveis quantitativas são representadas por média (\pm desvio-padrão). O nível de 5% de significância foi utilizado para avaliar associações significativas.

3 | RESULTADOS

O presente estudo contabilizou o total de 3156 parturientes. Dessa totalidade, 981 (31,1%) apresentaram patologia hipertensiva na gestação, sendo que 416 apresentaram pré-eclâmpsia (42,4% das gestantes com doença hipertensiva); 390 tiveram hipertensão gestacional transitória (39,8% das gestantes com doença hipertensiva); 118 apresentavam hipertensão crônica (12,0%) e 57 das gestantes tiveram hipertensão crônica com ocorrência de pré-eclâmpsia sobreposta (5,8% entre as gestantes com doença hipertensiva). Assim, avaliando os resultados apresentados, observa-se que a pré-eclâmpsia é a forma de doença hipertensiva mais prevalente, com frequência de 48,2% se considerarmos também os casos de pré-eclâmpsia sobreposta (Figura 1). Entre as gestantes com PE, observou-se 1,1% de eclâmpsia e 1,3% de síndrome HELLP.

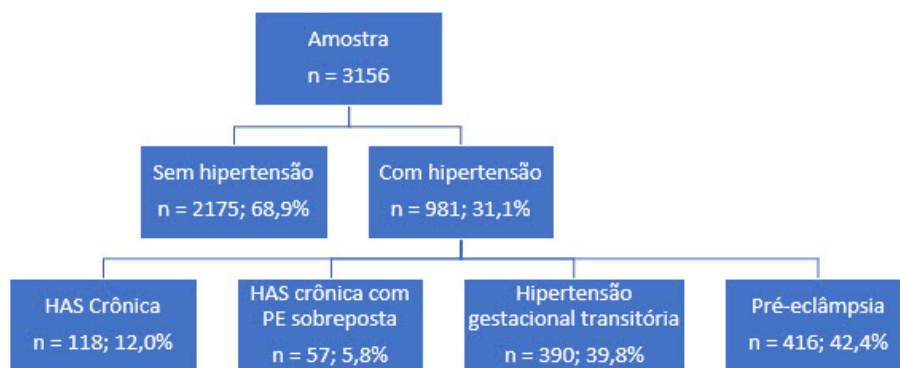


Figura 1 - Tamanho da amostra, frequência de gestantes hipertensas e classificação da hipertensão.

Fonte: Dados da pesquisa.

A idade média das 981 participantes foi de 28,2 (\pm 7,0) anos, sendo a faixa etária de 35 ou mais significativamente maior e até 20 anos significativamente menor nas gestantes hipertensas. A maior parte das pacientes hipertensas eram múltiparas (64,2%) e se autodeclararam de cor branca (67,5%). Em relação ao acompanhamento da gestação,

98,4% das hipertensas referiram realizar pré-natal. Porém, um número menor de pacientes, 85,3%, realizaram pré-natal completo, com pelo menos 6 consultas. Foi encontrado associação entre pacientes hipertensas e acompanhamento pré-natal em serviço de referência para alto risco gestacional ($p < 0,001$). Os principais dados de pré-natal e perfil epidemiológico são mostrados na Tabela 1.

	Hipertensão			<i>p</i> -valor
	Gestações (n=3156)	Sim (n=981)	Não (n=2175)	
	n(%)*	n(%)	n(%)	
Raça				
Branca	2026 (64,2)	636 (67,5)	1390 (62,2)	0,234
Negra	484 (15,3)	163 (17,3)	321 (15,5)	
Mestiça	499 (15,8)	143 (15,2)	356 (17,2)	
Idade				
até 20 anos	516 (16,3)	123 (12,5) ⁽⁻⁾	393 (18,1) ⁽⁺⁾	0,000
20 a 34 anos	2145 (67,8)	644 (65,6)	1501 (69,0)	
35 ou mais	495 (15,6)	214 (21,8) ⁽⁺⁾	281 (12,9) ⁽⁻⁾	
Número de gestações				
1	1059 (33,6)	351 (35,8)	708 (32,6)	0,075
Mais de 1	2097 (66,4)	630 (64,2)	1467 (67,4)	
Idade Gestacional 1º Ultrassom				
<37	544 (17,2)	188 (19,4)	365 (16,9)	0,092
≥ 37	2524 (80,0)	779 (80,6)	1745 (83,1)	
Realizou pré-natal				
Não	103 (3,3)	16 (1,6) ⁽⁻⁾	87 (4,0) ⁽⁺⁾	0,000
Sim	3053 (96,7)	965 (98,4) ⁽⁺⁾	2088 (96,0) ⁽⁻⁾	
Número de consultas				
Menos de 6	471 (14,9)	125 (14,7) ⁽⁻⁾	346 (18,5) ⁽⁺⁾	0,014
6 ou mais	2249 (71,2)	727 (85,3) ⁽⁺⁾	1522 (81,5) ⁽⁻⁾	

* Os totais não correspondem a 3156 e o percentual a 100% em função de dados faltantes. Teste do Qui-quadrado. *p*-valor = significância se $\leq 0,05$.

Tabela 1 – Perfil epidemiológico e dados do pré-natal das gestantes hipertensas e não hipertensas.

A hipertensão na gestação teve associação ($p < 0,000$) com trabalho de parto (TP) induzido (30,4%) e ausência de TP (32,3%). A via de parto mais frequente nas gestantes hipertensas foi a cesariana, em 63,8% dos casos (Tabela 2). As indicações da cesariana diferiram entre o grupo de hipertensas e não hipertensas ($p = 0,000$). No grupo de hipertensas a principal indicação foi falha na indução (53%), seguida de situação fetal não tranquilizadora (45%). Já nas gestantes não hipertensas, a principal indicação foi iteratividade (71,0%). As principais indicações de cesarianas em hipertensas e não hipertensas são mostradas na Tabela 3.

	Hipertensão			p-valor
	Gestações (n=3156)	Sim (n=981)	Não (n=2175)	
	n(%)*	n(%)	n(%)	
Trabalho de parto (TP)				
Sem TP	786 (24,9)	317 (32,3) (+)	469 (21,6) (-)	0,000
Espontâneo	1410 (44,7)	245 (25,0) (-)	1165 (53,6) (+)	
Induzido	960 (30,4)	419 (42,7) (+)	541 (24,9) (-)	
Via de nascimento				
Vaginal	1547 (49,0)	355 (36,2) (-)	1192 (54,8) (+)	0,000
Cesariana	1608 (51,0)	626 (63,8) (+)	982 (45,2) (-)	

* Os totais não correspondem a 3156 e o percentual a 100% em função de dados faltantes. Teste do Qui-quadrado. p-valor = significância se $\leq 0,05$. Análise de resíduos: (+) associação significativa positiva, (-) associação significativa negativa.

Tabela 2 – Tipo de trabalho de parto e via de nascimento das gestantes hipertensas e não hipertensas.

	Gestações com cesarianas (n=1608)		p-valor
	Hipertensão		
	Sim (n=626)	Não (n= 984)	
	n(%)	n(%)	
Indicação cesariana			
Falha na indução	102 (16,3)(+)	89 (9,0)(-)	0,000
Iteratividade	158 (25,2)(-)	384 (39,1)(+)	
Situação fetal não tranquilizadora	109 (17,4) (-)	134(13,6)(+)	
Outras	257 (41,1)	377 (38,3)	

Teste do Qui-quadrado. p-valor = significância se $\leq 0,05$. Análise de resíduos: (+) associação significativa positiva, (-) associação significativa negativa.

Tabela 3- Indicações de cesarianas em hipertensas e não hipertensas.

Diabetes *mellitus* (DM) foi a principal complicação encontrada em gestantes hipertensas (21,6%) e apresentou associação significativa com hipertensão na gestação ($p=0,000$), especialmente com DM tipo II e DM gestacional (ambas com valor- $p < 0,001$). Restrição de crescimento fetal apresentou-se em 4,9% das hipertensas e foi encontrada associação positiva entre a ocorrência dessas duas comorbidades ($p < 0,001$).

A ocorrência de doença hipertensiva na gestação esteve associada significativamente ($p < 0,001$) a menores índices de complicações durante o trabalho de parto (11%), quando comparada a gestantes sem hipertensão (15%), porém associado a maiores riscos de complicações no puerpério ($p < 0,008$), sendo que 4,7% das pacientes hipertensas e 2,8% das pacientes não hipertensas apresentaram alguma complicação nesse período (Tabela 4).

	Hipertensão			p – valor
	Gestações (n=3156) n(%)***	Sim (n=981) n(%)	Não (n=2175) n(%)	
Complicações Trabalho de Parto*				
Não	2662 (84,3)	849 (89,0) ⁽⁺⁾	1813 (85,0) ⁽⁻⁾	0,003
Sim	424 (13,4)	105 (11,0) ⁽⁻⁾	319 (15,0) ⁽⁺⁾	
Complicações no Puerpério**				
Não	3048 (96,6)	935 (95,3) ⁽⁻⁾	2113 (97,2) ⁽⁺⁾	0,008
Sim	108 (3,4)	46 (4,7) ⁽⁺⁾	62 (2,8) ⁽⁻⁾	

* Complicações do trabalho de parto como hipertonia uterina, descolamento prematuro de placenta e lacerações durante o parto.

** Complicações do Puerpério como hemorragias, hematoma de parede abdominal e hematomas intra-abdominais.

*** Os totais não correspondem a 3156 e o percentual a 100% em função de dados faltantes. Teste do Qui-quadrado. p-valor = significância se $\leq 0,05$.

Tabela 4 – Complicações das gestantes hipertensas e não hipertensas.

As complicações no TP observadas em gestantes hipertensas foram: ruptura prematura de membranas (RUPREME), polidrâmnio e descolamento prematuro da placenta (DPP), com frequências relativas de 7,3%, 2,0% e 1,2%, respectivamente.

Quanto às complicações no puerpério, foram observadas: infecção subcutânea (0,6%), hipertensão de difícil controle (0,5%), mastite (0,5%), depressão puerperal (0,3%), abscesso subaponeurótico (0,2%), abscesso mamário (0,2%), endometrite (0,2%), hematomas subcutâneos (0,1%), endometrites (0,1%), deiscência de episiotomia (0,1%), convulsão pós parto (0,1%), e outras causas não rotuladas (20%).

Com relação a desfechos neonatais, a ocorrência de hipertensão na gestação associou-se a baixo peso ao nascer ($p < 0,010$) e a maior frequência de admissão em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal ($p < 0,000$), porém não se associou a idade gestacional ao nascimento, baixos índices de APGAR no quinto minuto, morte fetal ou neonatal.

4 | DISCUSSÃO

Os distúrbios hipertensivos são uma das mais frequentes complicações ocorridas na gravidez. No presente estudo, esse número foi de cerca um terço das pacientes atendidas no Serviço de Obstetrícia, no período observado. Em comparação com a literatura, o HUSM apresentou um número de gestantes hipertensas maior do que o descrito, o que pode ser justificado pelo caráter terciário do hospital, atendendo a casos de maior risco gestacional. Chama atenção o fato de que o diagnóstico de PE isolada foi o mais encontrado na análise, com 42,4%, em relação aos outros quadros hipertensivos. Em estudo prévio realizado neste serviço, dentre as gestantes hipertensas, 50% apresentavam PE isolada (ANSELMINI *et*

al., 2018).

Assim como Anselmini *et al.* (2018), pode-se verificar que a via de parto mais comum em gestantes hipertensas foi a cesariana. Esse dado demonstra que, apesar de haver indicação de nascimento via de parto vaginal na maioria dos casos, tanto na literatura (MAGLOIRE e FUNAI, 2016), quanto no serviço de Obstetrícia do HUSM, essa não é a realidade observada.

As indicações mais encontradas para as cesarianas realizadas em pacientes com distúrbios hipertensivos no estudo foram: iteratividade, falha de indução de trabalho de parto e situação fetal não tranquilizadora. As cesáreas iterativas, realizadas em consequência de cesarianas prévias, são esperadas devido ao centro ser referência em gestação de alto risco. Em relação à situação fetal não tranquilizadora, entende-se, devido ao distúrbio hipertensivo, que a instabilidade clínica materna pode ocasionar morbidade fetal. Assim, a monitorização contínua do feto permite detectar, de forma precoce, situações fetais não tranquilizadoras, possibilitando a indicação de nascimento pela via mais rápida, evitando eventos desfavoráveis para este conceito. Já a indicação de cesariana por falha de indução demonstra que uma parte significativa das pacientes hipertensas que são atendidas no serviço são estimuladas ao parto vaginal, como preconizado na literatura (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017).

Apesar de os distúrbios hipertensivos nas gestantes serem grandes fatores de risco para complicações durante o trabalho de parto, tais como descolamento prematuro da placenta (DPP), síndrome HELLP, coagulação vascular disseminada, eclâmpsia e hipertensão arterial grave incontrolável (SIBAI; BARTON JR, 2007), estes eventos foram pouco frequentes na população estudada. Este resultado pode ser atribuído ao fato de que a maior parte das pacientes avaliadas realizou pré-natal, o que possibilita programar a interrupção da gestação no período ideal (entre 37 a 39 semanas), evitando, assim, complicações relacionadas ao prolongamento da gestação além deste período. Além disso, o acompanhamento pré-natal permite a monitorização e avaliação dinâmica das situações de risco, permitindo intervenções, se necessário, para a redução de desfechos desfavoráveis.

O presente estudo apresentou limitações, como prontuários médicos incompletos, com dados faltantes. No entanto, permitiu delinear o perfil epidemiológico das gestantes acometidas por doenças hipertensivas na região estudada, determinando a prevalência da patologia, a adequação da realização de pré-natal em serviço de referência de alto risco, além de avaliar as indicações de nascimento e a prevalência de cesáreas no grupo estudado.

Ao analisar os dados deste estudo, observa-se que a realização de pré-natal contribuiu para a ocorrência de desfechos positivos, incluindo menores complicações durante o trabalho de parto. Uma vez que estudos demonstram os benefícios de um acompanhamento pré-natal adequado para redução de efeitos adversos ao binômio

mãe-feto, resultando em melhores desfechos gestacionais (ACOG, 2013), espera-se que os resultados encontrados neste estudo possam servir de embasamento para o desenvolvimento de ações para melhoria do atendimento pré-natal na região e assistência ao nascimento desses conceptos.

REFERÊNCIAS

ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. **Obstet Gynecol.**, v. 122, p. 1122, 2013

ANSELMINI, M. *et al.* Perinatal outcome of hypertensive pregnant women is related to the severity of preeclampsia. **Clinical & Biomedical Research**, v. 38, n. 2, 2018.

ANTUNES, M. B. *et al.* Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **Rev Min Enferm.**, v. 21, n. 1057, p. 1-6, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 301 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Morte Materna no Brasil. **Boletim Epidemiol.** v. 43, n. 1, p. 1-7, 2012b.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V. de; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta paulista de enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 53-58, 2008.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação: Gestação de Alto Risco**. São Paulo, SP, 2011. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br>. Acesso em: junho 2018.

HUTCHEON, J. A.; LISONKOVA, S.; JOSEPH, K. S. Epidemiology of pre- eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. **Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology**, v. 25, n. 4, p. 391-403, 2011.

MAGEE, L. A. *et al.* Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 36, n. 5, p. 416-438, 2014.

MAGLOIRE, L.; FUNAI, E. F. **Gestational hypertension**. 2016. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/gestationalhypertension?search=Gestational%20hypertension%20Authors:Lissa%20M%20Melvin,%20MDEdmund%20F%20Funai,%20MD&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 12 dez. 2019.

MARTINS-COSTA, S. H. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, capítulo 34, p. 573, 2017.

MURPHY, D. J.; REDMAN, C. W. The clinical utility of routine urinalysis in pregnancy. **The Medical Journal of Australia**, v. 178, n. 10, p. 524, 2003.

SIBAI, B. M.; BARTON JR. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 196, n. 6, p. 514.e1-9, 2007.

TOWNSEND, R.; O'BRIEN, P.; KHALIL, A. Current best practice in the management of hypertensive disorders in pregnancy. **Integrated blood pressure control.**, v. 9, p. 79, 2016.

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. **Zugaib Obstetrícia**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, capítulo 34, p. 650-651, 2016.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO NA CONSULTA MÉDICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR, NO ÂMBITO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 22/03/2021

Maria Luísa Gonçalves Carvalho

Centro de Saúde da Lapa, Administração de
Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
Lisboa-Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-3553-5641>

Fátima Carvalho Matos

Unidade de Saúde Familiar da Luz,
Administração de Saúde de Lisboa e Vale do
Tejo
Lisboa-Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-6435-2513>

Ana Catarina Silva Trindade

Unidade de Saúde Familiar Tapada,
Administração de Saúde de Lisboa e Vale do
Tejo
Sintra-Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-9762-9443>

Ana Maria Celeste dos Santos Bernardo

Hospital Nossa Senhora da Arrábida
Azeitão-Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-8542-8801>

RESUMO: Durante a atividade clínica do médico de família surgem, na consulta, pessoas em situação de dependência e/ou com necessidades de cuidados paliativos. Existe um grande número de escalas e instrumentos que permitem objetivar a avaliação efetuada. As autoras organizaram um conjunto básico de instrumentos

de avaliação que têm utilizado sistematicamente na sua prática diária. Os instrumentos de avaliação utilizados são: Escala de Glasgow (nível de consciência); Teste de Folstein (rastreamento alterações cognitivas); Escala de Borg modificada (tolerância ao exercício); Classificação Internacional de Funcionalidade dos 18-65 anos e para idosos; Escala FACT (fragilidade); Escala de desempenho de Karnofsky (desempenho global); Índice de Katz e de Barthel (desempenho de atividades de vida diária básicas); Escala de Lawton (escala de atividades de vida diárias e instrumentais); Escala de Quedas de Morse; Escala de Braden (risco de úlcera de pressão) e Escala de Edmonton (controlo sintomático). A sistematização das avaliações clínicas permite identificar problemas, agilizar a comunicação entre profissionais de diferentes níveis de cuidados e monitorizar a evolução clínica. Permite, deste modo, um planeamento de estratégias de avaliação e de acompanhamento permitindo, consequentemente, planos terapêuticos mais adequados. A integração de atitudes específicas dos cuidados paliativos, traz um acréscimo na qualidade aos cuidados prestados em MGF.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina geral e familiar, cuidados paliativos, escalas de avaliação em cuidados paliativos.

PALLIATIVE CARE EVALUATION TOOLS IN FAMILY MEDICINE

ABSTRACT: During the clinical activity of the family doctor, patients who are dependent and/ or in need of palliative care appear during the consultation. There are a large number of

scales and instruments that make it possible to objectify the assessment made to each of these users. The authors developed a basic set of assessment tools that they have used systematically in their daily practice. The assessment instruments used are: Glasgow scale (level of awareness); Folstein test (screening for cognitive changes); Modified Borg scale (exercise tolerance); International Classification of Functionality from 18-65 years old and for the elderly; FACT scale (fragility); Karnofsky performance scale (global performance); Katz and Barthel Index (performance of basic activities of daily living); Lawton scale (scale of daily and instrumental activities of life); Morse Falls Scale; Braden scale (pressure ulcer risk) and Edmonton scale (symptomatic control). The systematization of clinical evaluations makes it possible to identify problems, streamline communication between professionals at different levels of care and monitor clinical progress. In this way, it allows planning strategic approaches and, consequently, more appropriate therapeutic plans. The integration of specific attitudes of palliative care brings an increase in quality to the care provided in Family Medicine.

KEYWORDS: Family medicine, palliative care, palliative care rating scales.

1 | INTRODUÇÃO

A USF Gerações é uma unidade pública de prestação de cuidados de saúde primários que funciona na zona norte da cidade de Lisboa, em Portugal. Tem inscritos cerca de 10.000 utentes de todas as idades. Engloba uma equipa de 6 médicos especialistas, 2 médicos internos, 6 enfermeiros e 2 assistentes técnicos. A sua atuação é baseada nos procedimentos elaborados pela equipa e nas normas da Direção-Geral da Saúde. Os cuidados prestados englobam todas as fases de vida de um indivíduo, desde a sua conceção até à sua morte. São, por isso, denominados cuidados continuados e transversais. A equipa faz a vigilância de saúde da mulher, saúde reprodutiva, saúde infantil e juvenil, saúde do idoso, programa nacional de vacinação, rastreios das doenças metabólicas, do cancro do colo do útero, do cancro cólon-rectal, do cancro da mama, doenças crónicas tais como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, doença pulmonar crónica obstrutiva, asma, assistência a doença aguda, assim como atividades de educação para a saúde e a realização de tratamentos de enfermagem. Durante a atividade clínica do médico de família surgem, na consulta, pessoas em situação de dependência e/ou com necessidades de cuidados paliativos.

«A Organização Mundial de Saúde define cuidados paliativos como os cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, nomeadamente a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais» (APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2021 extraído de <https://www.apcp.com.pt/faq/o-que-sao-cuidados-paliativos.html>)

A fase final de vida tem-se tornado, nos últimos anos, um desafio para os profissionais dos cuidados de saúde primários. A morte e o luto, muitas vezes ainda considerados

assuntos tabu, tornam-se desafios éticos e técnicos, obrigando a novos conhecimentos, aptidões e comportamentos por parte dos médicos de família.

A abordagem do doente e sua família no final de vida e em cuidados paliativos obriga a um trabalho em equipa interdisciplinar, e a um trabalho em continuidade entre os vários níveis organizacionais.

O trabalho em equipa assenta em diversas especialidades e competências, sendo básicas o trabalho médico, de enfermagem, das diversas áreas de fisioterapia, da assistência social, da assistência espiritual, encontrando-se no seu centro a pessoa e a sua família.

Como níveis organizacionais surgem, como mais influentes, os cuidadores e a família, o seu contexto social, os cuidados de saúde primários, os cuidados de saúde secundários hospitalares e os cuidados terciários ou de retaguarda. O principal cimento desta construção é, sem dúvida, a comunicação.

Na prática clínica, são necessários instrumentos que objetivem os diversos aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais permitindo a sua avaliação e monitorização ao longo do tempo, facilitando a comunicação entre os diversos níveis de cuidados e os diversos intervenientes no processo de cuidar.

Existe disponível um grande número de escalas e instrumentos de tal forma que nos perdemos na diversidade, correndo o risco de em cada organização se utilizem instrumentos diferentes, tornando desafiante coordenação da informação.

O presente relato de prática foi partilhado numa comunicação curta, em formato de cartaz, apresentado no 22º Congresso Nacional de Medicina Geral e Familiar/17º Encontro Nacional de Internos e Jovens Médicos de Família, evento da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar que decorreu de 27 a 30 setembro 2018 nas Caldas da Rainha, Portugal. O livro de resumos pode ser encontrado em <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgfv35i0.12495>.

2 | OBJECTIVO

O presente trabalho visa partilhar uma prática de avaliação clínica, na USF Gerações, auxiliando o Médico de Família e a equipa onde está integrado na escolha de intervenções básicas de avaliação e de monitorização em cuidados paliativos e em cuidados a pessoas dependentes no âmbito da Medicina Geral e Familiar.

3 | METODOLOGIA

As autoras desenvolveram um trabalho de leitura dos diversos documentos normativos existentes em Portugal, e fizeram uma prospeção dos principais instrumentos utilizados no âmbito das unidades prestadoras de cuidados. Analisaram também as potencialidades de registo dos diversos programas informáticos já em utilização em

sistemas públicos de saúde. Cada instrumento foi avaliado quando à pertinência para o contexto de dependência e cuidados paliativos, existência de normativos para a sua utilização, quanto à possibilidade de registo nos aplicativos informáticos utilizados e quanto à possibilidade de transferência de informação.

Após esta análise foram escolhidos, por consenso, uma bateria de instrumentos que cumprem os diversos requisitos identificados, passando a utilizar de forma sistemática na sua prática diária para a prática de avaliação básica em contexto de dependência e em final de vida.

4 | RESULTADOS

Os instrumentos e escalas de avaliação e de monitorização são desenvolvidos por autores durante a sua prática clínica e/ou de investigação em saúde estando, na sua maioria, sujeitos a direitos de autor.

De forma a garantir que meçam os fenómenos de forma correta, os instrumentos/escalas devem ser testados, validados e ter definido a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo, precisão e fiabilidade utilizando métodos científicos.

Cada instrumento/escala deve ter claro qual o objetivo a que se propõe e qual o grupo alvo onde se aplica. Quando utilizado numa língua diferente da original é necessário trabalho de tradução, retrotradução, análise e validação.

As autoras limitaram a sua análise a instrumentos/escalas para avaliação global do doente, avaliação das atividades de vida diária básicas e instrumentais, avaliação de riscos específicos de quedas e de feridas e avaliação sintomática global. A avaliação de sintomas específicos (tais como a dor, sintomas respiratórios, sintomas digestivos, sintomas constitucionais, entre outros) a avaliação psicológica, social, espiritual, do cuidador e família assim como do luto foram excluídos.

Em Portugal, existem documentos normativos que já identificam alguns instrumentos recomendados para alguns contextos de cuidados. Os mais relevantes são os documentos emanados pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (<https://www.dgs.pt/publicacoes/documentos-dgs.aspx>), pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (<http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/>) e pela Rede Nacional de Cuidados Paliativos (<http://www.acss.min-saude.pt/2016/12/14/cuidados-paliativos/>).

Na prática clínica, em contexto de serviços de saúde públicos portugueses, os principais programas informáticos utilizados são o SClínico CSP (<https://www.spms.min-saude.pt/tema/sclinico-csp/>), o M1 (<https://www.medicineone.net/>) e o GestCare CCI (<https://www.care4it.pt/portfolio/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados>).

Para a avaliação global do doente foram identificados os seguintes parâmetros:

o nível de consciência, o rastreio de alterações cognitivas, a tolerância ao exercício, a funcionalidade, a fragilidade e o desempenho global. Foram identificadas duas escalas para o desempenho de atividade de vida diárias básicas e uma escala para as atividades de vida diárias instrumentais, uma escala para avaliação de risco de quedas, uma escala para avaliação de risco de úlcera de pressão e por fim uma escala de controlo sintomático. As escalas estão reunidas na tabela seguinte:

Parâmetro em estudo	Escalas de avaliação
Nível de consciência	Escala de coma de Glasgow
Rastreio de alterações cognitivas	Teste de Folstein (ou <i>mini-mental state examination</i>)
Tolerância ao exercício	Escala de Borg modificada
Funcionalidade	Tabela Nacional de funcionalidade Tabela de classificação da funcionalidade para idosos
Fragilidade	FACT
Desempenho global	Escala de desempenho de Karnofsky
Desempenho de atividades de vida diárias básicas	Índice de Katz Índice de Barthel
Desempenho nas atividades de vida diárias instrumentais	Escala de Lawton e Brody
Avaliação de risco de quedas	Escala de Morse
Avaliação de risco de úlcera de pressão	Escala de Braden
Avaliação de controlo sintomático	Escala de Edmonton

Tabela nº1: Escalas de avaliação por parâmetro em estudo

Escala de Coma de Glasgow

A avaliação do nível de consciência é feita através da aplicação da escala de coma de Glasgow (Teasdale, 1974). Foi descrita pela primeira vez em 1974 e tem sido sujeita a alterações permitindo a melhoria da precisão, fiabilidade e comunicação. Foi desenvolvida de forma a permitir um método prático de avaliação do grau de consciência em resposta a estímulos específicos. Encontra-se traduzida para Português e para Português do Brasil, estas traduções estão disponíveis em www.glasgowcomascale.org. Esta escala está incluída nas aplicações do GestCare CCI e no M1.

Teste de Folstein

Mais conhecido como Mini-Mental State Examination, este teste permite o rastreio de alterações cognitivas. (SANTANA, 2016). Foi publicado em 1975 por Marshal Folstein, Susan Folstein e Paul McHugh e é largamente utilizado e está validado. (Folstein, 1975; Folstein, 1993; Morgado, 2009)

Mede a orientação espacial e temporal, a memória e a aritmética. Tem valor máximo de 30 em 30 e depende de fatores como a idade, o nível de consciência e o nível educacional. A versão portuguesa foi publicada por Duque A, Gruner H, Clara J, Ermida J, Veríssimo M no documento do núcleo de estudos de geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). A aplicação informática M1 já o tem incorporado.

Escala de Borg modificada para tolerância ao exercício

A Escala de Borg (The Borg Rating of Perceived Exertion) avalia o nível de percepção subjectiva de tolerância à actividade física (Borg 1998; Nerys, 2017). Aparece descrita no CDC (Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov) e na coletânea «Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação» de 2016. É uma das escalas para preenchimento no GestCare CCI.

Tabela Nacional de Funcionalidade

A Direção-Geral da Saúde Portuguesa elaborou a Tabela Nacional de Funcionalidade, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde. O objetivo foi fornecer aos profissionais de saúde um instrumento que permita quantificar o grau de funcionalidade e medir os ganhos de saúde obtidos após intervenção terapêutica, de reabilitação ou social e planear as intervenções comunitárias de acordo com o nível de funcionalidade dos grupos populacionais. Este instrumento está publicado no Diário da República (Despacho nº 4306/2018 de 30 de Abril de 2018) dando corpo aos documentos pré-existentes da Direção-Geral da Saúde (Norma 014/2011 da Direção-Geral da Saúde. Implementação experimental da tabela de Funcionalidade de 01.09.2014) e da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (Directiva Técnica nº 1/UMCCI/2010 de 03.03.2010. Módulos de preenchimento obrigatório).

Em 2017, foi desenvolvido um instrumento adaptado para a população com mais de 65 anos: a Tabela de classificação da funcionalidade para idosos (Cuidados Continuados. Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para idosos. Janeiro 2017).

Estas tabelas encontram-se incorporadas nas aplicações do GestCare CCI e do SClinico CSP.

Fragilidade

A fragilidade é uma síndrome clínica frequente, em adultos, que se traduz num aumento do risco para resultados negativos incluindo quedas, dependência, hospitalização e mortalidade. Avaliar a sua etiologia e observar a sua história natural é importante para identificar subgrupos de alto risco e novos contextos para a prevenção e a terapêutica.

(Qian-Li Xue, 2011)

A avaliação da fragilidade é uma área ainda recente sendo ainda escassos os consensos e os instrumentos desenvolvidos.

As autoras escolheram o instrumento FACT (Frailty Assessment for Careplanning) que se encontra desenhado para avaliar a fragilidade baseando-se na mobilidade, função, cognição e interação social. (Moffatt, 2018)

Este instrumento pertence ao modelo PATH, Palliative and Therapeutic Harmonization que pode ser consultado em <http://pathclinic.ca>.

Escala de desempenho de Karnofsky

A escala de desempenho de Karnofsky (Karnofsky Performance Status Scale) foi desenvolvida pelo Dr. David Karnofsky e pelo Dr. Joseph Burchenal em 1949, e representa uma medição geral da independência do indivíduo em exercer o auto-cuidado e as suas atividades diárias. A escala vai de 0 a 100, onde 0 é a morte e 100 é a saúde perfeita. Embora a escala tenha sido desenvolvida em intervalos de 10, o profissional pode escolher outro número se achar que a situação clínica o justifica. (Crooks, 1984)

A escala pode ser encontrada na coletânea «Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação» de 2016.

Índice de Katz

O Índice de Katz (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living) avalia o desempenho das atividades de vida diária básicas e a instituição «The Gerontological Society of America» possui os direitos de autor. (Katz, 1998; Shelkey, 1998)

É um índice desenvolvido em 1970 por Sidney Katz, sendo utilizado para avaliação da capacidade de desempenho independente das atividades de vida diária avaliando 6 funções: tomar banho, vestir, higiene, transferências, continência de esfíncteres e alimentação. A pontuação de 6 significa função máxima, a de 4 limitação moderada e a de 2 limitação grave.

Em Portugal encontra-se disponível na aplicação informática do SClínico CSP e está publicado no documento Avaliação Geriátrica elaborado por Duque A, Gruner H, Clara J, Ermida J, Veríssimo M. do Núcleo de estudos de geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) e na coletânea «Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação» de 2016.

Índice Barthel

O Índice de Barthel (Barthel Index of Activities of Daily Living) foi desenvolvido por Dorothea W Barthel. (Mahoney, 1965) A instituição «Maryland State Medical Society» possui os direitos de autor do Índice de Barthel, podendo ser usado livremente para fins não comerciais desde que corretamente citado.

Este Índice tem como objetivo a definição do grau de independência nas atividades de vida diária, sem utilização de qualquer ajuda externa física ou verbal (excepto ajudas técnicas) e está em utilização clínica desde 1965. De início era uma escala pontuada de 0 a 20. Existem atualmente mais duas versões, uma por Granger, Albrecht e Hamilton (1979) e outra por Fortinsky, Granger e Seltzer (1981).

Em Portugal encontra-se disponível na Norma 054/2011 da Direção-Geral da Saúde sobre Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina física e de Reabilitação, de 27.12.2011, e também está disponível na coletânea «Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação» de 2016.

Está incluída nas aplicações informáticas do M1 e do SClinico CSP.

Escala de atividades instrumentais de vida diária de Lawton

A escala de actividades instrumentais de vida diária de Lawton (Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale) foi desenvolvida em 1969 por Lawton e Brody. (Lawton, 2007; Graf, 2007)

É um instrumento para avaliação da competência em efetuar as atividades de vida diária medindo oito domínios de funcionamento, as mulheres pontuam em todos, historicamente os homens não pontuam na preparação dos alimentos, lida da casa e da roupa. Encontra-se validada para português (Araújo, 2008) e encontra-se publicada por Duque A, Gruner H, Clara J, Ermida J, Veríssimo M. do Núcleo de estudos de geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) no documento Avaliação Geriátrica e na coletânea «Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação» de 2016. Pode ser inserida no M1 como escala de avaliação.

Escala de Morse

A escala de risco de quedas de Morse (Morse Fall Scale) foi desenvolvida por Janice M. Morse no Canadá em 1985. (Morse, 1989)

Tem como objetivo identificar pessoas em risco de sofrer quedas e aplica-se quer em cuidados de longa duração quer em cuidados de doentes agudos. A adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse foi publicada em 2014. (Costa-Dias 2014). Em 2006 Schwendimann, Rene & Geest, Sabina & Milisen, K utilizaram uma amostra de idosos hospitalizados para avaliarem a sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo positivo e o valor preditivo negativo, assim como a precisão do teste e a prevalência das quedas (Schwendimann 2006).

Esta escala está incluída na aplicação do SClinico CSP.

Escala de Braden

A escala de Braden (Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk - <http://www.bradenscale.com/>) foi desenvolvida durante um projeto científico de enfermagem por Barbara J. Braden para avaliação de risco de úlceras de pressão. Foi testada a fiabilidade e validade e publicada em 1987. Tem direitos de autor por Barbara Braden e Nancy Bergstrom desde 1988.

Tem sido traduzida para vários idiomas, incluindo o português, cuja tradução de encontra validada por Carlos Morgado, Cristina Miguéns, Pedro Ferreira, João Gouveia e Kátia Furtado em 2001, pelo Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). (Ferreira, 2007) Encontra-se disponível em Portugal na orientação 017/2011 da Direção-Geral da Saúde com o título Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) de 19.05.2011) e implementada nas aplicações informática do M1, do SClínico CSP e da GestCare CCI.

ESAS – Edmonton Symptom Assessment System

Para a avaliação geral de sintomas escolhemos o sistema de avaliação de Edmonton (ESAS – Edmonton Symptom Assessment System). Este instrumento de avaliação foi desenvolvido e impulsionado em Alberta, no Canadá, pela equipa de Eduardo Bruera (Bruera, 1991) e validada por Chang. (Chang, 2000)

O ESAS é um instrumento desenhado para avaliar os sintomas mais comuns nos doentes com cancro, nomeadamente a dor, o cansaço, as náuseas, a depressão, a ansiedade, a sedação, o apetite, o bem-estar e a falta de ar. O ESAS foi revisto de forma a melhorar a compreensão e o preenchimento dos doentes e atualmente é conhecida por ESAS-r. A nova versão pode ser pedida em www.albertahealthservices.ca.

O ESAS-r foi desenvolvido por Sharon Watanabe e Cheryl Nekolaichuk da Universidade de Alberta, Canadá. (Watanabe, 2011)

A versão original do ESAS está incluída no aplicativo GestCare CCI, sendo o seu preenchimento previsto na Directiva Técnica nº 2/UMCCI/2011 de 11.08.2011, sobre o Módulo /escala de Edmonton, da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

5 | DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A sistematização e a padronização das avaliações clínicas efetuadas aos utentes são fatores de facilitação da identificação de problemas, da comunicação entre profissionais da equipa de saúde, da interligação entre diferentes níveis de cuidados, na monitorização e evolução da situação clínica, sendo de primordial importância na formação dos profissionais e no planeamento de estratégias de abordagem clínica e terapêuticas.

A maior dificuldade sentida pelos autores foi a uniformização da utilização de

instrumentos/escalas atendendo às várias aplicações informáticas disponíveis nas unidades de saúde públicas em Portugal. Se, por um lado, é facilitador para a comunicação interdisciplinar, por outro, é frustrante apercebermo-nos da dificuldade da partilha quando existe incompatibilidade entre as várias aplicações. Existe claramente a necessidade, em Portugal, da incorporação destes instrumentos de avaliação no âmbito dos Cuidados Paliativos em todas as aplicações informáticas.

As limitações inerentes a um trabalho desta índole será sempre a possibilidade de exclusão de ferramentas pertinentes avaliadas em populações de cuidados paliativos e que poderão ser relevantes. Contudo, tivemos de priorizar segundo a acessibilidade nas aplicações informáticas e a validação para a população portuguesa. Reconhecemos que existem outras escalas também elas relevantes para a avaliação dos doentes na consulta e citadas na bibliografia internacional, devendo cada equipa procurar os instrumentos que melhor se ajustem à sua prática.

A integração de conhecimentos, competências e atitudes aos cuidados paliativos, traz um acréscimo na qualidade dos cuidados prestados em Medicina Geral e Familiar, demonstrando ser uma mais-valia para a equipa de saúde, para os cuidadores e para o utente e sua família.

AGRADECIMENTO

As autoras agradecem à Dra Helena Manso a sua colaboração na revisão do presente texto, e agradecem às suas famílias a compreensão pelo tempo cedido.

CONFLITO DE INTERESSE

A investigação efetuada não recebeu nenhum apoio financeiro. As autoras declaram não ter conflitos de interesses relacionados com o presente trabalho.

REFERÊNCIAS

Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). **Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados**. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde (pp.217-220). Lisboa: ISPA.

Borg G. **Borg's Perceived Exertion and Pain Scales**. Champaign, IL: Human Kinetics 1998. p.104.

Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. **The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients**. J Palliat Care 1991; 7:6-9.

Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov. Acesso a 20/3/21.

Chang VT, Hwang SS, Feuerrman M. **Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale.** Cancer 2000; 88 (9) : 2164-71.

Costa-Dias MJM da, Ferreira PL, Oliveira AS. **Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse.** Rev Enferm Ref. 2014;7-17.

Crooks V, Waller S et al. **The use of the Karnofsky Performance Scale in determining outcomes and risk in geriatric outpatients.** J Gerontol. 1991; 46: M139-M144.; Schagg CC, Heirich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: Reliability, validity, and guidelines. J clin oncology. 1984; 2: 187-193.

Cuidados Continuados. **Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para idosos.** Janeiro 2017. Disponível em http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual_Aplicacao_CIF.pdf. Acesso a 20/3/21

Despacho nº 4306/2018 de 30 de Abril de 2018. **Tabela Nacional de Incapacidade.** DGS. Norma da Direção-Geral da Saúde. Implementação experimental da tabela de Funcionalidade. 014/2011 de 01.09.2014.; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Directiva Técnica nº 1/ UMCCI/2010 de 03.03.2010. Módulos de preenchimento obrigatório.

Duque A, Gruner H, Clara J, Ermida J, Veríssimo M. Núcleo de estudos de geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. **Avaliação Geriátrica.** Disponível em https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf. Acesso a 20/3/21)

Ferreira, Pedro; Miguéns, Cristina; Gouveia, João; Furtado, Kátia. **Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden.** Lusodidacta. 2007.

Folstein Mf, Folstein s e McHugh PR. **Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** Journal of Psychiatric Research 1975; 12: 189-198.

Folstein, Folstein e McHugh, 1975, **adaptação Portuguesa de Manuela Guerreiro e colaboradores.** 1993. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hospital de Santa Maria.

Graf C. **The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. Best practices in nursing care to older adults.** 2007;23. In www.hartfordingn.org.)

Katz S., Down, TD, Cash, HR, et al. **Progress in the development of the index of ADL.** Gerontologist 1970; 10:20-30.

Lawnton. **The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale** ISSN: 1524-7929 VOLUME: 15 PUBLICATION DATE: Jul 01 2007.

Mahoney FI, Barthel D, 1965. **Functional evaluation: the Barthel Index.** Maryland State Med Journal 1965;14:56-61.

Moffatt H, Moorhouse P, Mallery L, Landry D, Tennankore K. **Using the Frailty Assessment for Care Planning Tool (FACT) to screen elderly chronic kidney disease patients for frailty: the nurse experience.** Clin Interv Aging. 2018;13:843-852. Published 2018 May 7. doi:10.2147/CIA.S150673

Morgado J, Rocha C, Maruta C, Guerreiro M, Martins I. **Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination**. Sinapse 2009; 2(9):10.

Morse, J.M., Morse, R.M., & Tylko, S.J. (1989). **Development of a scale to identify the fall-prone patient**. Canadian Journal on Aging, 8,366-377.

Nerys Williams, **The Borg Rating of Perceived Exertion (RPE) scale**, *Occupational Medicine*, Volume 67, Issue 5, July 2017, Pages 404–405, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx063>.

Qian-Li Xue. **The Frailty Syndrome: Definition and Natural History**. Clin Geriatr Med. 2011 February ; 27(1): 1–15.

SANTANA, Isabel et al. Mini-Mental State Examination: Screening and Diagnosis of Cognitive Decline, Using New Normative Data. **Acta Médica Portuguesa**, [S.l.], v. 29, n. 4, p. 240-248, apr. 2016. ISSN 1646-0758.

Schwendimann, Rene & Geest, Sabina & Milisen, K. (2006). **Evaluation of Morse Fall Scale in hospitalised patients**. Age and ageing. 35. 311-3. 10.1093/ageing/afj066

Shelkey M, Wallace M. **Katz Index of independence in activities of daily living**. Best practices in nursing care to older adults 1998; 2. In www.hartfordingn.org

Teasdale G, Jennett B. **Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale**. Lancet 1974; 2:81-4.

Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. **A multi-centre comparison of two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients**. J Pain Symptom Manage 2011; 41:456-468.

CAPÍTULO 13

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA VOLTADA À SAÚDE MENTAL DE GESTANTES DENTRO DA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 27/02/2021

Mirelly Shatilla Misquita Tavares

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7953307222671882>

Maria Nicarlay Gomes

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8109579869090195>

Alane Moura Cavalcante

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0232226544129480>

Anna Beatriz de Almeida Gomes Sousa

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5006251703705221>

Érica Rodrigues Alexandre

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4056607536666006>

Clara de Sousa Rodrigues

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9661584041016612>

Geovana de Abreu Braz

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9671632090449329>

Ana Luiza Linhares Beserra Machado

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4687712706844086>

Gabriela Pereira de Sousa

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6203717927980335>

Tereza Emanuella Menezes Santos

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9376880970215122>

Milena dos Santos Soares

Fortaleza- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0714610839504837>

Dilene Fontinele Catunda Melo

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5962035812058006>

RESUMO: O presente artigo busca explicar, de forma clara e sucinta, as modificações psicológicas compreendidas dentro do período gravídico e puerperal da mulher, bem como alguns dos fatores que podem contribuir para um transtorno psíquico. Utilizando de metodologias descritivas, qualitativas e relatos de experiência, integrando conhecimentos práticos e teóricos para a consolidação do conhecimento voltado à extensão universitária destinada à saúde mental das gestantes, e envolvendo a integralidade de atividades relacionadas a pesquisa e extensão. Utilizando de estratégias de atividades em grupo,

para que houvesse uma melhor interação e troca de informações entre as gestantes e o grupo de extensão. Essas atividades eram realizadas semanalmente com as gestantes e seus familiares pelos dos acadêmicos responsáveis pelas ações, juntamente da equipe de enfermagem na APS. As gestantes eram acolhidas diante uma equipe multiprofissional para realizar uma melhor abordagem da problemática. Ademais, para a obtenção dos resultados foram realizadas atividades temáticas de fácil compreensão para as mulheres, atividades essas que tinham como objetivo explicar as modificações na mente e no corpo durante o período gestacional, bem como os sentimentos, mudanças e abalos emocionais que poderiam estar ocorrendo. Tendo assim como conclusão, que a educação em saúde pode ser uma estratégia importante de promoção à saúde das gestantes durante o período gestacional e puerperal, sendo assim um elemento importante ao identificar o quanto antes um possível transtorno psicológico durante a gravidez, podendo assim, ser uma estratégia efetiva e educacional com resultados positivos, gerando uma boa compreensão tanto para as gestantes e futuras mães, como também para os acadêmicos que buscaram a iniciativa dinâmica, visando o atendimento dessas gestantes, usando metodologias ativas que proporcionaram uma melhor avaliação e assistência das pacientes atendidas na APS, assim como também correlacionar seus ciclos afetivos durante a gestação e o pós-parto para contribuir na qualidade da assistência familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado Pré-Natal; Educação em Saúde; Gravidez; Saúde Mental.

UNIVERSITY EXTENSION FOR MENTAL HEALTH PREGNANT WOMEN WITH PRIMARY HEALTH

ABSTRACT: This article seeks to explain, clearly, and succinctly, the psychological changes understood within the pregnancy and puerperal period of the woman, as well as some of the factors that can contribute to a psychological disorder. Using descriptive, qualitative and experience reports, integrating practical and theoretic knowledge for its consolidation, focused on a university extension aimed at health pregnant woman, and involving the integrality of activities related to research and extension. Using group activity strategies to have a better interaction and exchange of information between pregnant women and the extension group. These activities were carried out weekly with pregnant women and their families by those of the students responsible for the actions, together with the nursing team at APS. The pregnant women were welcomed before a multidisciplinary team to perform a better approach to a problem. Moreover, to obtain the results, the thematic activities were carried out that was easy to understand for women, these activities aimed to explain the changes in mind and body during the gestational period, as well as the feelings, changes and emotional shocks that could be occurring. Thus, in conclusion, health education can be an important strategy to promote the health of pregnant women during the gestational and puerperal period, thus being an important element in identifying as soon as possible a psychological disorder during pregnancy, thus being an effective and educational strategy with positive results, generating a good understanding for both pregnant women and future mothers, as well as for the academics, who sought the dynamic initiative, aiming at the care of these pregnant women, using active methodologies that provided a better evaluation and care of patients seen in APS, as well as correlating their affective cycles during pregnancy and postpartum to contribute to the quality of Family care.

KEYWORDS: Prenatal Care; Health Education; Mental Health ; Pregnancy.

1 | INTRODUÇÃO

O período gestacional compreende um período de grandes modificações não só no organismo da mulher, mas no seu bem-estar, que podem ocasionar alterações no seu psiquismo e no seu papel sociofamiliar. O período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mãe, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, e prevenir dificuldades futuras para o filho (FALCONE, Vanda Mafra et al, 2005).

A intensidade das alterações psicológicas está relacionada aos fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante, consistindo no pós-parto um período de ajustamento psicológico e de adaptação ao desempenho do novo papel.

Almeida (2016) relata em sua pesquisa, que prejuízos na saúde mental da gestante podem interferir na relação do binômio mãe-feto, e futuramente no desenvolvimento da criança, que inicialmente pode se expressar no recém-nascido em forma de choro, irritabilidade ou apatia e posteriormente pode ocasionar distúrbios afetivos na idade adulta.

Dentro desse contexto, a realização de ações educativas, tornam-se indispensáveis, pois durante o pré-natal a mulher estará assistida por uma equipe responsável por sanar todas as suas dúvidas e preocupações para que possa viver o parto de forma positiva, desenvolvendo menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.

Tendo em vista o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher, e uma experiência singular e individual, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

Sendo o período pré-natal compreendido como um período de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, um momento de intenso aprendizado, configura-se assim, uma oportunidade para que os profissionais da atenção primária desenvolvam a educação como uma extensão do processo de cuidar.

Considerando então que a gravidez e o pós-parto são períodos críticos para a saúde mental da mulher, desenvolveram-se atividades elaboradas por um grupo de extensão universitária na atenção primária com a finalidade de identificar os fatores de risco para a saúde mental e bem-estar da grávida/puérpera, e proporcionar uma boa saúde mental ao público alvo.

Deste modo, o presente estudo objetiva relatar a experiência vivenciada nas ações de uma extensão universitária voltada à saúde mental das gestantes dentro da Atenção Primária a Saúde (APS).

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, com a finalidade de integrar conhecimentos teóricos e práticos na solidificação do conhecimento acerca da extensão universitária voltada a saúde mental das gestantes, desenvolvido a partir de vivências de discentes da graduação em enfermagem, durante as atividades práticas no grupo de extensão “Bom Gestar”, vinculado a Faculdade Princesa do Oeste (FPO).

A pesquisa qualitativa dispõe do ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento, onde os dados coletados são predominantemente descritivos. O material obtido nessas pesquisas é rico em descrições de pessoas, situações, acontecimentos, fotografias, desenhos, documentos, etc. Todos os dados da realidade são importantes (PEREIRA *et al.*, 2018).

Como considera Severino (2016), os acadêmicos que ingressam no ensino superior devem participar de atividades que configuram a pesquisa e extensão. Desta forma, as metodologias ativas utilizadas pelos extensionistas tornam-se interessantes por estimular que os acadêmicos participem dessas atividades.

Desse modo, as metodologias ativas são formas de trabalho dos processos educacionais que envolvem a mudança do paradigma, onde o indivíduo passa a ser o centro do processo de ensino, e o participante torna-se responsável pelo aprendizado (PEREIRA *et al.*, 2018).

As atividades práticas foram desenvolvidas entre setembro de 2019 a março de 2020, em um grupo composto por seis acadêmicos de enfermagem, em uma unidade da Estratégia da Saúde da Família (ESF) localizada em um município da microrregião do Sertão de Crateús no Ceará, sob supervisão direta de uma enfermeira-docente.

O quadro de profissionais da ESF é composto por duas enfermeiras, dois médicos, cinco técnicas de enfermagem, uma assistente administrativa, oito agentes comunitários, um técnico bucal, uma dentista, dois seguranças e duas profissionais da limpeza. Na ESF, os acadêmicos realizaram as atividades de educação em saúde conforme as solicitações da enfermeira. A finalidade deste campo tem como objetivo principal abordar aspectos que envolvam e promovam o bem estar e orientações às mulheres gestantes e familiares que venham acompanhar as consultas, com atividade de prevenção e promoção da saúde.

O acolhimento das gestantes realizado na APS foi acompanhado pela equipe multiprofissional e os estudantes do curso de enfermagem, e as ações ocorriam uma vez por semana no grupo de gestantes que reunia-se no dia de atendimento das consultas de pré-natal, assim, em média participavam 15 gestantes por semana.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento das atividades práticas iniciou-se após discussão com a enfermeira responsável pelo grupo de extensão, com o intuito de fazer com que os acadêmicos conhecessem as principais demandas da comunidade e as temáticas que mostravam-se necessárias para realizar uma abordagem.

Os encontros ocorriam semanalmente com as gestantes e familiares, com isso os acadêmicos iniciaram juntamente com a equipe de enfermagem, a missão de assumir e desenvolver o trabalho utilizando metodologias ativas, percebendo a importância e necessidade dessa atividade de educação em saúde com essas mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal.

Os assuntos abordados nas atividades de educação em saúde foram estavam relacionados com as modificações no período gestacional, *baby blues* e depressão pós-parto, além de temas que abordassem as modificações do corpo e mente das futuras mães e suas perspectivas reações e sentimentos perante essas mudanças.

Para a abordagem das temáticas e obtenção de maior compreensão pelas mulheres, foram utilizadas metodologias ativas como o uso de músicas, dados com expressões faciais onde os presentes falavam qual imagem mais os representava, espelhos, caixas de perguntas, bem como o uso de outras atividades em grupo.

O grupo contava com a participação média de quinze gestantes, os encontros duravam em torno de uma hora e trinta minutos, um momento que antecedia as consultas regulares de acompanhamento com a enfermeira ou médico da unidade. Para a execução das atividades, utilizava-se recursos como: Plaquinhas juntamente com um jogo de mitos e verdades elencando os temas, recursos de mídia digital, caixas de som, ilustrações e outras medidas que facilitassem o aprendizado e instigassem a participação dos presentes.

No decorrer da ação era sempre estimulada a participação dos presentes, instigando assim, a troca de percepções, medos e anseios que cercam a gravidez. A equipe presente era composta além da equipe de enfermagem, por profissionais como: psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, dentistas, fonoaudiólogo e médico, que proporcionava uma rede ampla de apoio multiprofissional.

Quando os mediadores percebiam que as perguntas se tornavam pertinentes a mais de um assunto, surgiam dúvidas ao longo do diálogo, proporcionando momentos em que as mulheres se demonstravam participativas e abertas a compartilhar suas dúvidas e questionamentos sobre as mudanças e interações entre as participantes, o que despertou um maior interesse e interação na temática proposta.

Durante a gravidez, a mulher vivencia níveis elevados de ansiedade relacionados com preocupações sobre o bem-estar do feto e com o do seu próprio bem-estar. Com isso, são elaborados diversos métodos para melhor acolhimento e acompanhamento das gestantes. Realização de consultas compartilhadas, e a disponibilidade para ouvir

a gestante com uma postura de acolhimento é o requisito mais importante para a ação preventiva.

Por meio da interação, a equipe de acadêmicos e a enfermeira da unidade ampliaram o vínculo com as gestantes, de modo a detectar as variações de humor, de pensamento e comportamento sugestivos de eventual distúrbio psiquiátrico. A formação de grupos de gestantes é uma ferramenta importante, formados para orientação, e devem prever momentos para que a gestante possa expor sem receio seus sentimentos e medos no grupo, ou numa interação individual com os profissionais.

Assim, as gestantes que tomam consciência de sua rejeição à gravidez, passam a tomar maiores precauções, seja essa ação decorrente da maior atenção e interesse dispensado pela família e equipe de saúde ou da compreensão adquirida, a partir do momento em que ela verbaliza sua rejeição (MOURA; FERNANDES; APOLINARIO, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, no manual técnico relacionado ao pré-natal e puerpério, o acolhimento está interligado com a humanização, o que implica acolher desde o momento que a usuária é recebida na ESF, garantindo um trabalho integral (BRASIL, 2005).

Diante disso, Costa (2009) aponta em seus estudos que as gestantes e puérperas com seus respectivos familiares devem ser bem acolhidos pelos profissionais, além de prestarem uma assistência de qualidade com ações educativas e preventivas. Esse atendimento como em todos os outros serviços deve priorizar o diálogo, rodas de conversa, grupos educativos e construção de vínculo (ROSA et.al, 2011).

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que a educação em saúde como estratégia de promoção a saúde das gestantes configura-se como uma ferramenta importante para avaliar o bem-estar das mulheres durante o período gestacional, cujo acompanhamento multiprofissional pode ser benéfico, auxiliando no reconhecimento dos indivíduos que estão sob risco e, deste modo, proporcionar total suporte.

Ações como essas, efetivam uma assistência educativa que beneficia as mulheres em sua saúde física, mental e emocional, tornando-as empoderadas como um agente multiplicador de informações, bem como permite aos acadêmicos uma formação mais ampliada e humanizada acerca da assistência prestada as gestantes.

A identificação de possível transtorno mental na gestação pode também colaborar para uma melhor compreensão da dinâmica do binômio mãe-filho e contribuir com a qualidade na assistência às famílias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Natália Maria de Castro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 4, p. 847-863, Dec. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000400847&lng=en&nrm=iso>. acesso em 22 Fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001382014>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2013.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; REIS, J.R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; FRANCESCHINI, S. C. C. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do 22 Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1347-1357, 2009.

FALCONE, Vanda Mafra et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, Aug. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400015>.

KLEIN, Michele Moreira de Souza; GUEDES, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000400016>.

MOURA, Elaine Cristina Carvalho; FERNANDES, Marcia Astrês; APOLINARIO, Flayda Isabela Rodrigues. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 445-450, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300006>

PEREIRA, A. S., Shitsuka, D. M., PARREIRA, F. J., & SHITSUKA, R. (2018). **Metodologia da pesquisa científica**. Santa Maria: UAB/NTE/UFMS. Acessado em 22 de Fev. 2021. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

ROSA, J.; BARTH, P. O.; GERMANI, A. R. M. A. Sala de espera no agir em saúde: Espaço de educação e promoção à saúde. **Perspectiva, Erechim**, v. 35, n. 129, p. 121-130, 2011.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 24.ed. São Paulo: Cortez, 2016.

GESTORES MUNICIPAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DAS REGIÕES NORTE, CENTRO- OESTE E SUL: PERFIL E PRINCIPAIS DESAFIOS PARA O CICLO DE GESTÃO (2013-2016)

Data de aceite: 01/06/2021

Layla Serrano de Lacerda

Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
João Pessoa – PB
<http://lattes.cnpq.br/4991010974475279>

André Luis Bonifácio de Carvalho

Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas da UFPB
João Pessoa – PB
<https://orcid.org/0000-0003-0328-6588>

Daniella de Souza Barbosa

Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas da UFPB
João Pessoa – PB
<https://orcid.org/0000-0003-3533-146X>

Ernani Vieira de Vasconcelos Filho

Departamento da Promoção em Saude, Centro de Ciências Medicas da UFPB
João Pessoa – PB
<http://lattes.cnpq.br/6626434805179236>

Isaurir Verissimo Lopes

Departamento da Promoção em Saude, Centro de Ciências Medicas da UFPB
João Pessoa – PB
<http://lattes.cnpq.br/3408118581542044>

RESUMO: Os (as) secretários (as) municipais de saúde são atores estratégicos na definição e conformação dos rumos da política de saúde no país, tendo em vista as atribuições tecno-gerenciais e legais que assumem e que, somada

a sua participação política nas instâncias decisórias de governança, ampliam seu grau de intervenção sobre o destino das políticas públicas de saúde. O processo da gestão em saúde é marcado pela interação de diferentes atores em espaços estratégicos com concepções e perspectivas distintas. Realizamos um estudo descritivo e analítico a partir do preenchimento de um questionário web que gerou a base de dados pertencente ao CONASEMS. Buscamos identificar elementos estratégicos do perfil dos gestores, como também verificar os principais desafios inerentes às práticas gestoras nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Sul para comparar territórios geograficamente e economicamente distintos. O instrumento de pesquisa foi organizado com base em três eixos: Perfil do Gestor, Percepção sobre principais desafios das práticas de gestão, Posicionamento sobre as práticas no âmbito da relação interfederativa. Analisamos a base de dados referente às respostas do questionário enviado aos gestores municipais durante um ciclo de gestão (2013-2016), onde obtivemos 102 respostas na região Norte, 39 no Centro-Oeste e 136 no Sul. A presente pesquisa caracterizou-se como uma aproximação do mundo acadêmico das ciências da saúde com as relações político estruturais que envolvem a dinâmica dos serviços de saúde inseridos no contexto do SUS nas regiões supracitadas.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão Municipal, Gestor Municipal, Sistema Único de Saúde.

MUNICIPAL MANAGERS OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM IN THE NORTH, MIDWEST AND SOUTH REGIONS: PROFILE AND MAIN CHALLENGES FOR THE MANAGEMENT CYCLE (2013-2016)

ABSTRACT: Municipal health secretaries are strategic actors in defining and shaping the direction of health policy in the country, in view of the techno-managerial and legal attributions that they assume and that, added to their political participation in governance decision-making bodies expand their degree of intervention on the fate of public health policies. The health management process is marked by the interaction of different actors in strategic spaces with different conceptions and perspectives. We carried out a descriptive and analytical study from the completion of a web questionnaire that generated the database belonging to CONASEMS. We seek to identify strategic elements of the managers' profile, as well as to verify the main challenges inherent to the management practices in the North, Midwest and South Regions to compare geographically and economically distinct territories. The research instrument was organized based on three axes: Profile of the Manager, Perception on the main challenges of management practices, Positioning on practices within the scope of the inter-federative relationship. We analyzed the database regarding the responses to the questionnaire sent to municipal managers during a management cycle (2013- 2016), where we obtained 102 responses in the North, 39 in the Center-West and 136 in the South. The present research was characterized as an approximation of the academic world of health sciences with the structural political relations that involve the dynamics of health services inserted in the context of SUS in the aforementioned regions.

KEYWORDS: Municipal Management, Municipal Manager, Unified Health System.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Andrade *et al* (2010) a Constituição de 1988 estabeleceu um novo regime de distribuição de competências federativas, recursos tributários e de gestão das políticas sociais, configurando um vigoroso movimento de descentralização para os municípios.

Neste contexto, temos a institucionalização do SUS por meio da Constituição Federal de 1988 e pela promulgação das leis orgânicas da saúde, sendo a primeira delas a Lei 8.080/90 onde estão presentes os princípios da universalização do acesso às ações e serviços de saúde, descentralização e integralidade. A descentralização foi proposta com ênfase na municipalização das ações e serviços de saúde que, de forma geral, confere ao município a decisão de como administrar a saúde em seu âmbito de atuação e os meios para executar isso.

Na mesma linha, a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da sociedade na gestão SUS a partir dos Conselhos e Conferências de Saúde favorecendo a interação da população para discutir questões de saúde. Bem como, estabeleceu critérios para que os estados, distrito federal e município tenham acesso aos recursos do Fundo Nacional de Saúde.

Cabe destacar que o processo de descentralização teve tempos de formulação e

implementação diferentes, com a incorporação dos estados e os municípios sendo feita por ondas de adesão reguladas por regras inscritas nas normas operacionais. Apenas ao final da década de 1990, a descentralização atingiu todo o território nacional materializada por um padrão de relações intergovernamentais polarizado, com expressiva municipalização e alta regulação normativa e financeira federal (LEVCOVITZ *et al* 2001; OUVERNEY e FLEURY, 2017).

Segundo Ouverney e Fleury (2017), essa percepção é corroborada por Paim e Teixeira (2006), o processo de institucionalização da gestão do SUS pode ser caracterizado como um movimento pendular de descentralização/centralização, regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à Constituição de 1988.

Segundo Paim e Teixeira (2006), esse movimento descentralizador foi iniciado com a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93), especialmente da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/96), que induziram a redefinição de funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde por meio da transferência de recursos (financeiros, físicos, humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios.

Ainda segundo os autores, outro aspecto a ser destacado diz respeito ao processo de (re)centralização com ênfase no fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, que teve como base elaboração, edição e implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (2001/2002), instrumento que pretendia estimular a regionalização da assistência por meio da organização de sistemas microrregionais de saúde capazes de garantir economia de escala na compra de insumos e a integralidade da atenção, a partir das redes de serviços que articulassem os vários níveis de atenção.

Esse processo foi temporariamente interrompido com a mudança de governo em 2003, posteriormente, culminou com a aprovação dos Pactos da Saúde em 2006 que pretendeu instituir um processo de negociação permanente entre gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias. (CARVALHO, 2016)

Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) se afasta da indução à tomada de decisões no âmbito estadual e municipal a partir de incentivos financeiros, adotando medidas voltadas para a assunção de compromissos políticos entre os gestores a ser construído no espaço das Comissões Intergestores Tripartite, ao nível nacional, e das Comissões Intergestores Bipartite, em cada estado, mediante a assinatura de 'Termos de Compromisso' pactuados politicamente.

Cabe destacar que o Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta aspectos da Lei nº 8.080/90, têm como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população. (CARVALHO *et al*, 2000)

Nesse contexto, os governos locais ampliaram significativamente seu papel em

praticamente todos os aspectos relevantes da gestão da política de saúde, onde as secretarias municipais de saúde passaram a gerenciar a grande maioria das unidades públicas de provisão de serviços de saúde no domínio do SUS. Além disso, assumiam a responsabilidade formal pela contratação, pagamento, monitoramento e avaliação (gestão) de amplo conjunto de unidades privadas. (OUVERNEY, 2019)

Segundo Fleury *et al* (2014b), as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) constituem-se na autoridade sanitária encarregada de gerenciar os sistemas locais de saúde nos municípios do Brasil. Seus dirigentes fazem parte dos governos locais eleitos, sendo o secretário ou secretária escolhido para exercer esta função pelo prefeito.

Os (as) secretários (as) municipais de saúde, portanto, estão inseridos na gestão em saúde desempenhando papel de: traçar diretrizes, planejar, financiar, contratar serviços, estruturar a rede de serviços em diversos níveis, dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações e serviços a seu âmbito administrativo.

Diante disso, percebemos a importância do secretário municipal de saúde, pois suas ações repercutem na dinâmica dos serviços de saúde, com relação ao funcionamento, e até no acesso aos mesmos. Logo, os processos e práticas desenvolvidos por esses atores tem como consequências a influência sobre as ações de planejamento e programação das ações de saúde, organização do acesso a serviços, mobilização e dialogo com o controle social, qualificação do uso das informações para a tomada da decisão, dentre outras.

Sendo assim, se esse conjunto de práticas não for feito de forma adequada, podem repercutir negativamente na saúde da população. Por isso, é importante investigar a atuação desses gestores, por meio do estudo do seu perfil, baseado no contexto em que cada secretário está inserido, identificando os principais desafios da gestão no âmbito do SUS.

Assim o objetivo da pesquisa foi o de analisar o perfil dos gestores municipais no período 2013-2016, tendo como elementos centrais: dados pessoais, formação profissional, experiência prévia, como também os principais desafios para gestão do SUS.

1.1 Aspectos inerentes à gestão do SUS e a relação Intergestores

A gestão do SUS está inserida em um contexto político-institucional de organização dinâmica tendo, conforme a lei orgânica da saúde, uma descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização de serviços para o município.

Deste modo, fica patente à responsabilidade dos gestores municipais e, segundo Fleury *et al* (2014b), em virtude de seu engajamento privilegiado nos principais fóruns decisórios nacionais, os (as) secretários (as) municipais de saúde possuem elevada capacidade de articulação política e suas posições influenciam praticamente todas as estratégias nacionais e regionais de condução da política de saúde. Possuem ainda influência sobre a agenda dos legislativos e partidos políticos, além de estabelecerem

alianças com diversas instituições do setor saúde, de outras áreas de política pública e com grupos de defesa de direitos humanos e da cidadania.

Fleury assevera que os (as) secretários (as) municipais de saúde, portanto, são atores que detêm a condução política dos sistemas locais de saúde. Eles representam uma elite política setorial instituída pelo processo de descentralização da política de saúde, e como tal, portadora das prerrogativas e recursos para a implementação do projeto de democratização do Estado, tendo assim responsabilidade em grande parte pelo sucesso da estratégia da descentralização.(FLEURY, 2014a)

Sendo assim, no âmbito do SUS, ficam evidentes as inúmeras responsabilidades dos gestores, sobretudo na identificação de problemas e mobilização de recursos necessários para intervir sobre os mesmos. No Brasil, são 5.570 gestores municipais de saúde organizados em 438 regiões de saúde de 27 Estados e um Distrito Federal.

Eles estão inseridos em instâncias colegiadas que agregam gestores do sistema, com destaque para as Comissões Intergestores e os colegiados representativos dos gestores: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Existe também o COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde) que representa os gestores municipais na esfera estadual, através da participação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de saúde (CES), e federal, por intermédio da participação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), através do CONASEMS.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é de âmbito nacional reunindo gestores das três esferas de governo, sendo ligada ao Ministério da Saúde (MS) para efeitos administrativos e operacionais. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é de âmbito estadual ligada à Secretária Estadual de Saúde (SES) para efeitos operacionais e administrativos, agrega gestores do estado e de seus municípios. Essas comissões são espaços de pactuação pautados na negociação, decisão, formulação e implementação das políticas de saúde. Logo, as atribuições de cada esfera de governo são discutidas nesses ambientes, assim como a execução, monitoramento das ações e financiamento.

Esta estrutura demonstra que o SUS funciona de forma integrada e articulada, conforme o art. 198 da Constituição Federal, que afirma que as ações e serviços públicos de saúde devem ser integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, de competência de todas as esferas de governo (art. 23 da Constituição Federal).

2 | METODOLOGIA

A pesquisa tem um caráter exploratório, descritivo e analítico, fazendo uso de dados secundários, oriundos do preenchimento de questionários, os quais formaram a base de dados pertencente ao CONASEMS. Os mesmos foram analisados e classificados por meio da construção de tabelas e gráficos utilizando-se do Excel.

Cabe destacar que a referida pesquisa foi baseada na abordagem descritiva realizada por Fleury (2014a) em 1996 e 2006, pioneira na caracterização do perfil dos gestores municipais de saúde, por meio de questionários que investigaram: perfil socioeconômico e profissional, participação política em saúde, experiência no cargo, além de outros aspectos.

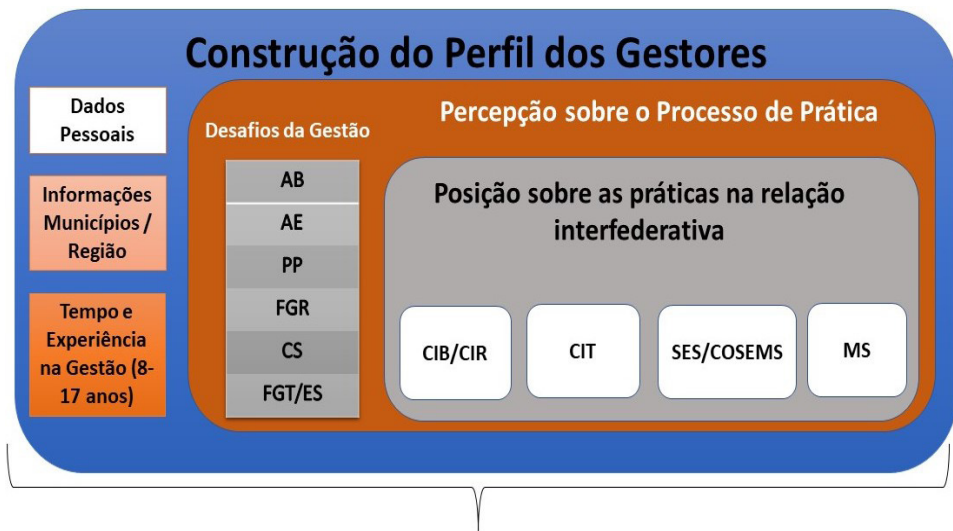
Destacamos também que essa pesquisa foi desenvolvida como atividade do PIVIC (9328-2017) (Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica) que teve como tema "Análise da base de dados referente ao perfil do gestor municipal (2013-2016) com vistas à caracterização do perfil dos gestores, potencialidades e desafios do último ciclo de gestão no âmbito do SUS", desenvolvido no período de 01/08/2017 a 31/07/2018. Para o qual, foi obtido carta de anuência do CONASEMS fornecendo a base de dados para o estudo referente ao período de 2013 a 2016.

A base de dados teve o universo de 737 gestores municipais, 13% dos 5570 municípios brasileiros. Para o presente artigo, foram analisadas 277 respostas (4,97% dos 5570 municípios brasileiros) correspondentes aos gestores da região Norte (102), Centro- Oeste (39) e Sul (136). Tal amostra foi feita por conveniência, dirigida a secretários municipais ligados a gestão dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

O questionário enviado através do Google Docs, conteve 31 questões, sendo 8 abertas e 23 fechadas. As mesmas foram elaboradas e amplamente discutidas com o corpo dirigente e assessoria técnica do CONASEMS, durante o mês de outubro de 2016, buscando verificar as necessidades e problemas inerentes às práticas gestoras.

Antecedendo a liberação do questionário, foi feita uma apresentação a todo corpo dirigente do CONASEMS e para o monitoramento do preenchimento dos questionários foram organizados boletins semanais. Esses foram encaminhados aos presidentes de COSEMS e ao escritório do CONASEMS, dando ciência da adesão à pesquisa e desempenho de cada Estado. Após a validação do questionário o mesmo foi enviado para o e-mail, através da secretaria técnica do CONASEMS.

A pesquisa teve como base a Matriz I dos conteúdos, ordenando a construção de questões inerentes aos dados pessoais (formação profissional, experiência prévia), percepção dos gestores sobre processo e práticas no âmbito do ciclo de gestão, com base em seis eixos estratégicos: Atenção Básica (AB), Atenção Especializada (AE), Processo de Planejamento (PP), Fortalecimento da Gestão e Regionalização (FGR), Controle Social (CS), Fortalecimento da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (FGT/ES). A posição sobre as práticas nas relações interfederativas, por meio da participação em órgãos colegiados, e principais desafios para gestão do SUS também foram abordados.



Requisitos para o perfil dos novos Gestores e Qual a mensagem a ser dada as novas Gestões

Matriz 1 – Eixos e conteúdos para a construção do perfil do Gestor Municipal e percepção dos principais desafios – Ciclo (2013 – 2016)

Fonte: Base de dados da Pesquisa Gestores CONASEMS (2013-2016).

Os critérios de inclusão foram: gestores dirigentes dos COSEMS que responderam à pesquisa entre a segunda semana de novembro e a terceira de dezembro de 2016. Foram excluídos os que se recusaram a responder a pesquisa ou deixaram de ser gestores um mês antes da aplicação da pesquisa.

Após encerrado o prazo de coleta na plataforma Google Docs, os dados relativos aos questionários completos foram extraídos para um banco de dados no Microsoft Excel® e organizados por: respondentes (município), região de saúde, unidade da federação e região do país.

A escolha das regiões Norte, Centro-Oeste e Sul surgiu do interesse em comparar territórios geograficamente e economicamente distintos buscando se haveria influência sobre o perfil dos gestores e observando as diferenças entre cada uma delas com relação às questões trabalhadas.

No que tange a análise da pesquisa, a mesma foi desenvolvida tendo como base o manuseio da base de dados fornecida pelo CONASEMS, por meio da descrição da frequência de respostas dos gestores, cotejadas com estudos e pesquisa inerentes ao tema.

3 | ASPECTOS INERENTES AO PERFIL DOS GESTORES

Ao conhecer o perfil dos gestores municipais, é possível entender a importância de suas ações a frente das Secretarias Municipais de Saúde, refletindo diretamente na

mudança dos indicadores de saúde e no acesso a ações e serviços. Bem como, é possível compreender os principais desafios enfrentados na administração local da saúde.

Com relação ao porte populacional dos gestores respondentes, ficou patente a predominância dos pequenos municípios. Dos 102 municípios da região Norte, 59,8% possui até 10.000 habitantes, na região Centro-Oeste, 51,3% dos 39 municípios respondentes comportam até 10.000 habitantes, e dos 136 da região Sul 58% apresentam essa característica. Tal fato denota uma participação predominante de pequenos municípios dentre os dirigentes dos COSEMS.

Regiões	Idade	Raça-cor	Sexo	Formação	Escolaridade	Experiência como gestor do sus
Norte	41-50 anos (41,2%)	Parda (53,9%)	Homens (50,9%)	Área de saúde (59,6%)	Pós- graduação (44,1%)	Não foi gestor anteriormente (62,7%)
Centro-Oeste	41-50 anos (38,4%)	Branca (48,7%)	Mulheres (51,2%)	Área de saúde (73,6%)	Pós-graduação (25,6%)	Não foi gestor anteriormente (69,2%)
Sul	41-50 anos (42,6%)	Branca (96,3%)	Mulheres (57,3%)	Área de Saúde (53,8%)	Pós-graduação (43,3%)	Não foi gestor anteriormente (61,7%)

Tabela 1 – Características do Perfil dos Gestores Municipais (2013-2016) das regiões Norte, Centro-Oeste e Sul.

Fonte: Base de dados da Pesquisa Gestores CONASEMS (2013-2016)

Na região Norte, podemos observar o perfil dos gestores municipais: idade entre 41- 50 anos (41,2%), raça parda (53,9%), homens (50,9%), com pós- graduação (44,1%) e da área da saúde (59,6%). A maioria não foi secretário de saúde anteriormente (62,7%).

A região Centro-Oeste apresenta as seguintes características entre os respondentes: idade entre 41- 50 anos (38,4%), raça branca (48,7%), mulheres (51,2%), com pós-graduação (25,6%), a profissão/área de formação dos gestores municipais correspondeu à saúde (73,6%). A maioria não foi secretário de saúde anteriormente (69,2%).

No que tange ao perfil dos gestores da região Sul, podemos observar a predominância de: idade entre 41-50 anos (42,6%), raça branca (96,3%), mulheres (57,3%), pós-graduação (43,3%), área de saúde compondo a formação profissional (53,8%) e (61,7%) dos respondentes não foi secretário de saúde anteriormente.

No que diz respeito à pesquisa realizada em 2006 por Fleury (2014a), o perfil dos gestores do Norte foi: padrão etário 40-50 anos (48%), pardos (65%) e 81,7% não apresentava experiência anterior, resultados semelhantes aos apresentados neste presente artigo, diferindo na questão de gênero onde predominou o sexo feminino com 58,6% e a escolaridade, apenas 19,6% dos gestores eram pós-graduados. Com relação à formação

profissional, 45% foram em cursos da saúde na pesquisa de Fleury (2014a), permanecendo essa tendência que aumentou em nossa pesquisa.

Também houve compatibilidade nos dados do CONASEMS referentes à região Norte com os achados de Ouverney *et al* (2019) em sua pesquisa realizado no ano de 2017: faixa etária de 31-50 anos (66%), sexo masculino (55%), cor parda (56%), formação superior com pós-graduação (40%), ausência de experiência prévia na gestão (61%). O mesmo destacou em sua pesquisa apenas a profissão de enfermeiros correspondendo a 23% nesta região.

Para a região Centro-Oeste e Sul, as pesquisas destacadas a seguir reforçam a tendência do perfil encontrado na base do CONASEMS. No Centro-Oeste em 2006¹⁶, 41% apresentaram entre 40-50 anos, 68% raça branca, 31,4% pós-graduação, profissões da área de saúde 39% e 75,3% nunca foram gestores. O divergente é o predomínio de homens sendo 54%.

Na pesquisa de Ouverney *et al* (2019), houve semelhança com nossa pesquisa e inclusive os percentuais elevaram, pois se destacou: mulheres (58%), idade 31-50 anos (70%); raça branca (56%), com pós-graduação (49%) e primeira vez ocupando o cargo de SMS (60%). Os gestores enfermeiros foram 27% das respostas.

No que tange a região Sul para a pesquisa de Fleury (2014a) realizada em 2006, o perfil do gestor também foi compatível: 39% entre 40-50 anos, raça branca (89,5%), 34,1 % eram pós-graduados, profissionais da área de saúde (33,9%) e 78,5% nunca foram secretários anteriormente. Novamente, a diferença foi que na pesquisa de Fleury (2014a) predominaram homens (52%). Entretanto, observamos, em nossa pesquisa, a confirmação desse perfil inclusive com aumento de percentuais.

Na pesquisa de Ouverney *et al* (2019), a caracterização novamente expressou semelhança: mulheres (58%), entre 31-50 anos (63%), raça branca (90%), pós-graduação (42%) e afirmaram ocupar pela primeira vez o cargo de gestor (52%). Os secretários enfermeiros foram (21%).

Verificamos assim um grau de feminilização na condução da gestão do SUS municipal, com o predomínio de gestoras brancas, acima de 30 anos de idade, contendo nível superior e crescente acesso a pós-graduação, formação profissional nas áreas da saúde e que não possuem experiência prévia de gestão.

3.1 Percepções dos gestores sobre os desafios inerentes a gestão do SUS

Com relação à percepção dos respondentes quanto às práticas e processos de gestão, foram destacados como principais desafios aspecto vinculados a seis eixos, como disposto na Tabela III abaixo: Atenção Básica, Atenção Especializada, Planejamento e Saúde, Fortalecimento da Gestão e Regionalização, Controle Social e Gestão do Trabalho, Educação em Saúde.

EIXO	NORTE	CENTRO-OESTE	SUL
Atenção Básica	Contrapartida do Estado (76%)	Contrapartida do Estado (72%)	Contrapartida do Estado (74%)
Atenção Especializada	Garantia de consultas, exames e internações (79%)	Garantia de mais recursos financeiros pelo MS (79%)	Garantia de consultas, exames e internações (75%)
Processo de Planejamento em saúde	Maior apoio da SES (42%)	Maior apoio da SES (56%)	Maior participação do MS no apoio ao uso de instrumentos e metodologia (48%)
Fortalecimento da Gestão e Regionalização	Ampliação dos recursos financeiros tendo como base as diferenças regionais (71%)	Ampliação dos recursos financeiros tendo como base as diferenças regionais (59%)	Ampliação dos recursos financeiros tendo como base as diferenças regionais (60%)
Controle Social	Mais apoio do MS na implantação das políticas de equidade e capacitação (49%)	Mais apoio do MS na implantação das políticas de equidade e capacitação (59%)	Mais apoiado MS na implantação das políticas de equidade e capacitação (38%)
Fortalecimento da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	Implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários (61%)	Promover cooperação com o estado, com os municípios da região e com o MS, visando à organização de processos de educação permanente em saúde (54%)	Implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários (57%)

Tabela 2 – Principais desafios destacados pelos gestores dos SUS (2013-2016) da Região Norte, Centro-Oeste e Sul, com base em seis eixos estratégicos para a gestão do SUS.

Fonte: Base de dados da Pesquisa Gestores CONASEMS (2013-2016)

No que tange ao principal desafio referente ao eixo da Atenção Básica, para as três regiões, destacasse a efetivação da contrapartida do Estado com percentuais bem próximos, 76%, 72% e 74%, respectivamente.

Com relação ao eixo da Atenção Especializada, os gestores das regiões Norte e Sul destacaram como desafio principal a garantia de consultas, exames e internações com 79% e 75% respectivamente, diferentemente dos gestores da região Centro-Oeste que destacaram a garantia de mais recursos financeiros pelo MS com 79%.

Com relação ao processo de Planejamento em Saúde, verificamos que o desafio em destaque foi o de maior apoio da SES, representando na região Norte 42% e no Centro-Oeste 56%. Para a região Sul, o desafio evidenciado foi a maior participação do MS no apoio ao uso de instrumentos e metodologia sendo 48%.

No eixo Fortalecimento da Gestão e Regionalização, os gestores ressaltaram como desafio para as três regiões a ampliação dos recursos financeiros, tendo como base as diferenças regionais, correspondendo a: 71% no Norte, 59% no Centro-Oeste e 60% na região Sul.

Em se tratando do eixo Fortalecimento da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, a implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários foi o principal desafio da região Norte (61%) e região Sul (57%). Diferentemente, na região Centro-Oeste, 54% das respostas apontaram para o desafio de promover cooperação com o estado, municípios da região e com o MS, visando à organização de processos de educação permanente em saúde.

Por fim, com relação ao eixo do Controle Social, o desafio principal foi igual nas três regiões: mais apoio do MS na implantação das políticas de equidade e capacitação dos conselheiros, correspondendo ao Norte (49%), Centro-Oeste (59%) e Sul (38%).

Com base em Ouverney *et al* (2019), podemos destacar que os desafios da gestão do SUS, assinalados pelos gestores municipais, apontam para a presença de um conjunto de limitações estruturais que compõem uma agenda estratégica nacional de aperfeiçoamento do SUS. São elas impulsionadas por temas inerentes a: garantia de consultas e exames especializados, fortalecimento de instâncias regionais de governança, qualificação de quadros técnicos para o planejamento, qualificação dos conselheiros, implementação e formulação dos planos de carreiras, cargos e salários. Os quais são desafios recorrentes apontados pela literatura setorial como barreiras à modernização da gestão local no setor saúde.

4 | CONCLUSÃO

A presente pesquisa caracterizou-se como uma oportunidade de aproximação da pesquisadora, em processo de formação acadêmica, com a realidade da gestão do SUS por meio da leitura do perfil dos gestores municipais de saúde em uma das fases do seu ciclo de gestão nas regiões Norte, Centro-oeste e Sul do Brasil, bem como compreender os principais desafios no âmbito da gestão das SMS.

Podemos observar que o cargo de secretário municipal de saúde está permeado por uma série de atribuições e inserido em contexto complexo. Dessa forma, a escolha destes gestores tem que ser feita com base em critérios vinculados a capacidade técnica e postura ética, sendo essencial na incorporação de novos interesses e valores que influenciem diretamente na pactuação e implementação das políticas de saúde.

Ficou claro, durante a pesquisa, que assumir esse cargo requer capacitação, compreensão e participação na dinâmica das relações intergestoras, através das comissões como a CIB, por exemplo. É necessário também que os gestores saibam identificar os desafios e elaborar medidas para aprimoramento da gestão, compreendendo os processos de saúde e adoecimento para intervir da melhor forma possível.

Vimos que o perfil dos gestores municipais de saúde vem evoluindo de acordo com os estudos realizados por Fleury em 2006 e Ouverney em 2017, permanecendo a tendência identificada em nossa pesquisa, onde as mulheres têm ganhado um espaço

cada vez maior na gestão municipal, figurando com a maioria dentre as regiões. Também foi possível observar a faixa etária acima de 40 anos predominante nas regiões estudadas, bem como o crescimento na escolaridade dos gestores, predominando o nível superior e pós-graduação. Outros aspectos importantes são que os gestores apresentam profissões vinculadas a área da saúde e a grande maioria não apresenta experiência prévia de gestão.

Ficou evidente que os gestores compartilham uma visão definida das instâncias de gestão, quando fazem uma identificação precisa dos principais desafios no âmbito da gestão SUS relacionados aos seis eixos abordados e, inclusive, alguns desafios se repetem nas diferentes regiões como observamos através dos dados apresentados.

Os desafios da Região Norte apontam para necessidade de uma maior participação e apoio dos Gestores Estaduais e Federais no que tange ao financiamento de políticas de saúde, como também, no desenvolvimento de ações estruturantes que ampliem o acesso do cidadão a serviços de saúde. Cabe, porém, um destaque quanto à necessidade de fixação de profissionais, em particular a de médicos na perspectiva da melhoria do acesso.

Os desafios destacados pelos respondentes da pesquisa na Região Centro-Oeste se aproximam muito aos dos destacados anteriormente na leitura da Região Norte, apontando mais uma vez a necessidade de uma maior participação e apoio dos Gestores Estaduais e Federais no que tange ao apoio e financiamento de políticas de saúde, como também no desenvolvimento de ações estruturantes que ampliem o acesso do cidadão a serviços de saúde. A necessidade de fixação de profissionais de saúde difere no que diz respeito a não priorização da fixação de médicos nesta região.

Os desafios da Região Sul, também, se aproximam aos da Região Norte e Centro-Oeste apontando a nítida necessidade de uma maior participação e apoio dos Gestores Estadual e Federal, no que tange ao apoio e financiamento de políticas de saúde. Bem como, no desenvolvimento de ações estruturantes que ampliem o acesso do cidadão a serviços de saúde.

Cabe destacar que, como essa pesquisa foi feita no final do ciclo de gestão 2013-2016, se faz necessário o desenvolvimento de uma nova intervenção que verifique a situação inerente ao ciclo 2017-2020, tendo em vista a recente pesquisa desenvolvida pelo CONASEMS. Assim como, pode haver continuidade do estudo para análise de um novo ciclo, ampliando assim a compreensão do contexto da gestão municipal da saúde e o conhecimento das práticas gestoras no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L. O. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). **Cad. Saúde Pública**, Mar 2010, vol.26, nº3, p.523-534. ISSN 0102-311X

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 18 out. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Jun 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso: 23 Out.2020.

BRASIL. **Lei de nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. Brasília, DF:Presidência da República, [1993]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 18 out. 2018.

BRASIL. **Leis nº 8.080 de 19 de setembro 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Brasília, DF:Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema, através da Norma Operacional Básica - NOB, SUS 01/96 [...]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso: 20 Out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006a – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. (2006a) Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso: 23 Out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelecem normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica -, SUS 01/93. Diário Oficial da União. 24 maio 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso: 20 Out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos PactosPela Vida e de Gestão. (2006b). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006_comp.html. Acesso: 18 Out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios]. Diário Oficial da União.Disponível:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso: 20 Out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Regionalização da assistência a saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Brasil: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>. Acesso: 18 Out. 2018.

CARVALHO, A. L. B. **Desafios e perspectivas para institucionalização do monitoramento e avaliação no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde**. 2016. 187 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

CARVALHO, A. L. B.; GUERREIRO, J.V.; RODRIGUES, R. M.; VERAS, C.L.M.; ARAUJO, L.M.; AZEVEDO, J. F. S.; LIMA, L. M. C. G.; BATISTA, M. R. M.; REMÍGIO, J. O pacto dos indicadores da Atenção Básica: um instrumento de monitoramento e avaliação da gestão do SUS na Paraíba. **Divulg. Saúde Debate** 2000; (20): 46-51.

FLEURY, S. **Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde**. Cebes, Editora Fiocruz, 480 p. Rio de Janeiro, 2014a. p.121-198.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. L. M.; MOLLE, R.C. Democratização do poder local e as dimensões da inovação em saúde: desafios metodológicos da investigação. In: Fleury, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz; 2014b. p. 121-199.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO C. V. A Política de Saúde nos Anos 1990: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciênc. Saúde colet.** 2001; 6(2): 269-291. 18.

OUVERNEY, A. L. M. *et al.* Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.43, n.spe7, p.75-91, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s706S010311042019001200075&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2020.

OUVERNEY, A. L. M.; FLEURY, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórica- institucionalista. **Rev. Adm. Pública**. 2017; 51(6): 1085-1103.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**. 2006; 40(esp): 73-8.

IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM NA VISÃO DOS RESIDENTES DO PROGRAMA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Marina de Souza Marques

Universidade São Francisco
Bragança Paulista - SP

<http://lattes.cnpq.br/4556616311299969>

Gabriel Ramon Matavelli Casseb

Universidade São Francisco
Bragança Paulista - SP

<http://lattes.cnpq.br/5789098722829967>

Maria Betânia de Oliveira Garcia

Universidade São Francisco
Bragança Paulista - SP

<http://lattes.cnpq.br/0550929787664673>

RESUMO: Introdução: O mercado de trabalho do século XXI demanda profissionais resolutivos. Na área médica, essa tendência não é diferente. Novas habilidades são requeridas, criando a necessidade de reestruturação da aprendizagem na escola de medicina. Assim, um ensino que integra teoria e prática se faz necessário, capacitando o profissional médico a apontar problemas e resolvê-los. A residência médica, conjuntura de melhora das competências profissionais adquiridas durante a graduação, é a melhor oportunidade para o aprendizado baseado em problemas, que deixa o aluno no centro de todo processo e estimula a melhora das relações de trabalho, além de uma visão multidisciplinar de cada caso. **Objetivo:** Diante dessa abordagem, que requer treinamento adequado dos docentes

e participação ativa dos discentes, o presente trabalho realiza um levantamento sobre o impacto da metodologia ativa de aprendizagem dentro do programa de residência médica do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa analítica, descritiva e exploratória, em um grupo de 80 residentes, voluntários, de 14 diferentes especialidades, através de questionários via Google Forms, sem identificação, com 4 perguntas fechadas seguindo a escala de Likert. **Resultados:** Os resultados da aplicação dessa metodologia no programa de residência referido foram positivos, permitindo a formação de médicos com maiores habilidades interpessoais e interprofissionais, de conhecimento solidificado, incentivando a autonomia, a criatividade, o trabalho em grupo e o aprimoramento do raciocínio clínico, tornando-o mais eficiente, estimulando o processo de conhecimento e melhorando a relação entre preceptores e residentes, porém sem romper a situação hierárquica existente entre eles. **Conclusão:** Dessa forma, ao final do curso formam-se profissionais completos, com todo o aparato científico e ao mesmo tempo humanistas, em acordo com os princípios do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Residência Médica, Métodos, Aprendizagem Baseada em Problemas.

IMPACTS OF THE IMPLEMENTATION OF ACTIVE LEARNING METHODOLOGIES IN THE VIEW OF THE RESIDENTS OF THE PROGRAM OF THE UNIVERSITY HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS

ABSTRACT: Introduction: The labor market of the 21st century demands resolute professionals. In the medical field, this trend is no different. New skills are required, creating the need to restructure learning in medical school. Teaching that integrates theory and practice is necessary, enabling medical professionals to point out problems and solve them. Medical residency, a context for improving professional skills acquired during graduation, is the best opportunity for problem-based learning, which leaves the student at the center of the whole process and encourages the improvement of working relationships, in addition to a multidisciplinary view of each case. **Objective:** In view of this approach, which requires adequate training of teachers and active participation of students, the present work surveys the impact of the active learning methodology within the medical residency program of Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus. **Methodology:** This is an analytical, descriptive and exploratory research in a group of 80 residents, volunteers, from 14 different specialties, through questionnaires via Google Forms, without identification, with 4 closed questions following the Likert scale. **Results:** The results of applying this methodology in the referred residency program were positive, allowing the training of physicians with greater interpersonal and interprofessional skills, with solidified knowledge, encouraging autonomy, creativity, group work and the improvement of clinical reasoning, making it more efficient, stimulating the knowledge process and improving the relationship between preceptors and residents, but without breaking the existing hierarchical situation between them. **Conclusion:** At the end of the course, complete professionals are trained, with all the scientific apparatus and at the same time humanistic, in accordance with the principles of SUS. **KEYWORDS:** Medical Residence. Methods. Problem Based Learning.

1 | INTRODUÇÃO

O período atual é marcado pela globalização, em que as tecnologias modernizam-se cada vez mais rápido, pessoas comunicam-se mais facilmente e as diversas áreas de estudo dialogam entre si, deixando para trás a visão fragmentada, para enxergar as coisas como um todo. Na educação médica, isso não é diferente: Diante da constante transformação, torna-se necessário o desenvolvimento de novos métodos e abordagens, a fim de preparar melhor os alunos dessa área da saúde para a realidade e mercado de trabalho modernos (COSTA,2007).

Deve-se considerar ainda que é preciso adequar esses alunos aos princípios preconizados pelo sistema de saúde público vigente no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), que acarretou mudanças no trabalho médico, integrando a prática na graduação com a assistência prestada à população. Além disso, os novos profissionais devem abranger seu conhecimento além do domínio técnico-científico da profissão, para todos os aspectos de interesse e relevância social, estando aptos a trabalharem em diferentes

níveis de atenção à saúde, com ênfase na atenção básica e que utilizem ferramentas para interpretar e trabalhar corretamente com o paciente em seu contexto biopsicossocial, visando a integralidade do atendimento e a promoção da saúde. Assim, a capacidade de trabalhar em equipe multiprofissional faz-se indispensável. É preciso tornar ciência e humanidade mais próximas, pois como já dizia Pelegrino: “A Medicina é a mais humana das ciências, a mais empírica das artes e a mais científica das humanidades”, (FARIAS,2015).

Dessa maneira, em um contexto de mudança, a educação médica volta-se para uma visão biopsicossocial mais integrada dos indivíduos, com uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva e com equilíbrio entre foco no conhecimento científico, raciocínio clínico, desenvolvimento de habilidades práticas e formação do caráter e profissionalismo. Assim, cresce a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, substituindo a medicina tradicional, (MOREIRA, M.B.; MANFROI, W.; 2011).

O Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus (HUSF) foi inaugurado na década de 70 e hoje atua com enfoque em casos de média e alta complexidade, com elevada especialização, sendo referência na região de Bragança Paulista e arredores e abrangendo cerca de meio milhão de habitantes, com atendimentos em diversas áreas da saúde e da medicina.

Ele é administrado pela Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus, que é uma entidade cristã filantrópica. Tem como filosofia: “Prestar assistência multiprofissional qualificada, de forma ética e humanizada a pacientes de média e alta complexidade da população de Bragança Paulista e região, sendo serviço de referência nessa área e garantindo alto nível de qualidade, segurança e humanização, com responsabilidade social e ambiental, promovendo difusão de conhecimento, capacitação profissional e formação de líderes”.

A residência representa mais que uma busca de aperfeiçoamento da competência profissional adquirida na graduação. Ao ingressar nessa pós-graduação, procura-se treinamento em alguma especialidade, aquisição progressiva de responsabilidade pelos seus atos, desenvolvimento da capacidade de iniciativa, julgamento e avaliação, internalização de preceitos e normas éticas e o desenvolvimento de espírito crítico. Todas essas funções fazem com que ela represente um marco profundo no perfil profissional do futuro médico, (BOTTI,2011).

Ela desenvolve-se em torno de três atores principais: o paciente, o residente e o preceptor. O primeiro, como objeto de estudo e razão de todo o treinamento proposto; o segundo, como aquele que busca aprender e desenvolver capacidades técnicas e intelectuais que o capacitem a exercer a atividade profissional; e o terceiro como o responsável pelo preparo profissional, ético e humanista do residente, mas também pela supervisão no atendimento prestado ao paciente.

O emprego de abordagens pedagógicas inovadoras tem sido imperativo diante da necessidade de formar profissionais aptos a atender às exigências de um mundo

em permanente processo de transformação. A educação vem passando por mudanças importantes e, ao longo da história, foi exercida com elevada severidade, até passar por um processo significativo de evolução. Desde o século XIX, com o surgimento das ideias construtivistas, uma nova dinâmica de relação entre educador e educando se estabeleceu e foi mais além ao exigir que o educando assumisse seu papel na construção do conhecimento, e o educador exercesse a função de mediador e facilitador desse conhecimento.

Há uma grande variedade dentro das novas metodologias de ensino. A maioria é direcionada a pequenos grupos, como o EBP (Ensino baseado em problemas) ou PBL (Problem-based learning), a problematização, aprendizagem baseada em projetos e taxonomia de Bloom. Para grupos maiores temos o ABE ou TBL (Aprendizado Baseado em Equipes).

Mesmo sofrendo resistência por parte de alguns, essa prática pedagógica demonstra na literatura ótimos resultados, em que os alunos adquirem de maneira mais sólida o conhecimento, aquisição de competências e as habilidades técnicas necessárias, tornando menos estressante e mais dinâmico todo o processo dentro da residência, estimulando a autonomia, independência e pensamento crítico.

As metodologias podem ser utilizadas de maneira isolada ou combinada. A mais utilizada atualmente é o Ensino Baseado em Problemas (EBP) ou PBL (Problem Based Learning), que trata-se de uma metodologia que surgiu na década de 1960 e possui características principais, que foram agrupadas e ordenadas, obedecendo ao acrônimo PROBLEM:

- Problem (Problema): A unidade fundamental para o estudante é o problema;
- Resource (Recursos): A provisão adequada dos recursos permite que ocorra autoaprendizagem (Ex.: instruções, literatura, internet);
- Objectives (Objetivos): Os objetivos de aprendizagem devem ser planejados pelos educadores;
- Behaviour (Comportamento): O comportamento dos estudantes evolui progressivamente;
- Learning (Aprendizagem): A aprendizagem é ativa e monitorada pelos pares e pelo facilitador;
- Examples (Exemplos): O facilitador favorece o uso de habilidades cognitivas de ordem superior por meio do uso de exemplo;
- Motivation (Motivação): A abordagem da PBL deve ser concebida para estimular o interesse em determinados tópicos e na motivação da aprendizagem.

Nele normalmente trabalha-se com pequenos grupos, cerca de 12 estudantes, com atividades divididas tipicamente em 7 etapas, de acordo com a Universidade de Maastricht

na Holanda. O professor deixa de ter a função de proferir ou de ensinar, restando-lhe a tarefa de facilitar o processo de aquisição do conhecimento, e o aluno passa a receber denominações que remetem ao contexto dinâmico e construtivista, possibilitando que empregue os conhecimentos adquiridos de forma holística, minimizando a ocorrência de uma educação fragmentada.

Preocupa-se em situar o aprendizado em circunstâncias semelhantes às que farão o conhecimento necessário: um problema clínico. Considerando que a recuperação da memória e do conhecimento é dependente do contexto, esse processo facilitaria o acesso a essas informações, (SKARE, 2012). O novo conhecimento estará alicerçado sobre o conhecimento prévio do indivíduo, e a relação entre ambos caracterizará a qualidade do novo saber. Assim, ao deparar-se com o problema, o aluno precisa primeiro identificar os pontos que estão dominados e aqueles que necessitam ser trabalhados. Ele precisará valer-se de seu conhecimento prévio também para analisar criticamente as fontes que encontra para seu estudo e a aplicabilidade das informações. Outro ponto fundamental é a motivação pessoal para a aquisição do conhecimento: a forma de trabalho da ABP procura despertar e manter o interesse dos alunos, sendo esse um dos grandes propelentes para a construção ativa do saber, (MOREIRA, 2011).

Os pontos fortes do método parecem estar intimamente relacionados com o conceito de saúde que se busca, os princípios do SUS e a espécie de medicina que se quer ver praticada no Brasil, incitando a habilidade de aprender a aprender, desenvolvida de forma intensa na ABP, desencadeando constante renovação dos profissionais da saúde, (MARIN, 2010).

Assim, diante dos resultados positivos, da filosofia humanista do contexto em que este projeto de pesquisa está inserido, o Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, e da necessidade de inovar o processo de aprendizagem nos programas de residência médica, a fim de formar melhores profissionais, foi avaliado como a metodologia ativa de aprendizagem é empregada e qual a visão dos residentes sobre isso.

2 | OBJETIVOS

Explorar o uso e desenvolvimento das metodologias ativas de aprendizagem dentro do Programa de Residência Médica do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus.

Realizar um levantamento documental que elucidará a visão dos residentes de cada especialidade sobre o impacto desse método na relação de trabalho com seus colegas, na relação hierárquica com os preceptores e no processo de aprendizagem como um todo.

3 | JUSTIFICATIVAS

A instituição do SUS e a modernização dos sistemas de trabalho acarretaram mudanças na dinâmica médica, gerando impacto sobre o ensino na escola de medicina e uma reestruturação da abordagem do conhecimento.

Com os caminhos inovadores para capacitação, como a aprendizagem baseada em problemas, surgem profissionais que mantêm-se continuamente em processo de aprendizado, que sistematizam, deixam para trás o processo de trabalho arraigado em princípios fragmentados do cuidado, permitindo que o conhecimento produzido seja revertido em benefício palpável para o maior interessado ao fim do processo: o paciente.

Adotam-se, então, novas formas de ensino-aprendizagem na perspectiva de integrar teoria/prática e ensino/serviço às disciplinas e às diferentes profissões da área da saúde, além de buscar desenvolver a capacidade de reflexão sobre problemas reais e a formulação de ações originais e criativas, capazes de transformar a realidade social.

Desse modo, justifica-se analisar se a formação médica profissional no Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus se enquadra aos novos padrões do processo ensino-aprendizagem e qual a implicação dessas mudanças aos alunos do programa de residência, promovendo uma melhor dinâmica e utilização dos recursos de saúde do serviço e qualidade na formação de seus médicos.

4 | METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa de caráter analítico, descritivo e exploratório, com abordagens quantitativa e qualitativa, CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) N°19064419300005514, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 01/08/2019.

O grupo estudado é composto por 80 residentes, de 14 especialidades, do programa de residência médica do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus.

Os questionários foram aplicados via Google Forms e o link da pesquisa encaminhado aos residentes via WhatsApp. Eles forneceram dados como sexo, idade, especialidade sendo cursada e período da residência atual, sem identificar-se pelo nome, e responderam a 4 questões fechadas sobre o objeto de estudo, tendo cada uma delas 5 alternativas, seguindo a escala de Likert. Essa escala foi escolhida por maior detalhamento e sensibilidade na pesquisa.

Os integrantes participaram de maneira voluntária, após esclarecimentos sobre o projeto e conseqüente concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi entregue a cada um deles presencialmente e de forma impressa no momento do convite para colaborarem com o estudo.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto avaliou os resultados da implantação e uso de metodologias ativas no Programa de Residência Médica do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus, que permitiu desenvolver melhor nos alunos um potencial intelectual com boa capacidade de análise, julgamento e avaliação crítica e habilidade para resolver problemas, com uma abordagem criativa e inquiridora, em coerência com os princípios do Sistema Único de Saúde. Todos os dados obtidos serão apresentados a seguir.

Os questionários foram aplicados a 80 residentes, sendo 52 mulheres (65%) e 28 homens (35%), de 24 a 40 anos, sendo a idade média de 30 anos e a faixa etária com mais componentes de 26 a 28 anos, com 12, 16 e 18 componentes respectivamente. Essa amostragem está dividida em 14 diferentes especialidades: Anestesiologia (8), cardiologia (1), cirurgia geral (11), cirurgia avançada (1), cirurgia pediátrica (3), clínica médica (10), coloproctologia (4), ginecologia e obstetrícia (14), nefrologia (2), neurocirurgia (5), ortopedia (7), otorrinolaringologia (5), pediatria (7) e urologia (2). A maioria deles está no R1 (36,25%), seguido por R2 (26,25%), R3 (23,75%), R4 (11,25%) e R5 (2,5%).

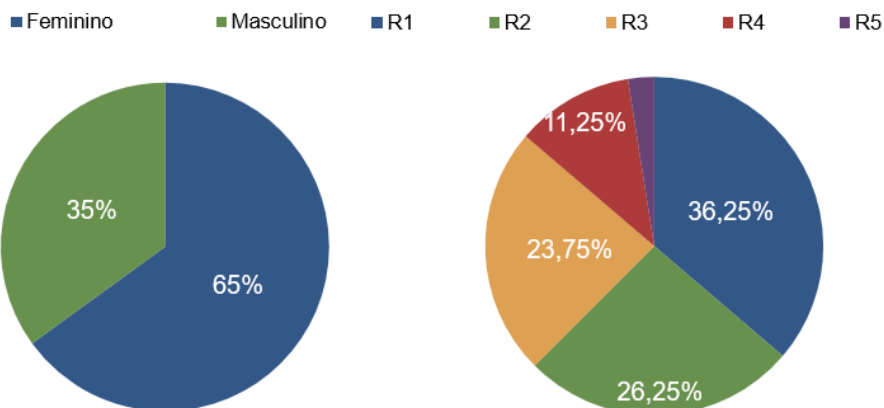


Figura 1: Sexo dos residentes participantes da pesquisa.

Figura 2: Período da residência médica que estão cursando.

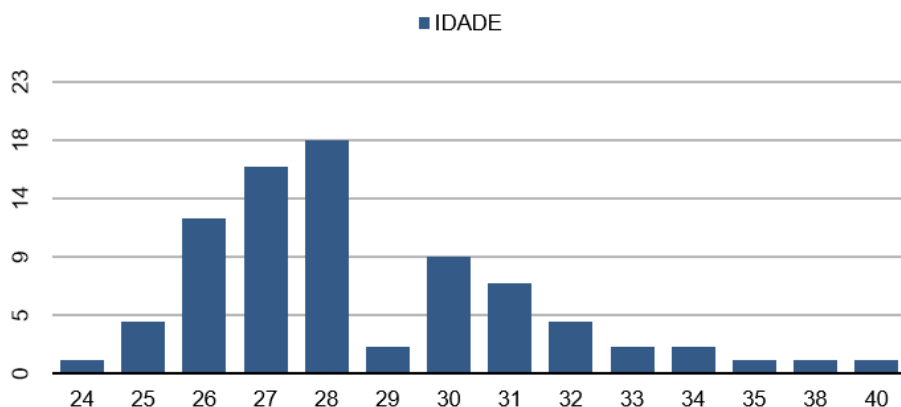


Figura 3: Idade dos residentes

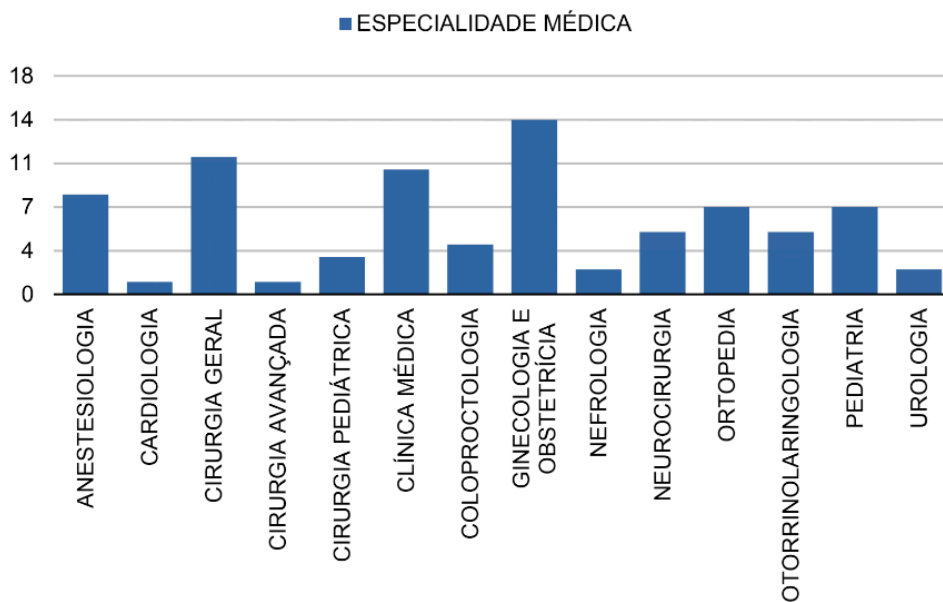


Figura 4 - Especialidade dos residentes

Após fornecerem dados básicos, tendo sua identificação mantida em sigilo, os residentes responderam a 4 perguntas sobre o contexto de metodologias ativas de aprendizagem aplicado ao programa de residência referido, sendo elas:

- Questão 1: A utilização da metodologia ativa de aprendizagem rompe a situação hierárquica existente entre preceptores e residentes;
- Questão 2: A utilização das metodologias ativas de aprendizagem pode comprometer o conhecimento dos residentes;
- Questão 3: Os residentes que apresentam a formação em metodologias ativas

têm possibilidade de desenvolver maiores habilidades interprofissionais e interpessoais;

- Questão 4: O desenvolvimento da residência ocorre utilizando-se de metodologias ativas de aprendizagem;

O resultado de cada uma das questões feitas, de forma individual, será dado a seguir, e se as expectativas ao entorno de cada uma delas foi atendida ou não.

Em relação à primeira questão, a grande maioria discorda da afirmativa dada pela mesma, sendo que 15% discordam totalmente e 43,75% apenas discordam, totalizando 58,75% e uma grande quantidade deles (28,75%) não soube opinar a respeito. Esperava-se que, diante da maneira mais dinâmica e aberta com que o processo de aprendizado ocorre com as metodologias ativas, o vínculo entre preceptor e aluno pudesse tornar-se mais íntimo e informal, além da relação tradicionalista entre mestre e aluno, porém apenas 12,5% no total concordaram com isso. Assim, mesmo com a possibilidade de estreitar essa relação, a situação hierárquica se mantém.

■ Discordo totalmente ■ Discordo ■ Nem concordo nem discordo ■ Concordo ■ Concordo totalmente

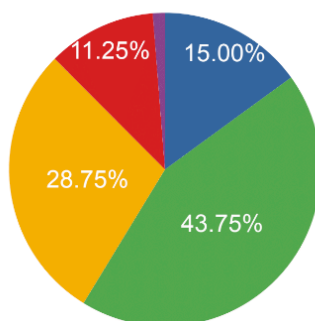


Figura 5: Questão 1: A utilização da metodologia ativa de aprendizagem rompe a situação hierárquica existente entre preceptores e residentes.

■ Discordo totalmente ■ Discordo ■ Nem concordo nem discordo ■ Concordo ■ Concordo totalmente

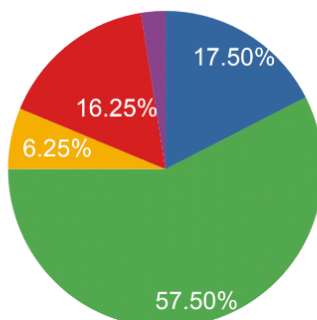


Figura 6: Questão 2: A utilização das metodologias ativas de aprendizagem pode comprometer o conhecimento dos residentes.

Já na segunda questão, nosso público respondeu se o uso desses novos métodos os prejudicava no processo de adquirir conhecimento. A grande maioria discordou da afirmativa, sendo que 17,5% discorda totalmente e 57,5% apenas discorda, totalizando 75% deles. A conclusão foi dada conforme esperado e conforme demonstrado nos diversos estudos comparativos realizados com métodos tradicionais, em que o estudante mantém-se em constante processo de aprendizagem e lida melhor com as questões na prática clínica, problematizando-as com maior eficiência e tornando-se assim mais proativo e sagaz.

A maioria da amostragem concorda com a afirmativa da terceira questão (75%), sendo que 18,75% concordam totalmente e 56,25% apenas concordam, que aborda a possibilidade de desenvolver melhor suas habilidades dentro do programa de residência a partir da metodologia baseada em problemas, pois é sabido que a mesma volta-se pra uma visão mais integralista, generalista, crítica e reflexiva e ajuda não só na formação do raciocínio clínico, como também visa formar um profissional humanista, cuidando do lado biopsicossocial dos residentes, encontrando o foco entre o científico e a formação pessoal de cada um, colaborando com as relações interprofissionais e interpessoais, tão importantes no âmbito médico e na vida como um todo e que refletem diretamente na qualidade de trabalho de cada profissional.

■ Discordo totalmente ■ Discordo ■ Nem concordo nem discordo ■ Concordo ■ Concordo totalmente

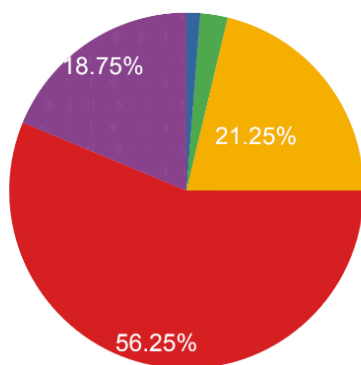


Figura 7: Questão 3: Os residentes que apresentam a formação em metodologias ativas tem possibilidade de desenvolver maiores habilidades interprofissionais e interpessoais.

Por fim, perguntou-se se o desenvolvimento da residência médica do HUSF ocorria a partir dessa metodologia discutida por todo trabalho e o resultado foi o a seguir:

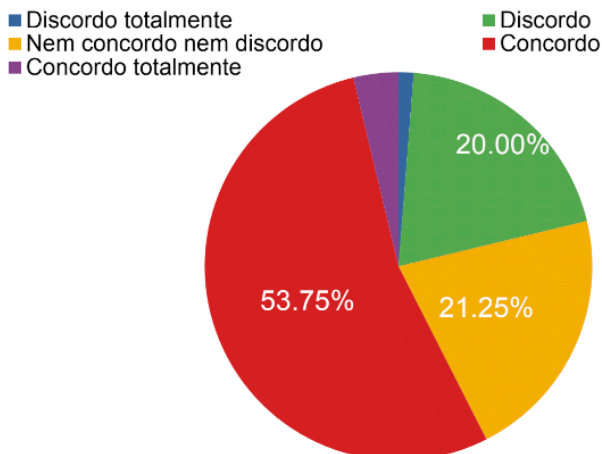


Figura 8: Questão 4: O desenvolvimento da residência médica do HUSF ocorre utilizando-se de metodologias ativas de aprendizagem.

Também conforme o esperado, a maioria (57,5%) concordou com a afirmativa, sendo que 3,75% concordam totalmente e 53,75% apenas concordam. 21,25% dos residentes discordou, em que 1,25% discorda totalmente e 20% apenas discorda, o que nos leva a pensar que mesmo quando aplicado o método da aprendizagem baseada em problemas, uma parte ainda não identifica a mudança relativa ao ensino tradicional, pois trata-se de um processo dinâmico de transformação do aprendizado, em que preceptores e alunos se adaptam às mudanças progressivamente e passam a aplicá-las em seu trabalho diariamente, colhendo os frutos de um ensino mais amplo no futuro.

6 | CONCLUSÃO

A melhor maneira de se resolver um problema é aprender o caminho para solucioná-lo. Dessa forma, se faz necessária a metodologia ativa, principalmente no contexto de extrema responsabilidade que a residência médica aborda, em que cuida-se de vidas humanas com suas expectativas, medos, angústias e alegrias.

Quanto mais preparados esses médicos estiverem para as adversidades que encontramos na medicina, mais facilmente passarão pelos desafios da profissão e mais realizados se sentirão, passando segurança a si mesmo e a seus pacientes.

No HUSF, a partir das respostas dos questionários observa-se que o saldo no uso desse tipo de método é positivo para os residentes do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus, com o desenvolvimento nos alunos de um potencial intelectual com boa capacidade de análise, de ampliar o conhecimento além dos conceitos técnicos, com melhora das relações de trabalho e em coerência com os princípios do Sistema Único de Saúde e que os faz reconhecer que cria melhores possibilidades de

se tornarem bons profissionais, não só no âmbito técnico, como também no âmbito de formação pessoal, estando completos para o mercado de trabalho atual.

REFERÊNCIAS

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. **Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica.** Physis, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sergio. **Processo ensino-aprendizagem na residência médica.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 132-140, Mar. 2010.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. **Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, Abr. 2007.

FARIAS, Pablo Antonio Maia de; MARTIN, Ana Luiza de Aguiar Rocha; CRISTO, Cinthia Sampaio. **Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percorso Histórico e Aplicações.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 143-150, Mar. 2015.

MARIN, Maria José Sanches; LIMA, Edna Flor Guimarães; PAVIOTTI, Ana Beatriz; MATSUYAMA, Daniel Tsuji; SILVA, Larissa Karoline Dias; GONZALEZ, Carina; DRUZIAN, Suelaine; ILIAS, Mércia. **Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v.34, n.1, p. 13-20, 2010.

MEDICI, A.C.. **Hospitais universitários: passado, presente e futuro.** Rev. Assoc. Med. Bras., Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 149-156, Jun. 2001.

MELLO, Carolina de Castro Barbosa; ALVES, Renato Oliveira; LEMOS, Stela Maris Aguiar. **Metodologias de ensino e formação na área da saúde: Revisão de literatura.** Rev. CEFAC.,v. 16, n.6, p. 2015-2028, Nov-Dez. 2014.

MOREIRA, Marina Beltrami; MANFROI, Waldomiro. **O papel da aprendizagem baseada em problemas nas mudanças no ensino médico no Brasil.** Rev. HCPA., v. 31, n. 4, p. 477-481, 2011.

SILVA, Sonia Leite; SILVA, Sílvia Fernandes Ribeiro; SANTANA, Gilmaria Silva de Melo; NUTO, Sharmênia de Araújo Soares; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; DINIZ, Rita de Cássia Moura; SÁ, Henrique Luis do Carmo. **Estratégia educacional baseada em problemas para grandes grupos: Relato de experiência.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 607-613, 2015.

SKARE, Thelma L.. **Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica.** Rev. med. res., Curitiba, v. 4, n. 2, p. 116-120, Abr-Jun. 2012.

CAPÍTULO 16

LIGA ACADÊMICA EM TEMPOS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL: DESAFIOS E REINVENÇÕES

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Eduardo Cerchi Barbosa

Centro Universitário de Anápolis
UniEVANGÉLICA
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/6028607281855879>

Mariana Vieira de Andrade

Centro Universitário de Anápolis
UniEVANGÉLICA
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/6028259055469357>

Lígia Sant’Ana Dumont

Centro Universitário de Anápolis
UniEVANGÉLICA
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/6806840849881624>

Bianca Yohana Machado Rodrigues

Centro Universitário de Anápolis
UniEVANGÉLICA
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/0232224745273506>

Júlia Oliveira Carvalho

Centro Universitário de Anápolis
UniEVANGÉLICA
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/1551459054310881>

Ana Júlia Martins Lauck

Centro Universitário de Anápolis
UniEVANGÉLICA
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/0345173840506169>

Isabella Colicchio de Paula Costa

Centro Universitário de Anápolis
UniEVANGÉLICA
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/1873228825008338>

Nathália Brandão de Bessa

Centro Universitário de Anápolis
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/0751828014732697>

Rodolfo Hartmann

Docente do Centro Universitário de Anápolis
UniEVANGÉLICA, Coordenador
da Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica –
LACIPLA e Membro Especialista da
Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7919704161995462>

RESUMO: As ligas acadêmicas são consideradas atividades extracurriculares de extensão que possuem importância significativa na formação médica, já que representam a chance de um aprendizado adicional, com uma abordagem mais dinâmica e com o envolvimento dos próprios alunos. No entanto, atualmente passamos por um período atípico, no qual todos tiveram que se adaptar ao novo cenário de pandemia do coronavírus (COVID-19) – o que afetou, também, as atividades extracurriculares, sendo necessária uma reinvenção para diminuir os impactos negativos. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar a maneira como as ligas acadêmicas se adaptaram à nova realidade de

distanciamento social, possibilitando a continuação do aprendizado. Trata-se de um relato de experiência dos diretores e membros da Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica de Anápolis – LACIPLA acerca dos desafios no cumprimento do tripé: ensino, pesquisa e extensão em meio a pandemia da COVID-19, com base em pesquisas de plataformas de dados. No início da pandemia, foi relatado pelos membros da LACIPLA uma dificuldade de adaptação, mas rapidamente os diretores e professores orientadores da liga conseguiram reativar a liga, com aulas completas e atuais, através das plataformas virtuais. Além disso, os membros tiveram mais disponibilidade para enviar trabalhos para diversos congressos. Uma parte do tripé, entretanto, não conseguiu ser trabalhada nesse período: a extensão, mas a LACIPLA, vem estudando uma melhor forma para proporcionar ações efetivas pela internet. Por fim, são evidentes os benefícios que as ligas acadêmicas oferecem e que os desafios impostos pela pandemia foram superados, possibilitando um maior aprendizado.

PALAVRAS-CHAVE: Educação a Distância. Educação Médica. Estudantes de Medicina. Infecções por Coronavírus. Organizações sem Fins Lucrativos.

ACADEMIC LEAGUE IN TIMES OF SOCIAL DISTANCING: CHALLENGES AND REINVENTIONS

ABSTRACT: Academic leagues are considered extracurricular extension activities that have significant importance in medical education, since they represent a chance for additional learning, with more dynamic approach and with the engagement of the students themselves. However, we are currently going through an atypical period, which everyone needed to adapt to the new scenario of the coronavirus pandemic (COVID-19) – which has also affected extracurricular activities, requiring a reinvention to reduce the negative impacts. Therefore, the main point of this work is to analyze how academic leagues have adapted to the new reality of social distancing, allowing the continuance of learning. This work is a report of experience made by the directors and members of the Academic League of Plastic Surgery of Anapolis – LACIPLA, about the challenges in the accomplishment of the tripod: teaching, research and extension in the middle of the pandemic of COVID-19, made through researches in virtual databases. In the beginning of the pandemic, LACIPLA members reported a challenge in adapting, but quickly the league's directors and faculty advisors were able to reactivate the league, with complete and current classes, through virtual platforms. In addition, members were more willing to send papers to various congresses. Part of the tripod, however, could not be done during this period: the extension, but LACIPLA has been studying a better way to provide effective actions through the Internet. Lastly, the benefits offered by the academic leagues are evident and the challenges imposed by the pandemic have been overcome, enabling greater learning.

KEYWORDS: Education, Distance. Education, Medical. Students, Medical. Coronavirus Infections. Organizations, Nonprofit.

1 | INTRODUÇÃO

As ligas acadêmicas são consideradas atividades de extensão que possuem importância significativa na formação médica atual. Essas entidades, definidas por Pêgo-

Fernandes *et al.* (2011), como organizações estudantis sem fins lucrativos, dão aos seus membros oportunidades de participação em atividades no campo científico, didático e social. Além de que elas alcançam áreas da saúde as quais, muitas vezes, não são atingidas por meio da formação tradicional. Com isso, o estudante tem não só a oportunidade de aumentar e desenvolver seu aprendizado, como também a possibilidade de gerir a liga sob a orientação de um docente.

Existe, ainda, uma vertente defensora de que as atividades extracurriculares podem vir a prejudicar o ensino durante a graduação, pois o acadêmico dedica boa parte de seu tempo às atividades da liga, podendo deixar suas obrigações curriculares do ensino médico em segundo plano. Ademais, existe outro ponto negativo – também levado em consideração pela mesma vertente, que está no fato do acadêmico se dedicar precocemente a uma área específica dentro da Medicina, como a Cirurgia Plástica ou Cardiologia, não despertando ou permitindo o interesse por outras excelentes áreas que englobam a sua formação.

Entretanto, os pontos positivos se sobressaem, devido à chance de um aprendizado adicional, proporcionado pelas ligas. Aprendizado esse caracterizado pela sua forma dinâmica na abordagem de assuntos ofertados pelos próprios discentes. Contudo, para uma maior concretização dessas questões, é necessário o cumprimento do tripé: ensino, pesquisa e extensão (Figura 1), com a execução de aulas, trabalhos científicos, jornadas, ações sociais, acompanhamento cirúrgico e treinamento de técnicas que aperfeiçoam a atuação diante das inúmeras situações que o ambiente médico proporciona. Logo, por mais que as ligas possam tornar o aluno um pouco tendencioso a uma área específica, existem estas consequências positivas, o que justifica a importância dessa prática ao longo da graduação.

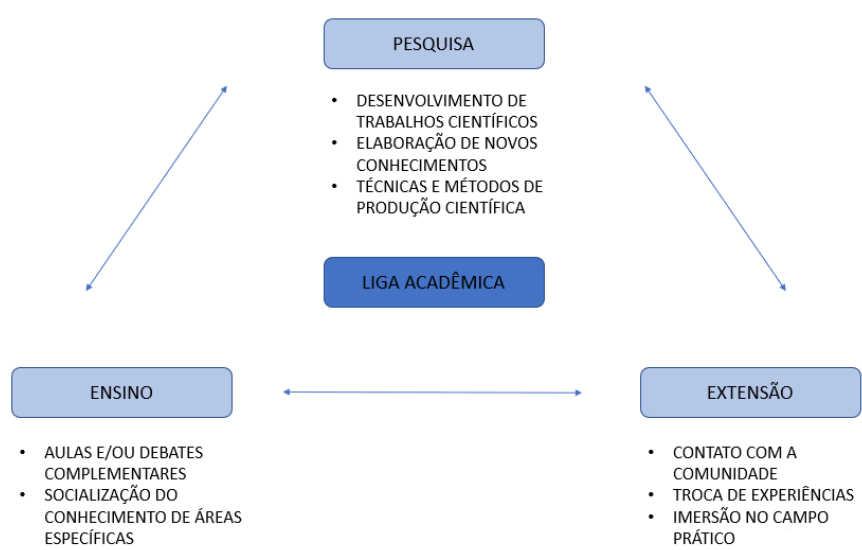


Figura 1. Indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Assim, as atividades extracurriculares são, na maioria das vezes, amparadas por campos de atuação que já são frequentados durante a formação, mas de uma forma mais dedicada ao assunto no qual o acadêmico deseja aprimorar seu conhecimento. Além disso, a formação das ligas, baseada em diretores e membros sob supervisão de um docente, aumenta o acesso a mais profissionais da área, acrescentando visões sobre o mesmo assunto.

No entanto, atualmente passamos por um período atípico para população como um todo, no qual todas as áreas tiveram que sofrer uma adaptação ao novo cenário de pandemia da *coronavirus disease 2019* (Covid-19). No âmbito acadêmico, a paralisação de atividades em universidades, faculdades, institutos e escolas afetou cerca de 90% dos estudantes em todo o mundo, segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – Unesco*). Além das aulas curriculares, esta paralisação afetou as extracurriculares, onde foi necessária uma reinvenção, com o intuito de diminuir os impactos negativos, buscando uma rotina de aprendizagem, mesmo que pelo meio virtual.

Dessa forma, frente aos desafios impostos pela pandemia do coronavírus, esse trabalho tem como objetivo descrever a maneira como a Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica de Anápolis (LACIPLA) se adaptou à nova realidade de distanciamento social, possibilitando, assim, a continuação da excelência do aprendizado.

2 | RELATO DE EXPERIÊNCIA E RESULTADOS

Inicialmente, a vivência pelos membros da LACIPLA trouxe uma certa dificuldade de adaptação em meio ao novo cenário, mas, rapidamente, os diretores da liga, em conjunto com os professores orientadores, conseguiram trazê-la de volta à ativa, por meio de aulas complementares com temas imensamente pertinentes, por meio de plataformas virtuais (i.e., *Google Meet®* e *Zoom®*). Com o passar das semanas, houve a recuperação do ritmo de aulas semanais, as quais foram de extrema importância tanto para não nos distanciarmos da faculdade e dos colegas – mantendo uma proximidade que vale tanto como uma rede de apoio, quanto para aprimorar conhecimentos sobre os mais diversos temas relacionados à cirurgia plástica.

Nesse contexto, os membros da liga realizaram trabalhos que foram enviados para congressos de vários estados ao longo da pandemia. Como consequência, houve a possibilidade de obter muitos aprendizados adicionais sobre diferentes temas, visto que foi necessário a realização de pesquisas e discussões entre os grupos para chegar ao resultado final. Assim, além de benefícios para o currículo dos alunos, o conhecimento também foi aprimorado.

Além disso, a nossa liga realizou o “Simpósio Pós-Bariátrica”, abordando não somente as alterações metabólicas que ocorrem no corpo durante o pós-operatório,

mas também a cirurgia plástica reparadora. Esse evento foi realizado em parceria com a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM) e teve mais de 1000 inscrições por todo o país, gerando bastante destaque para a LACIPLA dentro e fora do Centro Universitário de Anápolis.

Diante de um cenário gerador de impactos negativos no início da pandemia, mantivemos a motivação para seguir nossa formação extracurricular, visando uma formação de excelência, mesmo diante da necessidade de readaptação. Diretores trabalharam de forma reforçada e membros – mesmo com dificuldades – conseguiram chegar a um resultado ímpar, mantendo a qualidade mesmo diante dos entraves. Dessa forma, foi possível observar que o importante é a vontade de crescer em nossas formações, na busca incessante de ser um excelente profissional.

O resultado final das aulas propostas pela LACIPLA nos surpreendeu, visto que, mesmo sem obrigatoriedade de participação dos membros, houve uma alta adesão deles. Acreditamos que isso se deve ao fato de as aulas terem sido preparadas com temas muito pertinentes e que, muitas vezes, se relacionavam com o atual cenário de pandemia, como, por exemplo, a aula “Residência de Cirurgia Plástica em tempos de COVID-19”.

Nesse contexto, com o distanciamento social, os membros passaram mais tempo em suas casas, podendo focar nas atividades extracurriculares, o que em tempos normais é mais difícil - por ter que conciliar junto com as tarefas obrigatórias da faculdade. Essa situação contribuiu, ainda, para o aumento do número de aulas oferecidas pela liga, proporcionando um melhor aprendizado.

Sem dúvidas, as aulas em plataformas digitais se tornaram uma via de fácil acesso aos membros e contribuíram, sobretudo, para otimizar tempo. Além do mais, esse novo formato possibilitou o alcance de um número maior de alunos da área da saúde que, muitas vezes, eram de outras instituições. Ademais, conseguimos ter aula com doutores de outros estados, como o Dr. Ricardo Gonzalez, que atua em Ribeirão Preto e, provavelmente, seria difícil o acesso presencialmente.

No entanto, as Ligas Acadêmicas em geral, mesmo buscando incessantemente pelo cumprimento do tripé, não alcançaram uma grande efetividade no cumprimento da extensão, principalmente, devido a uma certa dificuldade para a realização de ações na comunidade virtualmente. Todavia, a LACIPLA, atualmente, ainda está se empenhando para conseguir proporcionar ações cada vez melhores pela Internet.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório, portanto, que as ligas acadêmicas são uma excelente oportunidade para os alunos do curso de Medicina obterem um aprendizado adicional e um maior contato com profissionais da saúde de áreas específicas. Frente a isso, em função da pandemia, desafios para manter as ligas em atividade foram enfrentados e, ainda, estão sendo

superados. Logo, possibilitando a continuidade do aprendizado mesmo em tempos de distanciamento social.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a toda a diretoria da LACIPLA pelo excelente trabalho realizado em um período único e nada fácil. Ao doutor Rodolfo Hartmann, por acreditar nesse projeto e sempre nos ajudar, sobretudo, durante a elaboração deste trabalho. Ao doutor Arthur André Hartmann, por ser nosso braço esquerdo e direito em todos os assuntos da liga. Aos membros da LACIPLA, por se dedicarem e sempre darem o melhor para serem presentes em tudo que proporcionamos. Por fim, agradecemos a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM), por tornar nossos eventos possíveis com apoio em plataformas e a emissão de certificados.

REFERÊNCIAS

ANDREONI, S. et al. **O perfil das ligas acadêmicas de angiologia e cirurgia vascular e sua eficácia no ensino da especialidade.** *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 10, n. 6, p. 137-142, 2019.

ARAUJO, C. R. D. C. E. et al. **Contribuição das Ligas Acadêmicas para a formação em Enfermagem.** *Enfermagem Foco*, v. 10, n. 6, p. 137-142, 2019.

BOTELHO, N. M.; FERREIRA, I. G.; SOUZA, L. E. A. **Ligas Acadêmicas de Medicina: artigo de revisão.** *Revista Paranaense de Medicina*, Pará, v. 27, n. 4, p. 85-88, 2013.

CAVALCANTE, A. S. P. et al. **As Ligas Acadêmicas na Área da Saúde: Lacunas do Conhecimento na Produção Científica Brasileira.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 1, p. 197-204, 2018

FERREIRA, I. G.; SOUZA, L. E. A. D.; BOTELHO, N. M. **Ligas Acadêmicas de Medicina: perfil e contribuições para o ensino médico.** *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, Pará, v.14, n. 4, p. 239-244, 2016.

GOERGEN, D. I. **Ligas Acadêmicas: uma revisão de várias experiências.** *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 46, n. 3, p. 183-193, 2017

MIRANDA, L. E. C. et al. **Lessons Learned from the Student's Surgery Academic League: Is It Worth It?** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, n. 1, p. 1-6, 2019.

PÊGO-FERNANDES, P. M.; MARIANI, A. W. **O ensino médico além da graduação: ligas acadêmicas.** *Diagn. Tratamento*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 50-51, 2011.

PONTES, S. D. M.; TORREÃO L. D. A. **Influência da participação de estudantes em ligas acadêmicas na escolha da especialidade para o Programa de Residência Médica da Bahia 2017.** *Rev Med*, São Paulo, v. 98, n. 3, p. 160-167, 2019.

QUEIROZ, S. J. D. et al. **A importância das ligas acadêmicas na formação profissional e promoção de saúde.** Fragmentos de Cultura, Goiânia, v. 24, p. 73-78, 2014.

SILVA, S. A. D; FLORES, O. **Ligas Acadêmicas no Processo de Formação dos Estudantes.** Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, v. 39, n. 3, p. 410-425, 2015.

XAVIER, T. B. et al. **Utilização de Recursos Web na educação em Odontologia durante Pandemia COVID-19.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 4989-5000, 2020.

OS IMPACTOS E MÉTODOS DOS PROJETOS EXTENSIONISTAS NO ENSINO DE PRIMEIROS SOCORROS NO BRASIL

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Marina Bocamino Bomfim

Discente da Faculdade de Medicina (FAMED),
UNIFAL-MG
Alfenas - MG
<http://lattes.cnpq.br/6559059140130590>

Lúisa Thayná dos Reis Pereira

Discente da Faculdade de Medicina (FAMED),
UNIFAL-MG
Alfenas - MG
<http://lattes.cnpq.br/4417221655111819>

Verônica Ferreira Magalhães

Docente da Faculdade de Ciências
Farmacêuticas (FCF), UNIFAL-MG
Alfenas-MG
<http://lattes.cnpq.br/0444713084105997>

Tiago Marques dos Reis

Docente da Faculdade de Ciências
Farmacêuticas (FCF), UNIFAL-MG
Alfenas-MG
<http://lattes.cnpq.br/8953945087467294>

RESUMO: O domínio do conhecimento de primeiros socorros é extremamente útil e necessário a todos, visto a natureza pouco previsível dos acidentes. Neste contexto, inserem-se os projetos de extensão em primeiros socorros, que visam preencher um vácuo existente na educação formal brasileira, compartilhando conhecimento técnico com a

população. Este trabalho tem por objetivo analisar o impacto de ações de extensão e os métodos utilizados na educação da população leiga. Foi realizado um levantamento nas bases PubMed, SciELO, CAPES e Google Acadêmico com as palavras-chave “primeiros socorros”, “projeto de extensão” e “relato de experiência”. Dos 448 artigos encontrados, foram excluídos 432 por não se tratarem de relatos de experiência de ações de extensão voltadas aos primeiros socorros, restando os 16 artigos que foram revisados. Os resultados sobre o impacto dos projetos, dividiu-se em 4 âmbitos: os benefícios ao acadêmico, ao participante, à universidade e à sociedade. O primeiro se centrou na autorrealização profissional e emocional, enquanto o segundo na capacitação e autonomia. Já a universidade parece se beneficiar no estreitamento da relação com a comunidade, cumprindo parte da função extensão do tripé da universidade pública, enquanto a sociedade se beneficia com mais socorristas leigos qualificados, maior sobrevivência dos acidentados, prevenção de acidentes e desoneração do SAMU. Quanto aos métodos, percebeu-se a prevalência da metodologia ativa, principalmente voltada para o público infantil. Diante disso, o papel dos projetos de extensão parece ser muito enriquecedor para todos os envolvidos e para a sociedade, enquanto os métodos utilizados são bem fundamentados. Assim, a ampliação dessas ações se torna interessante para a melhora do quadro geral de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: “Primeiros socorros”, “Projeto de extensão” e “Relato de experiência”.

THE IMPACTS AND METHODS OF EXTENSIONIST PROJECTS ON FIRST AID EDUCATION FOCUSED TOWARDS THE LAY POPULATION IN BRAZIL

ABSTRACT: Having knowledge on how to perform first aid is extremely useful and necessary for everyone, given the unpredictable nature of accidents. In this context, there are extension projects in first aid, which aim to fill a gap in Brazilian formal education, sharing technical knowledge with the population. This work seeks to analyze the impact of extension actions and the methods used in the education of the lay population. A survey was carried out in PubMed, SciELO, CAPES and Google Scholar using the keywords “first aid”, “extension project” and “experience report”. Of the 448 articles found, 432 were excluded for not concerning extension actions focused on first aid, leaving 16 articles that were reviewed. The results on the impact of the projects were divided into 4 scopes: the benefits to the academic, to the participant, to the university, and to society. The first focused on professional and emotional self-realization, while the second, on empowerment and autonomy. The university seems to benefit from a closer relationship with the community, fulfilling part of the extension function of the tripod of the public university, while society benefits from more qualified lay rescuers, more frequent survival of the injured, accident prevention, and SAMU unburdening. As for the methods, we noticed the prevalence of active methodologies, mainly directed towards children. Therefore, the extension projects experience seems to be very enriching for all involved and for society, and the methods used are well grounded. Thus, the expansion of these actions could become interesting for the improvement of the general public health picture.

KEYWORDS: “Experience report”, “First aid” and “Extension project”.

1 | INTRODUÇÃO

A capacidade de conduzir os primeiros socorros a vítimas de acidentes é extremamente útil e necessária a todos, pois esse conhecimento pode ser a diferença entre a vida e a morte, e não se pode prever quando alguém precisará deste auxílio (DANTAS, 2018). Assim, ao se deparar com um acidente, o indivíduo deve saber acionar o serviço de emergência e prestar os devidos cuidados à vítima, até que aquele chegue ao local. Porém, no Brasil, o ensino de primeiros socorros não é muito difundido, ocupando espaço quase inexistente na educação formal (AZEVEDO, 2017).

Nesse contexto, se colocam os projetos de extensão de primeiros socorros universitários: organizações de discentes e docentes voltadas a disseminar os conhecimentos em primeiros socorros e instruir a população como realizar os protocolos de maneira eficiente.

Este artigo tem como objetivo se debruçar sobre a literatura recente (de 2017 a 2020) que relata as experiências desses projetos, de modo a verificar sua eficácia e impacto na educação da população brasileira. Ademais, busca-se identificar métodos mais utilizados e mais relevantes no ensino do tema.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, realizada de acordo com a declaração PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*). Foi realizado levantamento bibliográfico, do período de 2017 a 2020, nas bases de dados SciELO, PubMed, CAPES e Google Acadêmico. Foram utilizadas em todas as bases filtros com combinações das palavras chaves “Primeiros socorros”, “Relato de experiência” e “Projeto de extensão”.

O trabalho foi desenvolvido considerando a seguinte questão: quais seriam os impactos dos projetos de extensão em primeiros socorros, e quais são os métodos utilizados para atingir seus objetivos? Em seguida, estabeleceu-se os critérios de inclusão: se tratar de um relato de experiência de projetos de extensão sobre primeiros socorros, ter sido publicado entre 2017 e 2020, além de apresentar texto completo. Como critérios de exclusão, utilizou-se a falta de texto completo ou textos de caráter secundário.

Somando-se todas as bases de dados, foram selecionados 448 artigos e, após leitura dos títulos, foram incluídos apenas aqueles que tratavam de relatos de experiência de ações extensionistas em primeiros socorros. Após a triagem, somente 18 se enquadraram nesses moldes. Ao final, a partir da leitura na íntegra, foram retirados mais dois artigos, por não se tratarem de textos completos. Por último, restaram 16 artigos, os quais foram utilizados na elaboração do presente trabalho.

3 | RESULTADOS

Dos impactos

Ao analisar os trabalhos dos projetos de extensão na comunidade, ficou claro que os impactos buscados pelos grupos de acadêmicos se dividia em 4 âmbitos principais: o impacto para o extensionista, para a universidade, para os participantes do curso e para a sociedade como um todo.

É interessante notar o caráter voluntário das ações de extensão que os universitários realizam. Desta forma, e pelos relatos dos artigos, nota-se que ensino de primeiros socorros a população se mostra extremamente gratificante emocional e profissionalmente para os acadêmicos. Muitos dos trabalhos levantaram a realização emocional dos integrantes ao ter contato com uma população agradecida pelo conhecimento compartilhado e ao criar vínculos com essa comunidade (MOURA, 2018). Além disso, também ficou claro o papel que as aulas tiveram nos acadêmicos, como possibilidade de aprender a ensinar, principalmente no caso de acadêmicos da área da saúde, que terão que praticar a educação em saúde em seu cotidiano, como foi apontado por diversos trabalhos (DIAZ, 2019).

Ademais, a universidade tem muito a ganhar com os projetos de extensão: seis dos estudos revisados deram ênfase ao papel social da universidade. Na Constituição

de 1988 (BRASIL,1990), determina-se que a universidade pública deve ser erguida no tripé do ensino, pesquisa e extensão; mesmo que a extensão não tenha um papel tão preponderante na prática, ela é extremamente necessária para a formação do vínculo entre academia e sociedade. Nesse contexto, os projetos de extensão cumprem o dever da academia para com a comunidade, levando conhecimento científico para a população e estreitando laços entre estes dois agentes.

Ainda, tem-se o impacto no indivíduo que aprende com os projetos. Primeiramente, é óbvia a implicação principal da ação de educação: o participante terá a capacidade de conduzir melhor possíveis acidentes e prestar socorro. Porém, as aulas também tem o propósito de desmistificar crenças e mitos sobre primeiros socorros, o que torna o participante mais informado e capacitado. Desse modo, os cursos ofertados de primeiros socorros oferecem maior autonomia ao indivíduo, que se sente mais apto a lidar com situações, às quais não saberia como proceder antes do aprendizado.

Por fim, o maior beneficiado pelas ações extensionistas em primeiros socorros é a sociedade. Isso ocorre pois, com o ensino das técnicas e protocolos a população geral, como afirmam os estudos, reforça-se a prevenção trauma e auxilia-se na melhor recuperação dos acidentados. Ainda, no Brasil, ter pessoas aptas a prestar socorro é de extrema importância, quando analisa-se a quantidade de óbitos e incapacidades por causas externas do país, sendo responsável por 41% das mortes de 1 aos 49 anos (MARQUES, 2017), e a melhora do prognóstico do acidentado, no qual a morbimortalidade reduz em 7,5% em emergências, se a primeira ajuda for prestada por leigos treinados (MERCÊS, 2018).

Outrossim, a população se beneficia pela redução da sobrecarga do SUS (PEREIRA, 2017), já que o ensino de primeiros socorros também abrange a prevenção de acidentes, não somente os procedimentos pós-trauma. Dessa forma, os projetos contribuem também para redução de acidentes (NEVES, 2017), que acarreta a diminuição da oneração do Sistema Único de Saúde. Ainda no sentido de melhora do serviço de saúde, diversos dos projetos estudados, como Tojal (2019), dão enfoque para a diminuição de trotes no SAMU, apresentando dados que corroboram para demonstrar o impacto positivo das ações; por exemplo, um estudo em maceió (CAPELLARI, 2018), relata que, após o projeto atingir todas as escolas da cidade, houve uma redução de 7% para 3% na porcentagem de trotes no serviço de emergência. Este dado é expressivo e salienta a melhora nas condições de trabalho dos profissionais do SAMU, o que pode resultar na melhora do serviço.

Também, como foi apontado por um estudo da UNEB (PEREIRA, 2017), as escolas não possuem aulas de primeiros socorros no currículo obrigatório, como ocorre em alguns países, de modo que o conhecimento é pouco disseminado (ZANELLA, 2018), e a população se mostra extremamente despreparada para conduzir ações em primeiros socorros. Assim, os cursos extensionistas, mesmo que não sejam capazes de atender grande parte da população, cumprem um espaço pouco preenchido e essencial para a prevenção primária do trauma.

Dos métodos

Além dos impactos observados, vale pontuar como se chegou a essa repercussão, através da observação dos métodos utilizados por estes projetos e vale analisar quais chegaram a melhores resultados. Ficou claro que o método preferido para o ensino de primeiros socorros é um misto, que resulta em aulas de caráter teórico-prático (de modo que todos os estudos relatam essa escolha). Tal característica é interessante por se mostrar mais completa: as instruções sejam passadas e os participantes possam treinar a aplicação dos protocolos; também, a parte prática foi avaliada como muito positiva para o aprendizado em um estudo (MESQUITA, 2017), no qual demonstrou-se estatisticamente, através da administração de pré e pós testes, que a retenção de conhecimento é maior com esse tipo de estratégia mista.

Ademais, é curioso notar a escolha de abordagem da educação em primeiros socorros: todos os relatos estudados, a exceção de um (SANTOS, 2018), optaram pelas mais variadas formas de metodologia ativa. As variações perpassam por paródias (CAPELLARI, 2018), peças teatrais (PEREIRA, 2017), diversos quizzes, entre outros, mas a alternativa mais utilizada foi, sem dúvidas, a roda de conversa, na qual senta-se em círculo para a discussão protagonizada pelos alunos. Essa opção se faz interessante por ser muito atual e incentivar a participação dos alunos, que aprendem mais as informações, já que se tornam próximas de suas realidade, como descrito em diversos estudos revisados.

Ainda, vale apontar que alguns projetos, como Andraus (2005), se mostraram preocupados com a recepção de suas escolhas pedagógicas ao aplicar questionários para receber feedback. Um total de 6 projetos relataram ter realizado perguntas sobre o método de ensino e reavaliado suas estratégias. Além disso, foi relatado a importância da criação de vínculo, principalmente com o público infantil, para a melhor aprendizagem, de modo que a empatia e a didática se tornam essenciais.

Por fim, para terminar a análise das estratégias dos projetos de extensão para a disseminação de conhecimentos de primeiros socorros, é importante avaliar a escolha de públicos alvo. Um dos projetos se volta para a população rural (BERTOLDO, 2019), argumentando pela distância dos centros de emergência e a maior quantidade de acidentes. Outro teve como foco os agentes comunitários de saúde (FARIA, 2016), argumentando pelo papel de elo entre comunidade e SUS que eles representam. Adultos, pais e educadores também foram públicos alvo.

Porém, o público alvo de maior incidência nos artigos foram as crianças em idade escolar. As vantagens de se escolher essa faixa etária são claras: alto índice de acidentes entre esses indivíduos; seu papel como difundidor de conhecimento e formador de opinião na família, e o estágio de desenvolvimento propício (MARTINS, 2018). É fato, como demonstrado pelos artigos revisados, que as escolas são palco de diversos acidentes; portanto, faz sentido que se capacite as crianças para conduzir essas situações. Também,

essa população, muitas vezes, é a fonte de conhecimento escolar da família, já que, em muitos casos, são as únicas que estão recebendo educação formal no núcleo familiar; assim elas disseminam o conhecimento aprendido aos seus familiares. Por fim, a idade na qual se encontram, de formação de valores e moral, facilita a internalização dos ensinamentos, o que é aproveitado pelos cursos, que visam criar uma geração melhor capacitada.

4 | CONCLUSÃO

Em suma, os projetos de extensão possuem um papel importante na constituição da sociedade, exercendo o papel de disseminadores de conhecimento, capacitando a população e demonstrando o valor da universidade para a comunidade. A revisão mostrou que todos os envolvidos nas ações de extensão são beneficiados de alguma maneira significativa, além dos benefícios sociais que são amplamente percebidos. Com isso, também percebeu-se que há um vácuo quando se trata do ensino em primeiros socorros, que só é preenchido parcialmente pelos acadêmicos que se propõem a realizar ações de extensão.

Por fim, a escolha de métodos se mostra muito pertinente e bem fundamentada no ensino de primeiros socorros, com foco na proatividade dos participantes e retenção do conhecimento aprendido, ambos muito necessários na prática dos socorristas. Ademais, a preferência pelo público infantil se mostrou muito acertada em função das repercussões que esses indivíduos são capazes de exercer na sociedade.

Dessa forma, o trabalho feito pelos projetos de extensão universitária se mostram de grande valia para a sociedade brasileira e devem ser mais explorados nas universidades para que o alcance de suas ações seja estendido e os benefícios sejam sentidos por toda a população. Assim, poderia-se ter um efeito muito positivo no quadro geral da saúde pública.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores afirmam que não há conflitos de interesses.

FINANCIAMENTO

Não há nenhuma fonte de financiamento

REFERÊNCIAS

ANDRAUS, L. M. S. *et al.* **Primeiros Socorros para criança: relato de experiência.** Acta Paul. Enferm. São Paulo: v. 18, n. 2, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200016&lang=en. Acesso em 7 mar. 2020.

AZEVEDO, N. A. *et al.* **Minicurso de primeiros socorros em parada cardiorrespiratória, desmaio, asfixia, crise convulsiva e hemorragias.** 35° SEURS (Seminário de Extensão Universitária da Região Sul), Foz do Iguaçu: 2017. Disponível em: https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/4121/MC_72-76.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 7 mar. 2020.

BERTOLDO, C. S. *et al.* **Noções básicas de primeiros socorros: relato de experiência rural.** Rev. brasileira de promoção em saúde, Fortaleza: v. 32, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8255/pdf>. Acesso em 7 mar. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

CAPELLARI, L. *et al.* **Samuzinho: relato de experiência de ações educativas com crianças em idade escolar.** Revista UNINGÁ Review, Maringá, v. 33, n. 3, p. 64-72, jul./set. 2018. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2574/1989>. Acesso em 7 mar. 2020.

DANTAS, R. A. N. *et al.* **Abordagem dos primeiros socorros na escola: crianças, adolescentes e professores aprendendo a salvar vidas.** Enfermagem Brasil, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 259-265, 2018. Disponível em : <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1186>. Acesso em 7 mar. 2020.

DIAZ, F. B. B. S. *et al.* **Relato de experiência do projeto de extensão Primeiros Socorros: educando a comunidade e os profissionais de saúde do município de Viçosa-MG e região.** Revista ELO - Diálogos em Extensão, Viçosa, v. 8, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/elo/article/view/1317/3786>. Acesso em 7 mar. 2020.

FARIA, M. S. *et al.* **Educação permanente em saúde: a experiência de alunos de enfermagem no ensino de primeiros socorros para agentes comunitários de saúde.** Rev. Científica Univiçosa, Viçosa, v. 8, n. 1, p. 327-333, 2016. Disponível em: <https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/663/805>. Acesso em 7 mar. 2020.

MARQUES, S. H. B. *et al.* **Mortalidade por causas externas no brasil de 2004 a 2013.** Rev. baiana saúde pública, Salvador, v. 41, n. 2, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882931>. Acesso em 7 mar. 2020.

MARTINS, A. S. *et al.* **Oficinas de primeiros socorros em crianças com profissionais da educação: um relato de experiência.** Raízes e Rumos, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 87-95, 2018. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/raizeserumos/article/view/7695/7233>. Acesso em 7 mar. 2020.

MERCÊS, M. O. *et al.* **Ação de extensão de uma liga acadêmica: ensinando primeiros socorros.** Rev. Extensão em Debate, Maceió, v. 2, n. 1, 2018. Disponível em: <http://200.17.114.107/index.php/extensaoemdebate/article/view/6999>. Acesso em 7 mar. 2020.

MESQUITA, T. M. *et al.* **Recurso educativo em primeiros socorros no processo ensino-aprendizagem em crianças de uma escola pública.** Rev. Ciênc. Plur., v. 3, n. 1, p. 35-50, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/11464>. Acesso em 7 mar. 2020.

MOURA, T. V. C. *et al.* **Práticas educativas em primeiros socorros: relato de experiência extensionista.** Revista Ciência em Extensão, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 180-187, 2018. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1644. Acesso em 7 mar. 2020.

NEVES, A. B. *et al.* **Liga de enfermagem em urgência e emergência: espaço acadêmico de educação em saúde à comunidade.** 35º SEURS (Seminário de Extensão Universitária da Região Sul). 2017. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/3669>. Acesso em 7 mar. 2020.

PEREIRA, A. T. *et al.* **Projeto de extensão “SAMU nas Escolas” - Uma estratégia pedagógica.** Anais III Colóquio de docência e diversidade na educação básica. 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/36268988/ANAIS_III_COL%C3%93QUIO_DOC%C3%80NCIA_E_DIVERSIDADE_NA_EDUCA%C3%87%C3%83O_B%C3%81SICA. Acesso em 7 mar. 2020.

SANTOS, C. M. *et al.* **Workshop em suporte básico de vida no ensino fundamental: um relato de experiência.** Rev. eletrônica Estácio Saúde, São José, v. 7, n. 2, 2018. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/4507/47964932>. Acesso em 7 mar. 2020.

TOJAL, A. L. S. *et al.* **Relato de experiência do serviço social do SAMU Maceió no projeto de extensão SAMU nas Escolas.** Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Disponível em: <http://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/378/372>. Acesso em 7 mar. 2020.

ZANELLA, K. A. *et al.* **Relato de experiência: capacitação em primeiros socorros de acadêmicos do curso de pedagogia.** R. Eletr. de Extensão, Florianópolis, v. 15, n. 31, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2018v15n31p116>. Acesso em 7 mar. 2020.

PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS SOBRE O USO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM NO ENSINO MÉDICO

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Gabriel Ramon Matavelli Casseb

Universidade São Francisco
Bragança Paulista – SP
<http://lattes.cnpq.br/5789098722829967>

Marina de Souza Marques

Universidade São Francisco
Bragança Paulista – SP
<http://lattes.cnpq.br/4556616311299969>

Maria Betânia de Oliveira Garcia

Universidade São Francisco
Bragança Paulista – SP
<http://lattes.cnpq.br/0550929787664673>

RESUMO: Introdução: O ensino médico é alvo de críticas no que diz respeito à promoção de raciocínio, decisão e criatividade. A necessidade de médicos responsáveis e éticos gera discussão sobre como o ensino é praticado, fomentando debate na educação médica. As metodologias ativas conduzem o discente a examinar, refletir e buscar conhecimento através da problematização, de extrema importância na Residência Médica, que é o momento de inserção do aluno na especialidade que seguirá para o resto da vida, como figura central nos casos clínicos. **Objetivo:** O estudo visa analisar o uso e impacto das metodologias ativas no Programa de Residência Médica do Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, demonstrar como auxiliam na formação do residente

enquanto especialista e fornecer fundamentos teóricos aos preceptores, para adequá-lo ainda mais às exigências nacionais. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa analítica, descritiva e exploratória (CAAE nº190644193.0000.5514), com 80 residentes voluntários, de diferentes especialidades, realizada através de questionário Google Forms sem identificação, com 5 perguntas fechadas e respostas segundo escala de Likert. **Resultados:** Os efeitos das Metodologias Ativas no processo de ensino e aprendizagem são vistos no desenvolvimento de conhecimento teórico-prático, habilidades interpessoais, autonomia, trabalho em equipe e raciocínio clínico. Com 80 respostas oriundas de residentes médicos do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus, observa-se que 91,3% dos residentes reconhecem a influência positiva das práticas de ensino na formação como especialista, e 81,2% afirmam que facilitam a interdisciplinaridade do programa. Parte do grupo (33,8%) não se considera segura para expressar familiaridade com os métodos. **Conclusão:** Metodologias ativas fornecem subsídios fundamentais à formação do médico-especialista nos dias atuais, como senso crítico, capacidade de resolução de conflitos e auto-avaliação. Os profissionais submetidos ao programa apresentam formação íntegra, humanista, alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Médica, Preceptoria, Residência Médica.

PERCEPTION OF MEDICAL RESIDENTS FROM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS ON THE USE OF ACTIVE LEARNING METHODOLOGIES IN MEDICAL EDUCATION

ABSTRACT: Introduction: Medical education is a target of criticism regarding the development of qualified doctors. The need for responsible and ethical doctors generates discussion over how teaching is practiced, fostering debate in medical education. The active methodologies lead the student to examine, reflect and seek knowledge through problematization, which is extremely important for their career. In the Medical Residency, the student is inserted in the specialty that will continue to work for the rest of his life, as a central figure in the clinical scenarios. **Objective:** The study aims to analyze the use and impact of active methodologies in the Medical Residency Program of Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, demonstrate how they assist in the training of residents as specialists and provide theoretical foundations for preceptors to adapt the program according to national requirements. **Methodology:** This is an analytical, descriptive and exploratory research (CAAE nº190644193.0000.5514), with 80 volunteer residents, from different specialties, carried out through Google Forms questionnaire without identification, that contains 5 closed questions and answers according to Likert Scale. **Results:** The effects of Active Methodologies in teaching and learning process are expressed in the development of theoretical and practical knowledge, interpersonal skills, autonomy, teamwork and clinical reasoning. With 80 responses from medical residents of Hospital Universitário São Francisco de Assis, it is observed that 91.3% of residents recognize the positive influence of teaching practices in training, and 81.2% affirm that those facilitate the program's interdisciplinarity. Part of the group (33.8%) does not consider themselves able to express familiarity with the methods. **Conclusion:** Active methodologies provide fundamental subsidies to the training of medical specialists, such as critical thinking, conflict resolution and self-assessment. The professionals submitted to the program have humanistic training, in line with the principles of the Unified Health System.

KEYWORDS: Medical Education, Preceptorship, Medical Residency.

1 | INTRODUÇÃO

A formação do profissional da saúde é extremamente conservadora e se restringe à reprodução daquilo que se aprende. Há uma relação hierárquica entre docente, que transmite o que sabe através de aulas teóricas, e discente, passivo captador de informações, agindo como ouvinte, sem participar diretamente do que se aprende. Nesse contexto, surgem médicos pautados na cura de doenças, atenção fragmentada, sem capacidade crítica, reflexiva e empática com quem recebe o cuidado, deixando de lado a integralidade do paciente (MITRE et al, 2008).

O Sistema Único de Saúde, SUS, vigente no Brasil, é congestionado e necessita de mudanças. As mudanças se baseiam em médicos inseridos na realidade da população, com relação de reciprocidade e plenitude do serviço prestado. As instituições de ensino precisam se adequar aos novos moldes, formando profissionais ativos, aptos a trabalhar por vários anos e aprender com o que fazem. Profissionais capazes de fornecer

qualidade, eficiência e resolutividade à população, cumprindo princípios básicos do SUS: universalidade, integralidade e equidade. (FEUERWERKER, ALMEIDA e LLANOS, 1999 apud GOMES, M., et al, 2010).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN - emerge como incentivo a uma relação de reciprocidade entre o médico e a população, devido a necessidade evidenciada de aproximar o agente das demandas e realidade social (BRANT, 2005; KOMATSU, 2003), especialmente no SUS. Dentre as formas de adequar o ensino médico ao cenário nacional, encontram-se metodologias ativas.

As metodologias ativas conduzem o discente a examinar, refletir, buscar conhecimento e resoluções através da problematização, e são inseridas na educação médica a medida que fornecem autonomia aos que a ela são submetidos. Influenciam diretamente na capacidade aprender, absorver, interpretar e agir de maneira adequada perante as mais distintas situações. Ao utilizar a problematização como forma de incentivar a aprendizagem, este novo método de ensinar e de aprender motiva o indivíduo a pesquisar e estudar o conteúdo, com liberdade de escolha e de decisão (OLIVEIRA FILHO, 2003).

O que tem sido proposto em eventos internacionais, após estudos, é a mudança na perspectiva da atividade médica, visando, por exemplo, a saúde, no lugar da doença; a relação de reciprocidade, no lugar da hierarquização; a participação ativa dos indivíduos no processo de aprendizado, no lugar de meros ouvintes passivos à informação; a atividade prática e teórica integradas na atenção à saúde, no lugar de imensas aulas meramente teóricas; a capacitação dos tutores como reais transmissores de conhecimento, no lugar de uma atividade de docência secundária à atuação médica profissional; (COSTA, 2007).

Dentre as diferentes metodologias ativas de ensino, pode-se destacar o PBL - Problem Based Learning -, que institui a problematização baseada em proposta curricular, o TBL - Team Based Learning -, um método dinâmico que gera cooperativismo e trabalho em equipe, a APP - Aprendizagem por Projetos -, a LOT - Learning-Oriented-Teaching - e a Aprendizagem Baseada em Tarefas (FARIAS, 2015).

A postura ativa diante do aprendizado fomenta curiosidade, capacidade crítica, auto-avaliação, trabalho em equipe, sensibilidade e responsabilidade, fundamentais ao desenvolvimento do raciocínio clínico. Destaca-se a necessidade do contínuo aprendizado e experimentação que ocorre na Residência Médica, situação na qual residentes são colocados em contato com situações práticas dentro da área pretendida. No Brasil, as primeiras instituições a implantarem esta modalidade de aprendizado foram a Faculdade de Medicina de Marília, em 1997, e a Universidade Estadual de Londrina, em 1998 (GOMES, A., 2010).

Residência Médica é a modalidade acadêmica destinada à médicos, pós graduação, de especialização médica, realizada em instituições credenciadas pelo MEC, sob instrução de profissionais médicos qualificados, considerada a melhor forma de especialização no Brasil (SAMPAIO, 1984 apud BOTTI; REGO, 2011).

O Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, HUSF, surgiu no ano de 1974, após intervenção Conselho Federal de Educação no hospital que visava atender às necessidades da Faculdade Bandeirante de Medicina, administrada pelo Instituto de Ensino Superior da região bragantina.

A missão do HUSF é a de “prestar assistência multiprofissional qualificada, de forma ética e humanizada a pacientes de média e alta complexidade à população de Bragança Paulista e região”, sob a visão de “ser reconhecido como serviço de referência na região de Bragança Paulista garantindo alto nível de qualidade, segurança e humanização”. A população abrangida aproxima meio milhão de habitantes. São 216 leitos para internações. O hospital é responsável por mais de 4000 atendimentos por mês, além do Pronto-Socorro para urgências e emergências, totalizando cerca de 7000 casos ao mês. O HUSF também conta com Ambulatório de Especialidades que realiza mais de 4500 atendimentos mensais.

Desde 2012, o hospital é administrado pela Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus, entidade filantrópica, destinada a cuidar, acolher e servir os mais vulneráveis. É serviço de referência em cirurgia cardíaca, hemodinâmica, urgência, emergência, partos de alto risco, oncologia, ortopedia, traumatologia, neonatologia, cirurgia pediátrica e neonatal, terapia renal substitutiva e atendimento ambulatorial.

O Hospital de Ensino oferece Residência Médica em 16 áreas: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Avançada, Clínica Médica, Coloproctologia, Medicina Intensiva, Nefrologia, Neonatologia, Neurocirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Urologia, Cirurgia Pediátrica e Psiquiatria, reconhecidas pelo Ministério da Saúde e da Educação, além de fornecer estudo prático para alunos de Graduação.

Residência Médica é uma modalidade acadêmica destinada à médicos, pós-graduação, caracterizada como especialização médica, realizada em instituições credenciadas pelo MEC e sob instrução de profissionais médicos altamente qualificados. A residência médica é considerada a melhor forma da especialização médica no Brasil (SAMPAIO, 1984 apud BOTTI; REGO, 2011).

Além do conhecimento prático, residentes recebem uma bolsa-auxílio visando repor custos com alimentação, transporte e materiais médicos. Por ser muito concorrido, o acesso à residência é difícil, fazendo com que alguns médicos se dediquem após formatura estudando para as provas. A duração das residências médicas depende, de acordo com a especialidade escolhida.

Importante ressaltar, também, a escassez de pesquisas voltadas para o uso de metodologias ativas de ensino e aprendizagem nos programas de Residência Médica, já que grande parte das pesquisas se refere somente aos docentes e alunos de graduação em Medicina.

2 | OBJETIVOS

Desenvolver levantamento documental para analisar se as metodologias ativas são utilizadas no Programa de Residência Médica do Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus. Demonstrar de que maneira esse processo de aprendizagem auxilia e enriquece a formação do médico residente enquanto especialista.

Elaborar uma fundamentação teórica para aprimorar o programa de Residência Médica desenvolvido no hospital universitário, permitindo aos docentes, preceptores e coordenadores da Residência a possibilidade de adequá-lo ainda mais às exigências do mercado de trabalho e do cenário médico nacional.

3 | JUSTIFICATIVAS

O ensino médico sofreu importantes transformações nas últimas décadas. Com a crise do sistema de saúde, surge a necessidade de profissionais com perfil distinto ao conservador. Tendo em vista as novas diretrizes de educação, é necessário repensar a estrutura das instituições escolares: o currículo a ser seguido, as metodologias de ensino, a relação professor-aluno, preceptor-residente, o conteúdo abordado e os objetivos da formação médica (CARABETTA JR, 2016).

Justifica-se analisar a percepção dos Residentes do Hospital Universitário São Francisco de Assis sobre o uso de Metodologias Ativas, para avaliar os itens:

- Comunicação incorporando novas tecnologias da informação e comunicação (NTICs), para interação a distância e acesso a bases de dados;
- Tomada de decisões; Aprender a aprender;
- Aprendizado com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada; aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, em simulações da realidade, identificando e avaliando erros, como insumo da aprendizagem profissional e como suporte pedagógico;
- Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do residente na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão.

4 | METODOLOGIA

A pesquisa foi elaborada na Universidade São Francisco, campus Bragança Paulista-SP e no Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, não exigindo recursos institucionais ou laboratório para execução. É uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, CAAE nº190644193.0000.5514, aprovado pelo CEP em 01/08/2019. A população de estudo consiste em 80 Residentes

dos Programas de Residência Médica do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após submissão e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

Na coleta de dados, foi utilizado um questionário fechado – sem identificação (80 Residentes) utilizando o Google Forms mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Na elaboração do questionário foram empregadas questões fechadas ao Residente (idade, formação acadêmica) e 04 assertivas sobre o objeto do estudo apontando grau de percepção do residente sobre o conceito de metodologia ativa de aprendizagem e a importância do uso como preceptor segundo a escala de Likert. O questionário foi preparado no Google Forms e encaminhado utilizando-se o WhatsApp, após a concordância do Residente em participar espontaneamente da pesquisa.

Os formulários começaram a ser aplicados em Outubro de 2019, para Residentes de 14 especialidades médicas: Cirurgia Geral, subespecialidades cirúrgicas (Cirurgia Avançada, Cirurgia Pediátrica, Coloproctologia e Urologia); Clínica Médica, subespecialidades clínicas (Cardiologia e Nefrologia); Ginecologia e Obstetria; Neurocirurgia; Otorrinolaringologia; Ortopedia; Pediatria; Anestesiologia.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No desenvolvimento do Projeto de Iniciação Científica, esperava-se encontrar a utilização adequada das metodologias ativas no Programa de Residência Médica do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus, permitindo assim a demonstração dos efeitos benéficos dessa metodologia de aprendizado sobre a autonomia, a criatividade, o trabalho em grupo e o desenvolvimento de raciocínio clínico dos médicos.

Foram registradas 80 respostas de Residentes do Hospital Universitário, dividido nas grandes áreas de especialidades. Os resultados finais são:

Sexo:

80 respostas

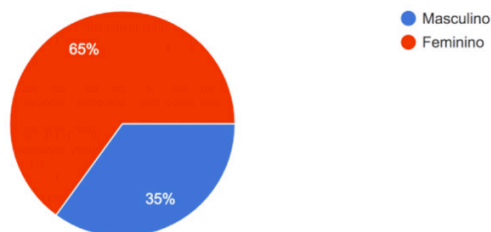


Figura 1- Distribuição de sexo (M e F) dos residentes que responderam a pesquisa

Fonte: Compilação do autor feita no formulário Google utilizado para a pesquisa

65% dos participantes da pesquisa registrados são do sexo feminino, enquanto 35%, dos 80 residentes, são do sexo masculino.

A faixa etária dos participantes varia de 24 à 40 anos, sendo que a maioria deles se encontra entre os 27 e 28 anos de idade.

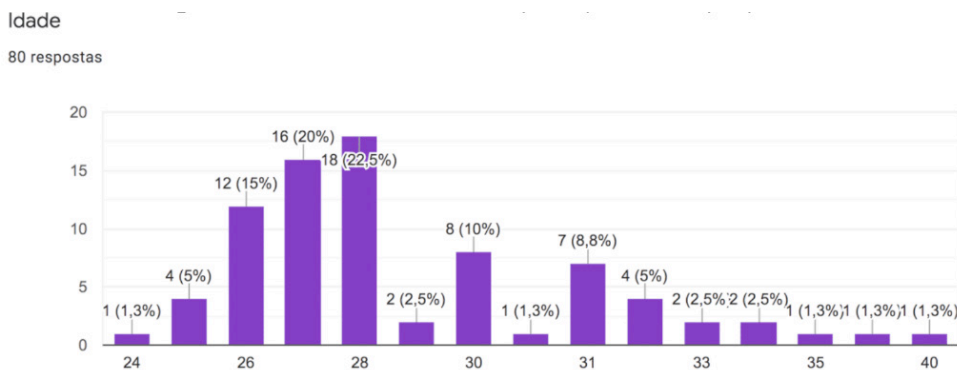
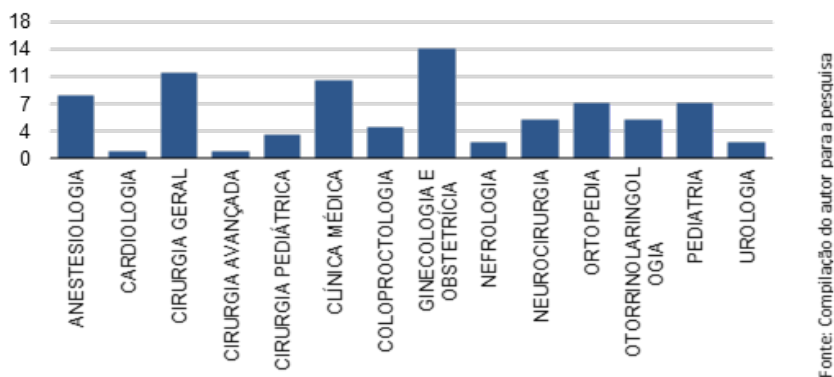


Figura 2 - Faixa etária dos residentes que responderam a pesquisa

Fonte: Compilação do autor feita no formulário Google utilizado para a pesquisa

Os 80 participantes do estudo são divididos entre as especialidades citadas anteriormente: Cirurgia Geral (11), subespecialidades cirúrgicas (10), Neurocirurgia (5), Pediatria (7), Clínica Médica (10), subespecialidades clínicas (3), Ginecologia e Obstetrícia (14), Anestesiologia (8), Ortopedia (7) e Otorrinolaringologia (5).



Fonte: Compilação do autor para a pesquisa

Figura 3 - Distribuição por especialidade médica dos residentes que resolveram a pesquisa

Observa-se que 36,3% dos residentes participantes cursam o primeiro ano do programa. 26,3% cursam o segundo período, como R2. Outros 23,8% estão no R3 e 13,6%

dos residentes se dividem entre o período de R4 e R5.

Período da residência médica:

80 respostas

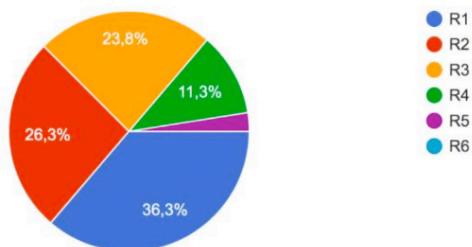


Figura 4 - Período da residência médica (ano) dos residentes que responderam a pesquisa

Fonte: Compilação do autor feita no formulário Google utilizado para a pesquisa

O primeiro item do questionário diz que a formação do residente na Graduação em Medicina foi realizada sob Metodologia Tradicional de Aprendizagem.

Seguindo a escala de Likert, 43,8% dos residentes concordam e 7,5% concordam totalmente, somando 41 residentes. Discordam da afirmativa 30% dos entrevistados (24 residentes) e outros 18,8% não concordam e nem discordam.

Durante o estudo, surgiu discussão a respeito de um sistema tradicional-misto, com momentos de conferências e de metodologia ativa em que o aluno é incentivado a aprofundar conhecimentos, desenvolver espírito humanista, crítico e pró-ativo, que pode ter elevado a escolha do item “nem concordo nem discordo”.

1. A minha formação no Curso de Graduação foi realizada em Metodologia Tradicional.

80 respostas

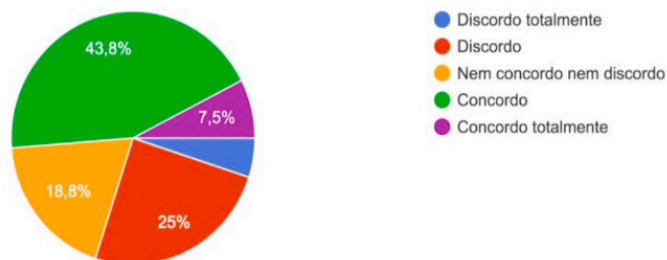


Figura 5 - Gráfico de respostas da afirmativa 1 segundo a escala de Likert

Fonte: Compilação do autor feita no formulário Google utilizado para a pesquisa

Com a segunda afirmação de que Metodologias Ativas atuam na formação crítica

e reflexiva de maneira construtivista, 91,3% dos residentes concordam, sendo que 30% concordam totalmente. O número representa 73, do total de 80 residentes. 5 residentes (6,2%) não concordam nem discordam; 2,5% discordam.

2. As Metodologias Ativas de Aprendizagem são importantes recursos para a formação crítica e reflexiva dos residentes por meio de processos de ensino e aprendizagem construtivistas.

80 respostas

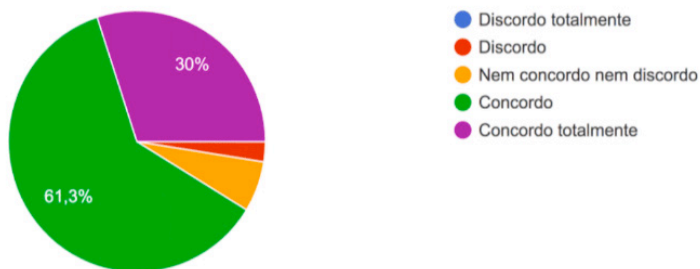


Figura 6 - Gráfico de respostas da afirmativa 2 segundo a escala de Likert

Fonte: Compilação do autor feita no formulário Google utilizado para a pesquisa

São 47 residentes, ou 58,7% deles, que afirmam apresentar familiaridade com Metodologias Ativas; 27 residentes (33,8%) não concordam nem discordam da afirmação, e ao analisar estes dados, podemos pensar que: 1) parte dos residentes ainda está no 1º período da residência e pode não ter contato suficiente para afirmar a respeito; 2) alguns podem ter dúvidas a respeito do desenvolvimento de metodologias. São 7,6% dos participantes que discordam da afirmação.

3. Apresento familiaridade com as Metodologias Ativas de Aprendizagem.

80 respostas

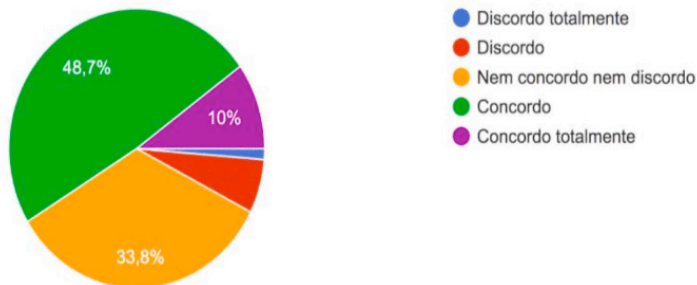


Figura 7 - Gráfico de respostas da afirmativa 3 segundo a escala de Likert

Fonte: Compilação do autor feita no formulário Google utilizado para a pesquisa

Apesar das dúvidas representada pelo “não concordo nem discordo” da afirmativa anterior, 81,2% dos residentes concordam que o uso de Metodologias Ativas facilita desenvolvimento da interdisciplinaridade. Ao exercer busca ativa pelo aprendizado e desempenhá-lo de forma dinâmica, o residente conecta seus conhecimentos de diferentes esferas e consolida pensamentos complexos. 12 residentes (15%) não concordam nem discordam da afirmação; 3 (3,8%) discordam.

4. A utilização da Metodologia Ativa de Aprendizagem facilita o desenvolvimento da interdisciplinaridade junto aos residentes.

80 respostas

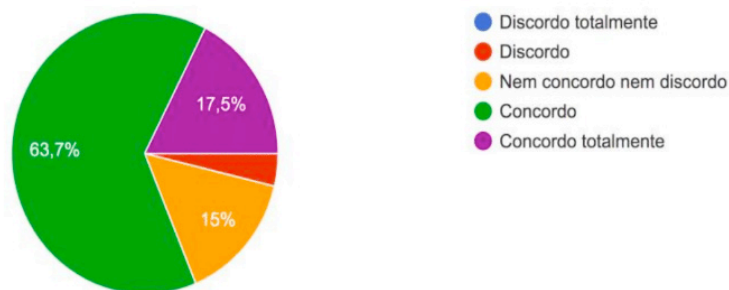


Figura 8 - Gráfico de respostas da afirmativa 4 segundo a escala de Likert

Fonte: Compilação do autor feita no formulário Google utilizado para a pesquisa

6 | CONCLUSÃO

Com 80 respostas oriundas de residentes médicos do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus, podemos concluir que a maioria deles reconhece e concorda com a influência positiva que as novas metodologias de ensino e aprendizagem exercem no desenvolvimento do aluno do programa de residência como médico e especialista, identificando suas diversas faces e colocando em prática seus resultados. Apesar desse reconhecimento por parte significativa da amostra, observa-se também que uma parcela do grupo ainda não se sente segura o bastante para se posicionar na postura de quem se familiariza com a metodologia, seja por insegurança ou por experiência vivida e constatada.

O levantamento das informações aconteceu de acordo com o esperado e o acervo de resultados certamente poderá ser levado em consideração para o aperfeiçoamento e o desenvolvimento do ensino médico no hospital universitário. A amostra de 80 residentes abrange parcela significativa de todos os alunos de residência médica do Hospital, que no momento do levantamento era de 101 médicos-residentes; ou seja, foram avaliados 79,2% de todos os alunos da instituição. A amplitude do estudo faz com que o acompanhamento

dos resultados da pesquisa seja fundamental para a adequação e seguimento da qualidade do ensino praticada no serviço do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus, na formação de especialistas qualificados e preparados para o mercado de trabalho nacional.

REFERÊNCIAS

BRANT, V. M. R.; BRANT, A. **Formação dos profissionais de saúde, o PSF e o SUS.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Reorganizando o SUS na região. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 33-37. (Cadernos Metropolitanos).

BOTTI, S.H.O.; REGO, S.T.A. **Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S.T.A. **Processo ensino-aprendizagem na residência médica.** *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 132-140, Mar. 2010.

CARABETTA JR, V. **Metodologia ativa na educação médica.** *Revista de Medicina*, v. 95, n. 3, p. 113-121, 15 dez. 2016.

CHAVES, H.L. et al. **Vagas para residência médica no Brasil: Onde estão e o que é avaliado.** *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p.557-565, Dec. 2013.

COSTA, N.M.S.C. **Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?.** *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, Apr. 2007.

FARIAS, P.A.M.; MARTIN, A.L.A.R.; CRISTO, C.S. **Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações.** *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 143-150, Mar. 2015.

GOMES, A.P. et al. **Avaliação no Ensino Médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas.** *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 390-396, Sept. 2010.

GOMES, M.P.C. et al. **O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde: avaliação dos estudantes.** *Ciênc. educ. (Bauru)*, Bauru, v. 16, n. 1, p. 181-198, 2010.

KOMATSU, R. S. **Aprendizagem baseada em problemas: sensibilizando o olhar para o idoso.** São Paulo: Rede Unida, ABEM, 2003.

MITRE, S.M. et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, Dec. 2008.

OLIVEIRA FILHO, G.R.. **Bases teóricas para a implementação do aprendizado orientado por problemas na residência médica em anestesiologia.** *Rev. Bras. Anesthesiol.*, Campinas, v. 53, n. 2, p. 286-299, Apr. 2003.

SIMON, E. et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2015, v. 18, pp. 1355-1364.

PSICOPROMOVE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UMA PRÁTICA GRUPAL

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 05/03/2021

Milena de Oliveira Silva

Faculdade Irecê
Irecê-BA

<https://orcid.org/0000-0003-2408-4889>

Cecília Rodrigues Pereira Brito

Faculdade Irecê
Irecê-BA

<https://orcid.org/0000-0002-0584-2106>

Elisângela Luiz de Vasconcelos

Faculdade Irecê
Irecê-BA

<https://orcid.org/0000-0002-6049-1409>

Erika Danielle Souza da Silva

Faculdade Irecê
Irecê-BA

<https://orcid.org/0000-0002-0954-9038>

Raiane Mendes de Souza

Faculdade Irecê
Irecê-BA

<https://orcid.org/0000-0003-0563-8145>

Victor Ronne Nunes de Souza

Faculdade Irecê
Irecê-BA

<https://orcid.org/0000-0001-6613-2135>

Luciane Medeiros Machado

Faculdade Irecê
Irecê-BA

<https://orcid.org/0000-0002-4127-5241>

RESUMO: A relação afetiva tende a interferir nos resultados obtidos em contextos diversificados, dentre os quais está o espaço laboral. Assim, considerando que eventos conflituosos trazem desgastes emocionais, e estes refletem diretamente na qualidade do atendimento prestado e na convivência, promover estratégias que reduzam esses episódios se configura como fator preponderante para o bom funcionamento. Frente a essas questões, o Projeto Psicopromove refere-se a uma prática grupal planejada e desenvolvida pela turma de Psicologia do VI período de uma faculdade do sertão baiano, com o intuito de promover ações de desenvolvimento e fortalecimento de habilidades socioemocionais em profissionais de saúde, visando a construção e fortalecimento de vínculos de forma participativa. Logo, o presente escrito tem por objetivo descrever a experiência vivenciada no planejamento e na realização das atividades desenvolvidas durante a prática grupal de estudantes de psicologia no contexto de pandemia Covid-19. Este relato de experiência, conta com a abordagem qualitativa e natureza descritiva, está permitida através de diários de campos e de uma pesquisa bibliográfica prévia. O mesmo ocorreu junto a profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde no interior da Bahia, cujo limite temporal se deu entre fevereiro e junho de 2020. Inicialmente foram planejadas ações junto aos profissionais de forma presencial que tiveram que ser adiadas devido o contexto de pandemia Covid-19. Sendo assim, o desenvolvimento das ações foi baseado na atual situação de saúde, nas ferramentas de comunicação disponíveis e na demanda observada frente ao público-

alvo. Com isso, percebeu-se que a necessidade de estratégias que visassem a saúde do trabalhador e elevassem a motivação dos profissionais de saúde aumentou. Assim, com o intuito de alcançar tais fins foi produzido e distribuído, via aplicativo de mensagem, um vídeo em agradecimento aos profissionais de saúde e uma cartilha sobre motivação. Considera-se que a experiência foi relevante para o alunado vivenciar situações diversificadas, entrar em contato com novas formas e meios de atuação e aprender a gerir suas questões pessoais.

PALAVRAS-CHAVE: Habilidades Sociais; Profissionais de Saúde; Psicologia; Covid-19.

PSYCHOPROMOVE: EXPERIENCE REPORT ON A GROUP PRACTICE

ABSTRACT: The affective relationship tends to effect on the results gotten on several contexts, among which is the working space. Therefore, considering that conflicting events brings emotional damages, and these reflects directly on the quality of service provided and social living, it must promove strategies that minimize these episodes which marks as a dominant factor for a good behavior. Regarding these issues, the Psicopromove Project refers to a planned group practice and developed by the IV period of psychology class from College in the hinterland of Bahia, in order to promote actions for the development and strengthening of socio-emotional skills in health professionals, aiming at building and strengthening bonds in a participatory manner. So, this document has the objective of describe a living experience on planning and execution of activities developed during the group practice of psychology students on Covid-19 pandemic context. That's why, the development of actions was based on the current health situation, on available communication tools and on observed demand in relation to the target audience. First of all, actions were planned in person with the professionals that had to be postponed due the Covid-19 pandemic context. This experience report, count with the qualitative approach and descriptive nature, is allowed through field journals and preview bibliographic research. The same happend with health professionals from a Health Unit in the interior of Bahia, whose time limit was between february and june of 2020. Therefore, with the purpose of achieve such goals it was developed and distributed, via messaging app, a video thanking health professionals and a primer about motivation. So that, it was realized that the need for strategies that aimed at the worker's health and raised the motivation of health professionals increased. Whereas that the experience was relevant for the student live differents situations, get in touch with new methods and acting means and learn to manage your own personal issues.

KEYWORDS: Social Skills; Health Professionals; Psychology; Covid-19.

1 | INTRODUÇÃO

Em muitos momentos da história da humanidade o homem viveu momentos difíceis, como em períodos de guerra, crises econômicas, pandemias e pragas. Segundo Ornell et al. (2020) na China, final do ano de 2019 - início do ano de 2020, em Wuhan, foi identificada uma nova doença respiratória, a Covid-19, a qual apresenta um estado clínico que oscila de infecções assintomáticas a situações respiratórias graves, assim como possui um elevado poder contagioso, contribuindo para que instaurasse naquele lugar um período marcado por medo, incertezas quanto ao futuro, mudança social e comportamental.

As pandemias são períodos caracterizados por imprevisibilidade e por trazer danos a população, o cenário fica dependente, entre outros aspectos, das medidas preventivas de controle estabelecidas pelo governo e população (RODRIGUES et. al. 2020). Historicamente, sabe-se de um período pandêmico vivenciado em 1918, o surto da gripe espanhola, que dizimou cerca de 50 a 100 milhões de pessoas, e de outros momentos epidêmicos, como os ocorridos em 2003 e 2009, tratando-se respectivamente da SARs e gripe suína.

Devido à falta de conhecimento a respeito deste agente viral, e o alto índice de contágio, autoridades públicas brasileiras adotaram o isolamento social como meio de prevenção, tentando assim, diminuir o número de acometidos pela doença, no entanto alguns profissionais como por exemplo, aqueles que estão ligados a saúde continuaram suas jornadas de trabalho.

Desse modo, o olhar para a saúde mental deve ser constante, pois impactos psicológicos afetam o funcionamento do indivíduo acometido (DSM-V, 2014) dentre elas, a aprendizagem. Os impactos psicológicos que a pandemia pode suscitar para estudantes, junto a mudança metodológica de ensino, devido ao isolamento social, poderão interferir na aprendizagem dos mesmos e este prejuízo pode vir a ser a longo prazo.

Por se tratar de um processo ainda em curso, parte dos seus impactos ainda não são mensurados, mas já se vê a desestabilização que está causando a nível mundial, refletindo inclusive nesta nova organização social. Rodrigues et. al. (2020), destaca que as medidas de confinamento adotadas para conter o avanço do coronavírus, a situação crítica para os doentes, bem como a perda de entes queridos, porá em xeque à saúde mental das pessoas, tanto no contexto individual quanto no coletivo.

E como se relacionar em momentos que a ordem é se isolar? O indivíduo aprende a se relacionar a partir da convivência com o meio, assim seus papéis sociais, bem como sua forma de se comunicar e de estar no mundo tendem a serem moduladas nas interações intragrupos e intergrupos. Desse modo, os grupos que os indivíduos estão inseridos exercem influência na construção da identidade desses sujeitos e de suas habilidades sociais (URANGA, 2014).

Nessa perspectiva, as competências socioemocionais relacionam-se com a habilidade que cada pessoa possui para trabalhar com fatores externos e internos, ou seja, refere-se ao modo como os sujeitos lidam com as próprias emoções e a capacidade que os mesmos têm de se relacionar com o outro e organizar e estabelecer objetivos e metas. Logo, essas habilidades são obtidas por meio da aprendizagem, sendo utilizadas cotidianamente (GOMES E PEREIRA, 2018).

Ao pensar em como lidar com a situação deve-se leva em conta as formas comportamentais, cognitivas e emocionais, pois a forma de enfrentamento será determinante para a saúde mental do sujeito. Nesse ínterim, o Projeto Psicopromove refere-se a uma prática grupal desenvolvida por graduandos do VI semestre de um curso de Psicologia de uma faculdade privada no sertão baiano, com o intuito de promover ações

de desenvolvimento e fortalecimento de habilidades socioemocionais em profissionais de saúde, visando a construção e o enriquecimento de vínculos e laços socioafetivos de forma participativa, ensinando estratégias de enfrentamento e motivação para o trabalho em tempos de pandemia.

Para tanto, os profissionais e estudantes de psicologia integrantes do projeto tiveram a oportunidade de realizar observação e anotações em seus diários de campo, em uma unidade de saúde na região de onde foi identificada a necessidade de trabalhar temáticas como estresse em ambiente laboral, motivação, inteligência emocional, desenvolvimento de habilidades socioemocionais, entre outras e diante disso planejarem a intervenção.

Neste contexto, surgiu o interesse em realizar este trabalho a partir da experiência adquirida como graduandos em Psicologia, mediante as estratégias de intervenção adotada e considerado a situação de saúde atual, e assim, apresentar resultados voltados a ciência. Desta forma, o presente manuscrito tem como objetivo descrever a experiência vivenciada no planejamento e na realização de atividades desenvolvidas durante a prática grupal de estudantes de psicologia no contexto de pandemia Covid-19.

2 | METODOLOGIA

O trabalho apresentado trata-se de uma prática supervisionada em psicologia em um contexto de saúde, junto aos profissionais atuantes. Configura-se como um estudo descritivo de natureza qualitativa, na modalidade de relato de experiência, a partir da vivência dos acadêmicos de psicologia com profissionais de saúde que participaram de ações realizadas pelo projeto Psicopromove, uma prática grupal desenvolvida pela turma do VI semestre de psicologia de uma faculdade do sertão baiano.

Por relato de experiência entende-se a apresentação de uma vivência, na qual segundo Daltro e Faria, (2019 p. 231) “o sujeito utiliza equações disponíveis em si e fora de si, mas, ao falar, é falado por um repertório que estabelece suas marcas discursivas”, esta metodologia precisa da interpretação e opinião por parte do pesquisador (Pereira, Shitsuka, Parreira e Shitsuka, 2018). Já a pesquisa qualitativa é definida como um método utilizado por meio do pesquisador para interpretar as informações obtidas, tendo como interesse descrever os dados coletados na pesquisa embasado em suas reflexões (Pereira, Shitsuka, Parreira e Shitsuka, 2018).

Segundo Lieury & Fenouillet (2000) a motivação é o conjunto de mecanismos biológicos e psicológicos que possibilitam o desencadear da ação, da orientação (para uma meta ou, ao contrário, para se afastar dela) e, enfim, da intensidade e da persistência: quanto mais motivada a pessoa está, mais persistente e maior é a atividade. Dessa forma, os profissionais precisam sentir-se motivados para exercer sua função diária mesmo levando em conta as adversidades que trazem do seu dia a dia fora do ambiente do trabalho. Percebeu-se então, naquele contexto uma maior dificuldade neste quesito, pois

os profissionais estavam lidando com uma situação pouco conhecida, incerta, além de haver riscos para si e para as pessoas com as quais conviviam.

No relato são descritas atividades desenvolvidas no período de fevereiro a junho de 2020, cujo lócus de ação foi extraído das ações realizadas pelos autores voltadas para os profissionais de saúde de uma unidade de caráter ambulatorial do Sistema Único de Saúde, localizada na região de Irecê-Ba. Para tanto, adotou-se como instrumento de coleta de informações, o diário de bordo, de modo a documentar os acontecimentos no dia a dia no campo de ação.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi realizada uma visita técnica no campo e observações presenciais supervisionadas do ambiente no mês de fevereiro de 2020, momento este no qual foi possível notar a necessidade de realizar atividades semanais com intuito de promover o desenvolvimento e fortalecimento de habilidades socioemocionais e uma melhor qualidade de vida no trabalho. Para tanto, no início do mês de março os discentes se reuniram e junto com a supervisora planejaram 8 encontros para serem realizados semanalmente com a duração média de 60 minutos, junto aos profissionais de saúde da referida unidade.

Os encontros seriam coordenados pelos graduandos de psicologia e supervisionado pela professora da disciplina e a psicóloga do campo em questão, no auditório da unidade. Para tanto, foram selecionadas 5 habilidades socioemocionais (comunicação, assertividade, empatia, altruísmo, inteligência emocional) e mais 6 temas afins (autoestima, autocuidado, motivação, estresse, síndrome de *Burnout* e motivação), buscando desenvolver uma melhor qualidade de vida e bem-estar, levando em consideração a demanda do campo e a saúde do trabalhador. Esses encontros contariam com 4 momentos distintos, sendo uma dinâmica quebra-gelo, a apresentação da temática, uma técnica central e o momento de encerramento.

No entanto, com a situação de saúde decretada pela Organização Mundial de Saúde ainda no mês de março estas atividades foram adiadas. A OMS declarou pandemia de Covid-19, um vírus que segundo Guimarães et. al. (2020), tem fácil difusão e é altamente patogênico causando infecções do trato respiratório como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e conseguindo levar ao óbito. Esse vírus de acordo com o Ministério da Saúde (2020), é transmitido de pessoa a pessoa por meio de gotículas respiratórias, produzidas da fala, tosse ou espirro, tanto pelo contato direto, quanto pelo contato indireto com pessoas infectadas, podendo ser contraído também ao tocar o rosto com as mãos após contato com objetos ou superfícies contaminadas.

Desse modo, com o surgimento do primeiro caso de coronavírus, conforme Silva, Damasceno e Castro (2020), alguns serviços tiveram que ser fechado e medidas de contingenciamento já implementadas em todo território nacional tiveram que ser adotadas,

fazendo-se necessário a suspensão de atividades não essenciais, o distanciamento social e um período de quarentena. Entre esses serviços suspensos estavam a unidade onde seriam executados o projeto e a própria faculdade, sendo adiadas as aulas até a última semana de março.

No fim do mês de março e início de abril, a situação ainda se encontrava da mesma maneira, tornando-se fundamental a adaptação por parte dos docentes e discentes. A administração e os órgãos públicos proibiram as aulas, estágios e a execução de projetos de forma presencial, e em caráter de esporádico permitiram a aulas em formato remoto. A faculdade em questão logo se programou e iniciou as atividades de forma remota, graças a tecnologia da informação e comunicação (TIC's), através da plataforma Zoom.

Nesse ideário, os discentes voltaram a se reunir virtualmente para planejar uma nova atividade para ser desenvolvida de forma remota junto ao seu público-alvo, que com a pandemia elevou a necessidade. Os profissionais de saúde frente a pandemia tiveram e têm um papel relevante, sendo impactados diretamente no que se refere a saúde do trabalhador. Segundo Oliveira *et. al* (2020) os mesmos tendem a se sentirem desmotivados, e para Silva, Damasceno e Castro (2020), há uma exacerbação de emoções, principalmente o medo de ser contaminado e de levar o vírus para casa.

Diante disso, sabendo da importância da saúde do trabalhador para a qualidade de vida e do trabalho, uma nova estratégia foi pensada pelos discentes de forma que pudesse ser executada via TIC's, a qual se demonstrou uma importante aliada nesse período de pandemia. Entende-se por saúde do trabalhador, um conjunto de fatores que determinam a qualidade de vida do mesmo. Para a Lei 8.080/90, é um conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, assim como, à recuperação e à reabilitação da sua saúde submetida aos riscos e aos agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo diversas ações (BRASIL, 1990).

Frente a essa questão, observa-se que todo o processo de trabalho envolve situações denominadas agentes de risco para a saúde, que vão desde risco de acidentes, adoecimento psíquico a interferência na qualidade de vida do empregado, situações essas que diante da pandemia foram elevadas. Além disso, observou-se uma desmotivação por parte dos profissionais que sofreram com a adaptação a nova rotina e segundo Portugal *et al.* (2020), os mesmos passaram a evitar contato com pai, mãe, esposo (a) e filhos.

Conforme Zanelli, Andrade e Bastos (2014), a motivação é um dos mais importantes processos que explicam a conduta humana, especialmente no ambiente de trabalho. Para Godoi (2002), a motivação é um fenômeno complexo que envolve afeto, cognição, interação e pulsão, enquanto que Zanelli, Andrade e Bastos (2014), a define como uma ação dirigida a objetivos, sendo autorregulada, biológica ou cognitivamente, persistente no tempo e ativada por um conjunto de necessidades, emoções, metas e expectativas.

Diante disso Ribeiro e De Santana (2015) afirmam, que a motivação no trabalho

se liga a satisfação do trabalhador com a empresa, podendo ser considerada como a razão que leva as pessoas a terem uma determinada ação ou comportamento dentro do ambiente de trabalho e afetando nas atitudes pessoais e comportamentais relevantes para a produtividade individual e grupal e nesse caso, reverberam a importância da motivação para a organização.

Assim, objetivando elevar a motivação dos profissionais de saúde, houve a produção de um vídeo em agradecimento o mesmo foi distribuído via aplicativo de mensagens pela psicóloga supervisora do campo, além disso, foi produzida e disponibilizada uma cartilha sobre motivação em contexto laboral.

Ornell et. al. (2020), relata que nesta situação pandêmica os trabalhadores podem sentir mais insegurança em seus postos de trabalho, tal como a percepção de uma carga de trabalho aumentada, aliados a possibilidade de menor apoio social, medo do contágio, solidão e estigma (para aqueles que estão na linha de frente, sendo chamados também grupos de risco), podem estar trabalhando com novas modalidades de trabalho, para as quais não se capacitaram, pois a pandemia aconteceu sem aviso prévio ou possibilidade de preparação, assim faz se importante disponibilizar atendimento de saúde mental para os profissionais.

O psicopromove é uma iniciativa ainda muito tímida, mas denota ações em momentos de incertezas e os ajustes são necessários para que a prática *psi* seja fortalecida e esteja a serviço da saúde mental de profissionais que estão na linha de frente, nesta batalha denominada Covid-19.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, diante da experiência relatada, considera-se que as ações desenvolvidas no projeto Psicopromove foram relevantes para elevar a motivação do público-alvo, que se encontra num momento de adaptação ao que se considera como “novo normal”.

Da mesma maneira, essa experiência foi relevante para o alunado vivenciar situações diversificadas e aprender a gerir suas questões pessoais. A mesma permitiu aos acadêmicos entrar em contato com novas formas e meios de atuação. No início se sentiram frustrados por terem planejado uma intervenção que não seria aplicada da forma que idealizaram, mas após o período de luto, acabaram por se esforçar em prol da construção de uma nova alternativa.

Assim, considera-se que é sempre necessário mudar e sair da zona de conforto. A psicologia, enquanto campo de conhecimento, ciência e profissão, está presente onde houver sujeito, e estes precisam aprender a se adaptar a situações fora do controle. Logo, é oportuno pontuar a importância do desenvolvimento de atividades em prol dos profissionais de saúde e a valorização dos mesmos, bem como a relevância da expansão de metodologias interdisciplinares. Tais ações podem inclusive instigar a promoção de

outras investigações e novos estudos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

DALTRO, M. R., FARIA, A. A. **Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade**. *Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro* v. 19 n. 1 p. 223-237, 2019.

GODOI, C. K. **Retomando o tema da motivação nas organizações**: contribuições da teoria psicanalítica e do cognitivismo. In: *Encontro nacional dos programas de pós-graduação em administração*, 26, 2002, Salvador. Anais Rio de Janeiro: ANPAD, 2002.

GOMES, J. C.; PEREIRA, A. M. **Habilidades socioemocionais: um projeto de intervenção no ambiente escolar**. Curitiba: UFPR, 2018.

GUIMARÃES, h. P., et. al. **Coronavírus e Medicina de Emergência: Recomendações para o atendimento inicial do Médico Emergencista pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)**. 2020.

LIEURY, A. & FENOUILLET, F. **Motivação e aproveitamento escolar**. Tradução de Y. M. C. T. Silva. São Paulo: Loyola, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. 2020

OLIVEIRA, E. N., COSTA, M. S. A., NASCIMENTO, P. I. DA F. V. DO, RODRIGUES, C. S., ANDRADE, C. S. G. DE, MENDONÇA, J. M. F., PINTO, M. R., FRANÇA, S. DA S. & LIMA, G. F. **Com a palavra os profissionais de saúde na linha de frente do combate à COVID-19**. *Research, Society and Development*, 9(8), e30985145, 2020.

ORNELL, Felipe et al. **“Medo pandêmico” e COVID-19: carga e estratégias de saúde mental**. *Braz. J. Psychiatry*, São Paulo, v. 42, n. 3, pág. 232-235, junho de 2020.

OZAMIZ-ETXEBARRIA, Naiara et al. **Níveis de estresse, ansiedade e depressão no estágio inicial do surto COVID-19 em uma amostra populacional no norte da Espanha**. *Cafajeste. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00054020, 2020.

PORTUGAL, J. K. A., et. al. **Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência**. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, vol. Esp. 46, e3794. 2020.

PEREIRA, A. S., SHITSUKA, D. M., PARREIRA, F. J., SHITSUKA, R. **Metodologia da pesquisa científica**. Santa Maria Ed., UAB/NTE/UFSM, 2018.

SILVA, M. de O.; DAMASCENO, R. O.; CASTRO, L. D. de. **Impactos psicológicos do retorno às atividades laborais durante a pandemia COVID-19 em uma Policlínica Regional de Saúde na Bahia: um relato de experiência**. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 11, p. e2029119372, 2020.

RIBEIRO, L. A.; DE SANTANA, L. C. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. **Revista de Iniciação Científica – RIC**: Cairu, 2015.

RODRÍGUEZ CAHILL C. **Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19**. JONNPR. 2020;5(6):583-88. DOI: 10.19230/jonnpr.3662

URANGA, P. R. R. **A defasagem do desenvolvimento de habilidades socioemocionais na educação do Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2014.

ZANELLI, J. C.; ANDRADE, J. E. B.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

RELAÇÃO ENTRE O PERFIL LIPÍDICO E HEMODIÁLISE

Data de aceite: 01/06/2021

Maria Beatriz Aparecida Orrú

<http://lattes.cnpq.br/3873949019615562>

Márcia Scolfaro Carvalho

<http://lattes.cnpq.br/9186891416285615>

RESUMO: A doença renal crônica (DRC) pode ser definida como uma redução permanente da taxa de filtração glomerular. Entre os principais fatores etiológicos para o seu desenvolvimento está a nefropatia por diabetes mellitus (DM). O tratamento indicado para a DRC terminal é a terapia renal substitutiva. Essa é uma técnica que suplementa as falhas da função renal, realizando o balanço hidroeletrólítico, podendo ser realizada tanto sob a forma de hemodiálise, como de diálise peritoneal ou o transplante renal. Entre essas três modalidades da terapia renal substitutiva (TRS), destacam-se a hemodiálise convencional (HDC) e a hemodiafiltração (HDF). A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de mortalidade no DM e na DRC, sendo a dislipidemia um dos fatores de risco. O paciente renal crônico é considerado de muito alto risco para DCV e por isso a meta desejada de LDL-colesterol (LDL-c) deve ser inferior a 55 mg/dL. Nesse estudo, optou-se por analisar o grupo de pacientes diabéticos nas duas modalidades, HDF e HDC, e em duas frequências de tratamento, 3 ou 4 sessões semanais, no tocante ao perfil lipídico e inferir um provável benefício do tipo ou número de sessões semanais, para o risco DCV. Diante disso, foram coletados dados

dos prontuários de 224 pacientes diabéticos em hemodiálise de clínicas de Campinas e São Paulo, com relação a sexo, idade, frequência dialítica semanal, modalidade e eficácia da diálise, colesterol total, LDL-c, HDL triglicérides e hemoglobina glicada (HbA1C), após prévia autorização dos pacientes. Dos 224 pacientes, 119 eram HDC e 25 HDF, justificável pela menor acessibilidade deste.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes; hemodiálise; dislipidemia; risco cardiovascular.

ABSTRACT: Chronic kidney disease (CKD) can be defined as a permanent reduction in the glomerular filtration rate. Among the main etiological factors for its development is diabetes mellitus nephropathy (DM). The indicated treatment for terminal CKD is renal replacement therapy. This is a technique that supplements the renal function failures, performing the hydroelectrolytic balance, and can be performed either in the form of hemodialysis, peritoneal dialysis or kidney transplantation. Among these three modalities of renal replacement therapy (RRT), conventional hemodialysis (HDC) and hemodiafiltration (HDF) stand out. Cardiovascular disease (CVD) is the main cause of mortality in DM and CKD, with dyslipidemia being one of the risk factors. The chronic renal patient is considered to be at very high risk for CVD and therefore the desired LDL-cholesterol (LDL-c) target should be less than 55 mg / dL. In this study, we chose to analyze the group of diabetic patients in the two modalities, HDF and HDC, and in two treatment frequencies, 3 or 4 weekly sessions, with regard to the lipid profile and infer a probable benefit of

the type or number of sessions weekly, for CVD risk. Therefore, data were collected from the medical records of 224 diabetic patients undergoing hemodialysis at clinics in Campinas and São Paulo, regarding gender, age, weekly dialysis frequency, dialysis mode and efficacy, total cholesterol, LDL-c, HDL triglycerides and hemoglobin glycated (HbA1C), after previous authorization of the patients. Of the 224 patients, 119 were HDC and 25 HDF, justified by their lower accessibility.

KEYWORDS: Diabetes; hemodialysis; dyslipidemia; cardiovascular risk.

METODOLOGIA

Após prévia autorização das unidades de diálise avaliadas e dos 224 pacientes em tratamento dialítico, foram extraídos dos prontuários dados referentes a anamnese, exame físico, tipo de tratamento dialítico e resultados de exames laboratoriais do último ano realizados na rotina pelos serviços de hemodiálise.

A partir dos dados coletados, foi construído uma nova tabela em busca de selecionar os pacientes em dois grupos conforme tipo de tratamento dialítico (convencional HDC e hemodiafiltração com alto volume de troca e reposição online HDF), conforme tabela 01.

A eficácia do tratamento dialítico é mensurado pelo single pool Kt/V que é o parâmetro que indica a qualidade da diálise, fornece informações quanto a remoção de solutos (uréia). O cálculo do single pool Kt/V leva em conta: tempo da sessão de hemodiálise, uréia pré e pós sessão, número de sessões por semana e peso pré e pós sessão de diálise. No tratamento o que se busca é chegar o mais próximo possível do funcionamento do rim normal, isto corresponde a um valor de single pool Kt/V maior que 1,4.

Tipo de hemodiálise	Convencional		HDF	
	Número absoluto	No		No
Idade (anos)	Mulher		Mulher	
	<50		<50	
	≥ 50		≥50	
	≥ 60		≥ 60	
	≥70		≥70	
	total		total	
	Homem		Homem	
	<50		<50	
	≥ 50		≥50	
	≥ 60		≥ 60	
	≥70		≥70	
	total		total	

Sexo	Mulher			Mulher		
	Homem			Homem		
		No	%		No	%
Eficácia	Mulher			Mulher		
KtV (> 1,4)	Homem			Homem		
Frequência de hemodiálise						
Semanal	3x	4x	%	3x	4x	%
Mulheres						
Homens						
HbA1C	< 6,5 %	> 6,5 %	%	< 6,5 %	> 6,5 %	%
Mulher						
Homem						
Dislipidemia						
CT mg/dL	< 170	>170	%	< 170	>170	%
Mulheres						
Homens						
HDL mg/dL	< 45	>45	%	< 45	>45	%
Mulheres						
Homens						
LDH mg/dL	< 130	>130	%	< 130	>130	%
Mulheres						
Homens						
Triglicérides mg/dL	< 150	>150	%	< 150	>150	%
Mulheres						
Homens						

Hemoglobina glicada (HbA1C) em porcentagem, colesterol total (CT) em mg/dL, HDL (*high density colestero*) em mg/dL, LDL-c (*low density colestero*) em mg/dL, triglicérides em mg/dL e single pool Kt/V.

TABELA 01: Dados gerais.

Por se tratar de uma pesquisa realizada em seres humanos, foi feito o depósito e o aceite na Plataforma Brasil (Número do Comprovante: 137899/2019). Para a formatação

do cálculo amostral foi usado a calculadora amostral disponível no aplicativo Comento (comento.com/calculadora-amostral) para cálculo amostral. Os dados para a formatação do questionário foram selecionados a partir das informações contidas na literatura. (Deighan C. J, 2000 ; Fortes P. C, 2010).

RESULTADOS

Os resultados foram tabelados e colocados em gráficos com o objetivo de observar:

- a) A eficácia do tratamento dialítico, analisado pelo índice single pool Kt/V, em relação a modalidade do tratamento dialítico e o número de sessões de diálise por semana (frequência por semana) por gênero e independente do sexo.

Convencional	Kt/V	Frequência semanal	>1,4	< 1,4
	total			
Mulheres	n= 82 (41,2%)		51,21% (42)	48,78% (40)
		3x	28% (23)	9,7% (8)
		4x	23,2% (19)	39% (32)
Homens	n= 117 (58,8%)		22,22% (26)	77,77% (91)
		3x	18,5% (21)	24,3% (28)
		4x	4,3% (5)	53,8% (63)

TABELA 02: Eficácia da diálise analisado pelo single pool Kt/V em relação a modalidade do tratamento convencional e o número de sessões por semana por gênero.

Convencional	Total	Frequência semanal	>1,4	< 1,4
Mulheres e Homens				
		3x (n= 88)	44 (50%)	36 (41%)
		4x (n= 119)	24 (20,2%)	95 (79,8%)

TABELA 03: Eficácia da diálise convencional analisando o single pool Kt/V e frequência semanal no total de pacientes independente do sexo.

Mulheres	total	Frequência semanal	> 1,4	< 1,4
	n= 07		42,85% (03)	57.14% (04)
		3x	42,8% (3)	1 (14,28%)
		4x	0	3 (42,8%)
Homens	n= 18		27,77 (5)	72,22% (13)
		3x	16,7% (3)	4 (22,2 %)
		4x	11,1% (2)	9 (50%)

TABELA 04: Análise da eficácia da diálise HDF pelo single pool Kt/V por sexo e frequência semanal.

Mulheres e homens	Total	Frequência semanal	> 1,4	< 1,4
	n= 25			
		3x (n= 11)	6 (54,5%)	5 (45,45%)
		4x (n= 14)	2 (14,3%)	12 (85,7%)

TABELA 05: Eficácia da diálise HDF analisado pelo single pool Kt/V e frequência semanal no total de pacientes independente do sexo.

Quando analisado a eficácia da hemodiálise mensurada pelo single pool Kt/V, observa-se que as mulheres tem melhor eficácia hemodialítica nas duas modalidades de tratamento, HDC e HDF, independente do número de sessões por semana (tabelas 02 e 04).

A eficácia é melhor no subgrupo de 3 vezes por semana do que no subgrupo de 4 vezes semanais no tratamento com HDF, independente do sexo em qualquer modalidade de hemodiálise (tabelas 03 e 05).

Como single pool Kt/V é um índice colhido uma vez no mês para medir a eficácia da hemodiálise e que considera tempo da sessão de hemodiálise, uréia pré e pós sessão, número de sessões por semana e peso pré e pós sessão de diálise, está sujeito a interferência destes parâmetros e do dia da coleta, como superfície da membrana do capilar utilizado na hemodiálise, formação de trombos durante a sessão no dia da coleta entre outros, sendo assim, single pool Kt/V não reflete a eficácia mensal, apenas a eficácia do dia da coleta.

Como no tratamento com frequência de 3 vezes semanais a duração da sessão é maior do que na de 4 vezes semanais, e o tempo é um dos parâmetros do cálculo do Kt/V, conclui-se que na sessão de maior duração haverá melhor single pool Kt/V indo ao encontro com os achados.

b) A relação entre o controle do diabetes avaliado pelo nível de HbA1C, em relação a modalidade do tratamento dialítico e o número de sessões de diálise semanais (frequência por semana) por gênero e pelo total de pacientes independente do sexo.

Convencional	HbA1C	Frequência semanal	< 6,5 %	> 6,5 %
Mulheres	n=82 (41,2%)		40 (48,7%)	42 (51,21%)
		3x	19 (47,5%)	12 (28,6%)
		4x	21 (52,5%)	30 (71,43%)
Homens	n=117 (58,8%)		59,82% (70)	40,17% (47)
		3x	32 (45,7%)	17 (36,2%)

		4x	38 (54,3%)	30 (63,8)
--	--	----	------------	-----------

TABELA 06: Análise da diálise convencional em relação a HbA1C pelo número de sessões semanais e gênero.

Nos achados (tabela 06) mostram que ao analisar o controle glicêmico pelo nível de HbA1C na modalidade de hemodiálise convencional, tanto no grupo total, quanto nos subgrupos avaliados por número de sessões de hemodiálise de 3 e 4 vezes semanais, os homens são mais bem controlados em relação às mulheres.

Convencional	Frequência semanal	HbA1c < 6,5 %	HbA1c > 6,5 %
Mulheres e homens			
	3x (n= 80)	51 (63,75%)	29 (36,25%)
	4x (n= 119)	59 (49,6%)	60 (50,4%)

TABELA 07: Relação entre a frequência dialítica HDC com o nível de HbA1c em ambos os sexos.

Ao analisar os resultados independente do sexo (homens e mulheres), tabela 07, podemos identificar melhores resultados no subgrupo de 4 vezes por semana em comparação a 3 vezes por semana na modalidade de diálise convencional. Este resultado provavelmente é devido a maior retirada de soluto glicose no tratamento de 4 vezes semanais, além do fato da maior proximidade do paciente com a equipe de saúde do local de diálise o que pode estar influenciando tanto na adesão ao tratamento quanto no comportamento alimentar do paciente.

HDF	Total	Frequência semanal	HbA1C < 6,5	HbA1C > 6,5
Mulheres	n=07 (28%)		57,14% (4)	42,85% (3)
		3x	3 (75%)	2 (66,6%)
		4x	1 (25%)	1 (33,3%)
Homens	n=18 (72%)		27,7% (5)	72,2% (13)
		3x	2 (40%)	5 (38,46%)
		4x	3 (60%)	8 (61,5%)

TABELA 08: Relação entre a diálise HDF com a HbA1C e o número de sessões semanais por sexo.

A tabela 08 mostra o estudo no grupo de tratamento HDF e demonstram os melhores resultados nas mulheres tratadas 3 vezes por semana em relação aos homens com tratados

3 ou 4 vezes por semana.

HDF	Frequência semanal	HbA1C < 6,5	HbA1C > 6,5
Mulheres e Homens			
	3x (n= 12)	5 (41,6%)	7 (58,3%)
	4x (n= 13)	4 (30,7%)	9 (69,2%)

TABELA 09: Relação entre a diálise HDF com a HbA1C em ambos os sexos.

Resultado inverso ao observado no estudo de tratamento convencional foi observado na modalidade de tratamento HDF independente do sexo, o subgrupo de 3 vezes na semana apresentou melhor controle glicêmico (tabela 09).

Os achados com o grupo HDF podem ser justificados pela amostragem muito pequena do grupo de tratamento HDF, sendo passível de interpretações equivocadas.

c) Os níveis de LDL-c e triglicérides, em relação a modalidade do tratamento dialítico e o número de sessões de diálise por semana (frequência por semana) por gênero e pelo total de pacientes independente do sexo. Ao avaliar o nível de LDL-colesterol e o triglicérides, foi randomizado os pacientes em 4 grupos de LDL-colesterol: menor de 55, de 55 a 100, 100 a 130 e maior que 130 mg/dL; em 2 grupos de triglicérides: menor que 150 e maior que 150 mg/dL.

LDL		Trig.													
		Freq.	< 55	%	55 - 100	%	<100	100 - 130	%	> 130	%	< 150	%	>150	%
Mulh	n=82														
		3x	3	3,6	17	20,7	24,3	6	7,3	5	6	23	28	8	9,7
		4x	4	4,9	28	34,1	39	9	11	10	12,2	27	33	24	29,2
Hom	n=117	Freq.													
		3x	9	7,7	34	29	36,7	6	5,1	0	0	35	30	14	12
		4x	10	8,5	36	30,7	39,2	14	12	8	6,8	43	36,7	25	21,4

Mulh – mulheres, Hom – homens, Freq. – frequência

LDL-c – LDL- colesterol, Trig. – triglicérides

TABELA 10: Relação entre os níveis de LDL-c e triglicérides por sexo e frequência de diálise semanal na HDC.

Observa-se na tabela 10 que na modalidade convencional os homens apresentam melhores níveis de LDL-colesterol tanto no subgrupo menor que 55 mg/dL, como no subgrupo de 55 a 100 mg/dL em relação às mulheres. O mesmo resultado foi observado

com relação ao nível de triglicérides, isto é, os homens tem melhores níveis de triglicérides, inferior a 150 mg/dL, tanto em 3 ou em 4 sessões semanais, com relação às mulheres.

Quando observado os piores resultados em relação aos níveis de LDL - colesterol e triglicérides nota-se que as mulheres possuem os piores resultados laboratoriais nos dois subgrupos de frequência de sessões de tratamento analisados.

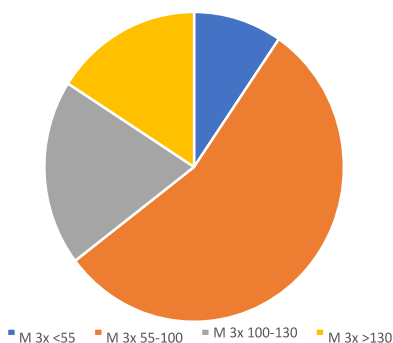


GRÁFICO 01: Relação entre os níveis de LDL-c no sexo feminino, 3x por semana na HDC. Sendo randomizado em 4 grupos de LDL-c: >55, 55-100, 100-130, >130 mg/dL.

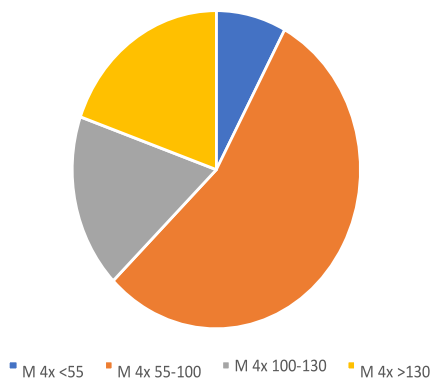


GRÁFICO 02: Relação entre os níveis de LDL-c no sexo feminino, 4x por semana na HDC. Sendo randomizado em 4 grupos de LDL-c: >55, 55-100, 100-130, >130 mg/dL.

Os gráficos 01 e 02 mostram que entre as mulheres do grupo convencional as distribuições dos níveis de LDL-c menores que 55, de 55 a 100, 100 a 130 e maiores de 130 mg/dL, são semelhantes entre os grupos de 3 e 4 vezes sessões semanais, mas com predomínio de melhores níveis abaixo de 100 mg/dL no tratamento de 4 vezes na semana.

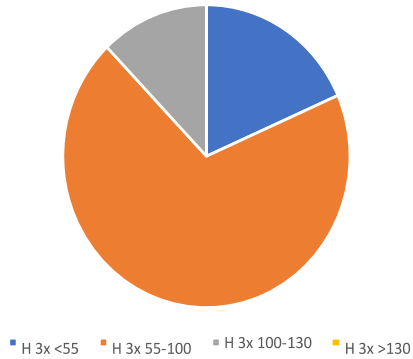


GRÁFICO 03: Relação entre os níveis de LDL-c no sexo masculino, 3x por semana na HDC. Sendo randomizado em 4 grupos de LDL-c: >55, 55-100, 100-130, >130 mg/dL.

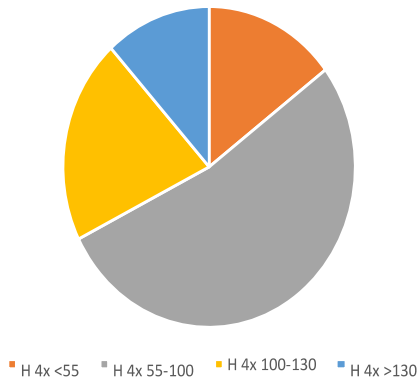


GRÁFICO 04: Relação entre os níveis de LDL-c no sexo masculino, 4x por semana na HDC. Sendo randomizado em 4 grupos de LDL-c: >55, 55-100, 100-130, >130 mg/dL.

Os gráficos 03 e 04 mostram que entre os homens do grupo convencional as distribuições dos níveis de LDL-c menores que 55, de 55 a 100, 100 a 130 e maiores de 130 mg/dL, são semelhantes entre os grupos de 3 e 4 vezes sessões semanais, mas com predomínio de melhores níveis abaixo de 100 mg/dL no tratamento de 4 vezes semanais.

Convencional	LDL-c	Freq.	< 55	%	50 - 100	%	< 100 %
Mulheres e Homens	mg/dL						
199 pacientes		3x	12	6	51	25,6	31,6
		4x	14	7	64	32,2	39,2

TABELA 11: Relação entre a diálise HDC com relação ao LDL-c em ambos os sexos.

LDL-c

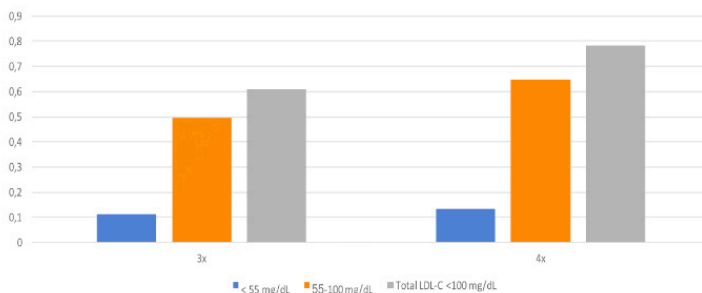


GRÁFICO 05: Relação entre as menores taxas de LDL-c pela frequência de diálise convencional em ambos os sexos na HDC.

Os resultados mostrados na tabela 11 e no gráfico 05 são evidentes em mostrar melhores níveis de LDL-c no tratamento com frequência de 4 vezes por semana independente do sexo, tanto quando ao analisar níveis de LDL- c menores que 55 mg/dL tanto quando analisados os níveis menores que 100 mg/dL.

LDL-c		Trig.												
mg/dL		Freq.	< 55	%	55 - 100	%	> 100	%	> 130	%	< 150	%	>150	%
mulheres	n=07													
		3x	2	28,6	1	14,2	1	14,3		0	3	42,8	1	14,3
		4x	2	28,6	0	0	1	14,3		0	2	28,6	1	14,3
homens	n=18													
		3x	1	5,5	4	22,2	1	5,5	1	5,5	2	11,1	5	27,8
		4x	3	16,7	5	27,7	2	11,1	1	5,5	8	44,4	3	16,7

Freq. – frequência, LDL-c – LDL- colesterol (mg/dL), Trig. – triglicérides (mg/dL)

TABELA 12: Relação entre os níveis de LDL-c e triglicérides por sexo e frequência de diálise semanal na HDF.

Na modalidade HDF (tabela 12), as mulheres predominam em relação aos homens com níveis de LDL-c menores que 55mg/dL independente do número de sessões por semana e o inverso se observa ao analisar os níveis de LDL-c entre 55 e 100 mg/dL, os homens predominam em relação às mulheres independente do número de sessões semanais. Com relação ao nível de triglicérides, os homens tem melhores níveis de triglicérides, inferior a 150 mg/dL, na frequência de 4 sessões por semana, enquanto as mulheres apresentam melhores resultados no tratamento com 3 sessões por semana.

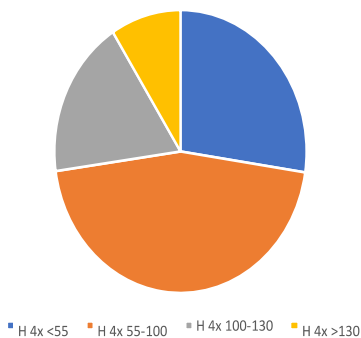


GRÁFICO 06: Relação entre os níveis de LDL-c no sexo masculino, 4x por semana na HDF. Sendo randomizado em 4 grupos de LDL-c: >55, 55-100, 100-130, >130 mg/dL.

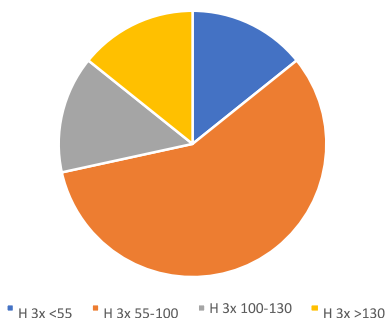


GRÁFICO 07: Relação entre os níveis de LDL-c no sexo masculino, 3x por semana na HDF. Sendo randomizado em 4 grupos de LDL-c: >55, 55-100, 100-130, >130 mg/dL.

Nos gráficos 06 e 07 observamos que entre os homens no tratamento HDF há predomínio dos níveis de LDL colesterol menores que 100 mg/dL na frequência de 4 sessões por semana.

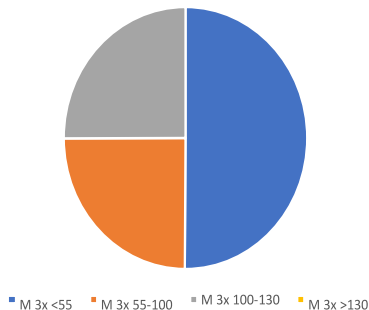


GRÁFICO 08: Relação entre os níveis de LDL-c no sexo feminino, 3x por semana na HDF. Sendo randomizado em 4 grupos de LDL-c: >55, 55-100, 100-130, >130 mg/dL.

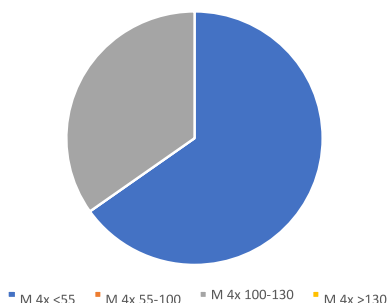


GRÁFICO 09: Relação entre os níveis de LDL-c no sexo feminino, 4x por semana na HDF. Sendo randomizado em 4 grupos de LDL-c: >55, 55-100, 100-130, >130 mg/dL.

Nos gráficos 06 e 07 observamos que entre os homens no tratamento HDF há predomínio dos níveis de LDL colesterol menores que 100 mg/dL na frequência de 4 sessões por semana.

Entre as mulheres do grupo HDF (gráficos 08 e 09) observa-se que nos níveis de LDL-c menores que 55 mg/dL a frequência de sessões semanais é indiferente, enquanto que nos níveis de LDL-c de 55 a 100 mg/dL o grupo de 3 sessões por semana é melhor, mas não se pode tirar conclusões devido ao pequeno número da amostra.

HDF	LDL-c	Frequência	< 55	%	55 - 100	%	Total
Mulheres e homens	mg/dL						
N= 25		3x	2	8	1	4	12%
		4x	2	8	0	0	8%

TABELA 13: Relação entre a diálise HDF com o LDL-c pela frequência semanal em ambos os sexos.

Os resultados mostrados na tabela 13 são evidentes em mostrar melhores níveis de LDL-colesterol no tratamento com frequência de 3 vezes por semana, achado que pode ser devido ao pequeno número de pacientes nesta modalidade de diálise.

d) Por último buscou-se encontrar uma relação entre a frequência de sessões de tratamento por semana e os melhores controles de HbA1C, LDL-c e triglicérides em cada modalidade de tratamento por gênero e pelo total de pacientes independente do sexo.

FINAL	Mulheres Convencional e HbA1C < 6,5 mg% e LDL-c < 100 mg/dL (n= 82)	Homens Convencional e HbA1C < 6,5 mg% e LDL-c < 100 mg/dL (n= 117)	Mulheres HDF e HbA1C < 6,5 mg% e LDL-c < 100 mg/dL (n= 07)	Homens HDF e HbA1C < 6,5 mg% e LDL-c < 100 mg/dL (n= 18)
3x	10 (12,2%)	27 (23%)	2 (28,5%)	2 (11,1%)
4x	14 (17%)	25 (21,3%)	2 (28,5%)	3 (16,6%)

TABELA 14: Relação entre a frequência de sessões (3x e 4x) semanais, com ambos os sexos e tipos de diálise (HDC e HDF) e os melhores controles de HbA1C e LDL-c.

Na tabela 14 observa-se que o melhor controle de HbA1C e LDL-colesterol predomina nos homens com tratamento convencional e nas mulheres com tratamento com HDF.

FINAL Convencional	Mulheres Convencional e HbA1C < 6,5 mg% e LDL-c < 100 mg/dL (n= 82)	Homens Convencional e HbA1C < 6,5 mg% e LDL-c < 100 mg/dL (n= 117)	Total %
3x	12,2%	23%	35,2
4x	17%	21,3%	38,3

TABELA 15: Relação entre a frequência de sessões (3x e 4x) semanais, com ambos os sexos em HDC e os melhores controles de HbA1C e LDL-c.

FINAL HDF	Mulheres HDF e HbA1C < 6,5 mg% e LDL-c < 100 mg/dL ((n= 07)	Homens HDF e HbA1C < 6,5 mg% e LDL-c < 100 mg/dL (n= 18)	Total %
3x	28,5%	11,1%	39,6
4x	28,5%	16,6%	45,1

TABELA 16: Relação entre a frequência de sessões (3x e 4x) semanais, com ambos os sexos em HDF e os melhores controles de HbA1C e LDL-c.

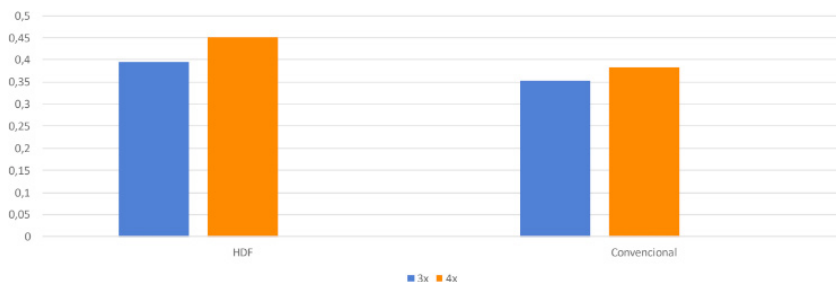


GRÁFICO 10: Relação total de ambos sexos com relação a HbA1c < 6,5 mg/dL e LDL-c <100 mg/dL e a frequência de diálise semanal (3x e 4x) nas duas modalidades referidas.

Ao avaliar os parâmetros HbA1C e LDL-colesterol independente do sexo, mostrado no gráfico 06, observamos que existe uma melhora dos níveis de HbA1C e de LDL-colesterol

nos subgrupos de tratamento de 4 vezes por semana em comparação com 3 vezes por semana, independente da modalidade de hemodiálise (tabelas 15 e 16, gráfico 10).

Convém ressaltar que o pequeno número de pacientes em tratamento HDF estudado interfere nos resultados.

CONCLUSÃO

Quanto ao controle glicêmico avaliado pelo valor de HbA1C, identificou-se que os homens do grupo de tratamento convencional tinham um melhor controle do DM em relação as mulheres, tanto com tratamento dialítico de 3 quanto de 4 sessões por semana, enquanto as mulheres do grupo HDF tem o melhor controle no subgrupo de 3 sessões por semana. Os resultados mostram que independente do sexo, no grupo de 4 vezes por semana, os valores de HbA1C são melhores no HDC. Quanto a eficácia do tratamento dialítico, todas as mulheres em HDC e em HDF, tem os melhores resultados em relação aos homens. Em relação aos valores de LDL-c menores que 55 mg/dL e de triglicérides menores que 150 mg/dL, foi observado que predominam no sexo masculino, nas duas modalidades de hemodiálise analisadas e independente do número de sessões de tratamento semanal. Quando avaliado na HDC, a população feminina e masculina separadamente e juntas, isto é, independente do sexo, os melhores resultados de LDL-c e triglicérides foram do grupo de 4 sessões de hemodiálise por semana. A análise do tratamento com HDF mostrou resultados díspares que provavelmente sofreram influência do pequeno número de pacientes. Quanto a HbA1C, a avaliação do grupo de mulheres e do grupo independente do sexo, isto é, mulheres e homens, estão com resultados melhores no grupo de 3 sessões por semana. Na modalidade HDF, as mulheres predominam em relação aos homens com níveis de LDL-c menores que 55mg/dL independente do número de sessões por semana e o inverso se observa quando analisamos os níveis e LDL-c entre 55 e 100 mg/dL, isto é, os homens predominam em relação às mulheres independente do número de sessões semanais. Com relação ao nível de triglicérides, os homens tem melhores níveis de triglicérides, inferior a 150 mg/dL, na frequência de 4 sessões por semana, enquanto as mulheres apresentam melhores resultados no tratamento com 3 sessões por semana. Entre os homens no tratamento HDF há predomínio dos níveis de LDL-c menor que 100 mg/dL na frequência de 4 sessões por semana e entre as mulheres, nos níveis de LDL-c menores que 55 mg/dL a frequência de sessões semanais é indiferente, enquanto que nos níveis de LDL-c de 55 a 100 mg/dL o grupo de 3 sessões por semana é melhor. Finalmente o estudo mostrou que ao avaliar os parâmetros HbA1C e LDL-colesterol independente do sexo, existia uma melhora dos níveis de HbA1C e de LDL-c nos subgrupos de tratamento de 4 vezes por semana, independente da modalidade de hemodiálise.

Pode-se concluir que o fator mais relevante no controle metabólico, seja glicêmico ou lipidêmico, é o número de sessões de diálise por semana.

Maiores estudos na modalidade de tratamento HDF são necessários para avaliar o perfil lipídico dos pacientes sob este tratamento.

REFERÊNCIAS

Ahman PO, Samuelson D and Alaupevic P, et al. **Lipoprotein metabolism and renal failure.** American journal of Nephrology, 1998; 4: 547-553.

Appel GB, Curhan GC, Sheridan AM, et al. **Lipid abnormalities in patients with chronic kidney disease not requiring dialysis.** UpToDate [Internet]. 2014. [cited 2014 Dec 21]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/lipid-abnormalities-in-patients-with-chronic-kidney-disease-not-requiring-dialysis?source=search_result&search=lip+abnormalities+in+patients+with+chronic+kidney+disease&selectedTitle=1%7E150.

Calculadora Comento. Disponível em comento.com/calculadora-amostal. Acesso em 20/08/2020.

Daugirdas J T. Disponível em [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(15\)01019-7/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(15)01019-7/fulltext). Acesso em 20/08/2020.

Deighan C J et al. **Atherogenic lipoprotein phenotype in end-stage renal failure: origin and extent of small dense low-density lipoprotein formation.** Am J Kidney Dis 35:852-862, 2000.

Diretriz Brasileira de Dislipidemia V e prevenção de aterosclerose Arq Bras Cardiol. 2013; 101(4Supl.1): 1-22 et al.

Fortes P C et al. **Glycemic and lipidic profile in diabetic patients undergoing dialysis.** Arq Bras Endocrinol Metab [online]. 2010, vol.54, n.9, pp.793-800.

Kilpatrick R D et al. **Association between Serum Lipids and Survival in Hemodialysis Patients and Impact of Race.** JASN 2007, 18: 293-303; doi:10.1681/ASN.2006070795.

Klafke A, Moriguchi E, Barros EJ, et al. **Perfil lipídico de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento conservador, hemodiálise ou diálise peritoneal.** J Bras Nefrol. 2005; 27(2):116-23.

Mathenge R N, Mcligeo S O, Mutua A K and Otieno L S et al. **The spectrum of echocardiographic finding in chronic renal failure.** East African Medical Journal, 2003;70(3): 97-103.

Moronkola O A, Ojediran M M, and Amosu A. **Menstrual disorder in chronic renal failure patients attending renal clinics in Ibadan, Nigeria.** African Health Sciences, 2006; 6 (3): 155-160.

Nakao, Toshiyuki et al. **Best Practice for Diabetic Patients on Hemodialysis 2012. Apheresis and Dialysis 2015;** 19(Supplement 1):40–66 doi: 10.1111/1744-9987.12299.

New 2019 guidelines for CVD management and diabetes.

Sociedade Brasileira De Nefrologia [Internet]. São Paulo: SBN. [citado 2012 Jun 30]. Disponível em <http://www.sbn.org.br/index.php?previna&menu=6>.

Vilar E, Fry AC, Wellsted D, Tattersall JE, Greenwood RN, Farrington K. **Long-term outcomes in online hemodiafiltration and high-flux hemodialysis: a comparative analysis.** Clin J Am Soc Nephrol. 2009;4(12):1944-53

Visconti L, Benvenga S, Lacquaniti A, Cernaro V, Bruzzese A, Conti G et al. **Lipid disorders in patients with renal failure: Role in cardiovascular events and progression of chronic kidney disease.** Journal of Clinical & Translational Endocrinology, 6 (2016) 8–14.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: SAÚDE MASCULINA- CAMPANHA NOVEMBRO AZUL

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 20/04/2021

Gabriel Toledo Guerra

Universidade de Franca
Franca-SP

<http://lattes.cnpq.br/4781907822298843>

João Pedro Leonardi Neves

Universidade de Franca
Franca-SP

<http://lattes.cnpq.br/4337453732181117>

Heitor Castilho de Morais

Universidade de Franca
Franca-SP

<http://lattes.cnpq.br/0234017634207441>

Saygra Batista Sousa

Universidade de Franca
Franca-SP

<http://lattes.cnpq.br/7953178413076744>

Isabela Ovídio Ramos

Universidade de Franca
Franca – SP

<http://lattes.cnpq.br/3019069943787583>

Álvaro Augusto Trigo

Professor do Curso de Medicina da Faculdade
de Franca

<http://lattes.cnpq.br/0810032772869508>

RESUMO: Introdução: A saúde numa faixa etária de adultos reflete majoritariamente hábitos e influência ambiental em relação à genética.

Em pleno século XXI, existe um tabu quanto a medidas de prevenção devido a associação entre doença e fragilidade. Vê-se que o sexo masculino tem percentual maior de mortalidade entre as enfermidades crônicas, devido a procura tardia de um médico e ao tratamento irregular, devido a minimização dos fatos, com baixa procura da atenção primária pelos homens. **Metodologia:** Através da campanha Novembro Azul, teve-se contato com homens desde jovens a idosos, onde foi realizada orientações pelos alunos de Medicina da Universidade de Franca do 5º ano, quanto a alimentação adequada, ressaltou-se a importância das consultas de rotina e foram realizados a aferição da pressão arterial, peso, cálculo de IMC (índice de massa corpórea) e medida de circunferência abdominal, orientado sobre os riscos do sedentarismo e da obesidade, e questionado sobre uso de medicações para doenças crônicas como diabetes e hipertensão, se realizavam o uso adequado e há quanto tempo foram a uma consulta de rotina. Nos casos de comorbidade associada a pico pressórico ou aumento de glicemia capilar orientamos a procura de uma unidade de saúde e nos casos que se enquadravam na faixa etária adequada ressaltamos a importância do rastreamento para câncer de próstata. **Resultados:** Verificou-se que a maioria da população triada que apresentou alterações pressóricas, um IMC elevado ou uma glicemia alterada usavam a rotina exaustiva como uma justificativa para inadequação alimentar e sedentarismo, além de argumentarem que as consultas médicas eram de difícil acesso devido aos horários, não assumindo a responsabilidade pelos próprios

atos e consequentemente amenizando a situação. **Conclusão:** O Ministério da Saúde implementou políticas para nortear as ações de atenção integral à saúde do homem e estimular o autocuidado, como a campanha nacional “Novembro azul”, a qual tem como intuito do diagnóstico precoce do câncer de próstata. Portanto é nítido que a identificação precoce de doenças aumenta as chances de um tratamento eficaz e previne consequências irreversíveis de uma doença crônica.

PALAVRAS-CHAVE: Comorbidade, Neoplasias da Próstata, Programas de Rastreamento.

EXPERIENCE REPORT: MEN’S HEALTH-NOVEMBER BLUE CAMPAIGN

ABSTRACT: Introduction: Health in an adult age group mostly reflects habits and environmental influence in relation to genetics. In the middle of the 21st century, there is a taboo regarding preventive measures due to the association between disease and fragility. It is seen that the male sex has a higher percentage of mortality among chronic diseases, due to the late search for a doctor and irregular treatment, due to the minimization of the facts, with low demand for primary care by men. **Methodology:** Through the November Blue campaign, there was contact with men from young to elderly, where guidance was given by the medical students of the University of Franca of the 5th year, regarding adequate nutrition, the importance of routine consultations blood pressure, weight, BMI (body mass index) and waist circumference were measured, oriented about the risks of physical inactivity and obesity, and asked about the use of medications for chronic diseases such as diabetes and hypertension, if performed the proper use and how long ago they went to a routine consultation. In cases of comorbidities associated with peak blood pressure or increased capillary blood glucose, we advise the search for a health unit and in cases that fall within the appropriate age range, we emphasize the importance of screening for prostate cancer. **Results:** It was found that the majority of the screened population who had blood pressure changes, a high BMI or an altered blood glucose used the exhaustive routine as a justification for inadequate food and physical inactivity, in addition to arguing that medical appointments were difficult to access due to the times, not assuming responsibility for their own actions and consequently mitigating the situation. **Conclusion:** The Ministry of Health has implemented policies to guide the actions of comprehensive attention to men’s health and encourage self-care, such as the national campaign “Blue November”, which aims at the early diagnosis of prostate cancer. Therefore, it is clear that the early identification of diseases increases the chances of effective treatment and prevents the irreversible consequences of a chronic disease.

KEYWORDS: Comorbidity, Mass Screening, Prostatic Neoplasms.

INTRODUÇÃO

Os primeiros estudos acerca da saúde de homens surgiram no final dos anos 1970, nos Estados Unidos. Voltados principalmente para problemas de saúde, parte deles apontava que, embora mais poderosos do que as mulheres, os homens estavam em desvantagem em relação às taxas de morbimortalidade. A partir dos anos 1990 a abordagem focaliza as singularidades de homens no processo saúde-doença, a partir de uma perspectiva relacional de gênero. (SCHWARZ e GOMES, 2015)

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. (XAVIER, 2015)

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas. (XAVIER, 2015)

As pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde a saber: barreiras socioculturais e barreiras institucionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Com isso, em 2009, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde. A PNAISH destaca a singularidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, bem como aponta princípios para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis na população masculina de 20 a 59 anos. (SCHWARZ e GOMES, 2015)

Um dos principais objetivos desta Política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. (SCHWARZ e GOMES, 2015)

O Ministério da Saúde vem cumprir seu papel ao formular a Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Uma das ações realizadas pelo Ministério da Saúde visando a promoção de

saúde masculina é a campanha nacional “Novembro Azul”, que objetiva conscientizar a comunidade masculina sobre a importância do cuidado com a saúde e da necessidade de procurar o serviço de saúde básica para prevenir e identificar doenças precocemente. Dado essa importância, alunos do curso de medicina da UniFran promoveram uma ação em uma igreja da cidade de Franca, com intuito de reforçar a importância do cuidado da saúde do homem.

OBJETIVOS

A campanha do Novembro Azul visa conscientizar a respeito do diagnóstico precoce do câncer de próstata e outras doenças comuns em homens, além de fornecer informações adequadas sobre o exame de toque, o qual é muito estereotipado, diminuindo o preconceito existente na sociedade e englobando maior número de adeptos a prevenção em saúde.

A contraindicação do rastreamento feito pelo Ministério da Saúde se deve ao grande número de resultados falso-positivos, biópsias desnecessárias, sobrediagnóstico e sobretratamento. Em contrapartida a Sociedade Brasileira de Urologia mantém sua recomendação de que homens a partir de 50 anos devem procurar um profissional especializado, para avaliação individualizada. Aqueles da raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata devem começar aos 45 anos. O rastreamento deverá ser realizado após ampla discussão de riscos e potenciais benefícios. Após os 75 anos poderá ser realizado apenas para aqueles com expectativa de vida acima de 10 anos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2016)

A ação teve como objetivo a maior conscientização da saúde atual, através de perguntas sobre hábitos de vida (atividade física, alimentação, entre outros) e por meio da aferição local da pressão arterial e por meio da enquete e o seu resultado, a pontuação obtida fornecia uma recomendação. Além disso outras recomendações eram também fornecidas pelos alunos da faculdade de Medicina da Universidade de Franca.

MÉTODOS

Para realizar a ação do Novembro Azul foram usados aparelhos para aferição de pressão, aparelhos de glicemia capilar, fita métrica e balança para cálculo do IMC, além de um material educativo que mostrava a quantidade de gordura, sal e açúcar presentes em alimentos industrializados comuns no nosso dia a dia. Para colher os dados obtidos nas avaliações realizadas no dia, foram usados formulários para preencher com o nome e os resultados obtidos de cada paciente.

Também foi preenchida uma planilha, a qual tinha como dados: Nome; Idade; Peso; Altura; IMC; Escolaridade; Sobre a prática de atividade física; Dieta; hábitos de vida; Presença de comorbidades; uso de medicamentos de controle.

Através desses dados obtidos era possível classificar o indivíduo quanto aos hábitos, se estão adequados ou não, quanto a saúde atual e conseqüentemente quanto a qualidade de vida.

Após as perguntas e a aferição da pressão era entregue um folheto, igual a imagem demonstrada anteriormente para maior conscientização dos homens sobre as principais causas de morte no seu grupo, ações que são fornecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à população masculina e algumas dicas para melhoria da saúde individual, para que possam se identificar e ter a consciência da importância dos cuidados à saúde. Além disso foram deixados folhetos com um responsável pela igreja para que fosse passada essa informação para outras pessoas que não estavam presentes no dia.

RELATO DE CASO

No dia da campanha, vários alunos do grupo do internato de medicina da faculdade se reuniram para promover a promoção da saúde masculina, além da preocupação em estimulá-los a ter autocuidado e a buscar o serviço de saúde antes da complicação de outras doenças.

A ação foi realizada na frente de uma igreja da cidade de Franca, o ponto e horário escolhido foi estratégico, pois foi em um período que estava acontecendo uma missa e logo após haveria o terço dos homens, ou seja, momento oportuno para recrutar o público masculino para participar da ação realizada, já que esse grupo tem maior resistência em procurar o sistema de saúde tanto por variáveis culturais, quanto por não ter tempo de ir até uma unidade básica por estar exercendo suas atividades laborais. Uma questão apontada pelos homens para a não buscar pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho.

Mesmo com a campanha ser totalmente destinada aos homens e ao cuidado de sua saúde, muitas mulheres que saíram da missa tiveram a preocupação de ir até as estações de aferição de PA, glicemia e IMC e saber mais sobre sua condição de saúde, realizando todas as etapas dos exames disponíveis, enquanto isso, os homens já tiveram menos interesse em se informar ou preferiram somente aferir a pressão pois, estavam receosos em medir a glicose capilar por necessidade de furar o dedo.

Antes e após o terço dos homens, houve maior adesão e interesse por parte do público masculino em procurar saber como estava sua saúde e realizar os exames disponíveis. Essa maior procura, diferentemente do que havia acontecido após a missa, talvez tenha relação que no local havia apenas o público masculino, deixando-os menos inibidos, ou pelo fato de ao verem que um amigo do grupo do terço teve a iniciativa de aderir a proposta da campanha, perderam a timidez e resolveram participar também.

A maior parte do público atendido era de adultos com idade superior a 50 anos e

grande parte desse grupo relatou possuir alguma efemeridade crônica, a mais prevalente foi hipertensão arterial. Mesmo tendo conhecimento sobre a patologia e dizendo fazer uso de remédios hipotensores, muitos desses homens apresentaram valores alterados da pressão arterial, resgatando o fato de que o uso do remédio isolado não consegue regular a pressão de forma eficiente se não houver uma dieta balanceada e a prática frequente de exercícios físicos.

DISCUSSÃO

Diante da atividade foi possível notar a dificuldade que o homem tem em reconhecer a necessidade e importância de se preocupar com sua saúde e procurar a rede de saúde para realização de exames de rotina ou até para acompanhar alguma comorbidade já diagnosticada. Eles tendem a cultivar um pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer. A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico diagnostique qualquer doença, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

O fato de as mulheres que estavam no local procurarem ir até as estações de aferição de PA, glicemia e IMC e tirar dúvidas sobre sua condição de saúde, mesmo sendo uma campanha dirigida ao público masculino, demonstra um pouco sobre a teoria de a mulher ser mais preocupada com a própria saúde, o que reforça a necessidade da promoção de campanhas que encorajem o homem a cuidar mais de si.

“Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo as efemeridades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam como as mulheres, os serviços de atenção básica.” (XAVIER, 2015)

Um ponto importante a ser destacado dessa campanha é a necessidade abolir o estereótipo sobre a campanha do novembro azul ser um mês destinado somente ao exame proctológico e a prevenção do câncer de próstata, fato que não corresponde com a realidade, pois o mês de novembro é usado pelo Ministério da Saúde como um período do ano dedicado especialmente em dar atenção a saúde masculina e estimular esse público a ter maior preocupação com sua saúde não só no mês azul, mas sim durante o ano todo.

“Quando se fala em um homem ir a uma consulta médica, muitas pessoas pensam logo no exame de próstata. No entanto, o homem não é somente próstata, existe uma série de doenças que comprometem a saúde do homem e que devem ser levadas em consideração na hora que esse homem procura pelo atendimento de saúde.” (XAVIER, 2015)

Com tudo isso, o homem não pode ser visto apenas como um ser biológico. Por isso se defende, que a saúde integral do homem é muito mais do que uma questão biológica. Ele é um ser biopsicossocial e precisa de fato consolidar a saúde como uma questão de cidadania.

CONCLUSÃO

A saúde do homem é ainda um tema recente e pouco discutido pela população. Pode-se afirmar que devido a aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde brasileiro, os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde. Com isso, torna-se necessário à implementação de ações na sociedade que visem valorizar a saúde masculina.

A campanha realizada pelos alunos é uma forma de tentar mudar essa realidade brasileira aos poucos, disseminando informação de forma simples e prática, estimulando cada vez mais homens a se importarem com o autocuidado e com a prevenção de várias doenças que no futuro poderiam trazer consequências como morbidade e/ou mortalidade.

É importante ressaltar que o homem não pode ser visto apenas como um ser biológico. Por isso se defende, que a saúde integral do homem é muito mais do que uma questão biológica. Ele é um ser biopsicossocial e precisa entender que a saúde é uma questão de cidadania e direito que lhe são garantidos pela Constituição. Portanto, é necessário garantir a visibilidade do homem, visto que a sua saúde integral o envolve como um todo. (SCHWARZ e GOMES, 2015)

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2008.

XAVIER, A. D. S. **Promoção e prevenção da Saúde do Homem na Unidade Básica de Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Portal da urologia**, 2016. Disponível em: <<http://portaldaurologia.org.br/destaques/nota-oficial-2017-rastreamento-do-cancer-de-prostata/>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SCHWARZ, E.; GOMES, R. Política de saúde do homem. **Revista de saúde pública**, 2015. 108-116.

CAPÍTULO 22

REVISÃO DE LITERATURA SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM ESTUDANTES DE MEDICINA NO BRASIL

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 05/03/2021

Daniel Atuatti

Universidade Universidade Comunitária da
Região de Chapecó (Unochapecó)
Chapecó - SC

Marília Elis Reichert

Universidade Comunitária da Região de
Chapecó (Unochapecó)
Chapecó – SC

Lucimare Ferraz

Universidade Comunitária da Região de
Chapecó (Unochapecó)
Chapecó – SC

RESUMO: A higienização das mãos é uma medida fácil, rápida e simples de antissepsia e tem importante papel na prevenção de infecções hospitalares. Verificar a correlação entre lavagem de mãos e possíveis infecções relacionadas. Foram pesquisados artigos que analisaram as técnicas de higienização das mãos dos estudantes de Medicina, como critério de inclusão foram selecionados temas publicados em português e espanhol, entre os anos de 2000 a 2019. Além disso, foi utilizado um manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dessa forma, foi realizado um levantamento de dados nas principais plataformas científicas como Scielo e Pubmed a fim de elaborar uma revisão bibliográfica sobre a técnica de higienização das mãos. A higienização das mãos é uma

importante medida para reduzir a incidência de infecções hospitalares e a antissepsia alcoólica é a estratégia que favorece o aumento da adesão dos estudantes de Medicina a essa técnica.

PALAVRAS-CHAVE: Antissepsia; infecções hospitalares; técnicas de higienização prevenção.

LITERATURE REVIEW ON HAND HYGIENIZATION IN MEDICINE STUDENTS IN BRAZIL

ABSTRACT: Hand hygiene is an easy, quick and simple measure of antiseptics and has an important role in preventing nosocomial infections. Check the correlation between hand washing and possible related infections. Articles that analyzed the hand hygiene techniques of medical students were researched. As an inclusion criterion, themes published in Portuguese and Spanish between 2000 and 2019 were selected. In addition, 01 manuals from the National Health Surveillance Agency were used. Thus, a data survey was carried out on the main scientific platforms such as Scielo and Pubmed in order to prepare a bibliographic review on the hand hygiene technique. Hand hygiene is an important measure to reduce the incidence of nosocomial infections and alcoholic antiseptics is the strategy that favors the increase of medical students' adherence to this technique.

KEYWORDS: Antissepsia; nosocomial infections; prevention hygiene techniques.

INTRODUÇÃO

O Centers for Disease Control and

Prevention (CDC) define as IRAS como uma condição localizada ou sistêmica, resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso adquirido após admissão nos serviços de saúde.

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), representam grande risco a saúde do paciente, e podem também ser um problema para a segurança dos profissionais de saúde, além de trazer prejuízos financeiros ao sistema de saúde, e acometer milhares de vidas devido ao IRAS (OMS, 2009).

A higienização das mãos, e uma medida de prevenção de saúde primária, ela evita as infecções cruzadas de micro-organismos, e isso representa uma medida importantíssima para garantir segurança aos pacientes (ANVISA, 2009).

O termo Higienização das mãos significa a higiene simples, a higiene antisséptica e a antisepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos. É essencial, o médico estar ciente e preparado para executar a técnica correta (BRASIL, 2007).

Desde 1989, que existe um manual no Brasil, para orientar os profissionais da saúde sobre as técnicas para lavar as mãos, isso se encontra no “Lavar as mãos: informações para os profissionais de saúde” (BRASIL, 1989).

O Ministério da Saúde reforçou a importância da utilização da técnica, o Anexo IV da Portaria MS nº 2.616/98, no qual elaborou o programa de controle de infecções nos estabelecimentos de assistência à saúde no país (BRASIL, 1998).

No Brasil, a OMS estima que entre 16 a 37 pessoas contraem infecções a cada 1.000 pacientes atendidos. Estimativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), apontam que a taxa média de infecção hospitalar é de 9%, com uma letalidade de 14,35%. Com esses dados, mostra que a prática de higienização das mãos, não está sendo realizada de forma correta, isso pode evidenciar que a formação de novos profissionais de saúde, de certa forma estão despreparados com o manejo.

O manejo das práticas de biossegurança ainda é pouco debatido nas universidades brasileiras, isso pode representar profissionais que não realizaram de forma correta as práticas de higienização das mãos, podendo colocar em risco a segurança dos pacientes, e contribuir com o elevado número de infecções hospitalares (SANTANA et al., 2016).

OBJETIVOS

- Encontrar as fragilidades entre infecções hospitalares e a técnica de lavagem das mãos;
- Verificar a correlação entre segurança hospitalar e higienização das mãos;

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa definida como revisão da literatura, tendo como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema, de maneira organizada e abrangente, contribuindo assim para o aprofundamento do conhecimento sobre o assunto escolhido. A coleta de dados foi realizada por meio de análises de artigos e teses, sendo utilizadas as seguintes palavras-chave: Higienização de Mãos, Prevenção em Saúde e Técnica de Lavagem de Mãos, que foram coletadas de bases de dados como Scielo, PubMed, Anvisa e Ministério da Saúde no período de 2000 a 2019.

Como critérios de inclusão, foram selecionados estudos nos idiomas português e espanhol publicados entre os anos de 2000 a 2019. Já como critérios de exclusão, foram retirados estudos em língua inglesa e que não foram divulgados nas plataformas escolhidas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Infecções relacionadas à assistência

As Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS), estão relacionadas com a transmissão cruzada, as infecções podem ser acometidas por bactérias, fungos e vírus. Esses organismos, dependendo da condição clínica do paciente, podem representar chances de acometer problemas em suas funções fisiológicas podendo levar a morte. As unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), são exemplo que uma simples bactéria pode trazer problemas sérios para os recém nascidos, que ainda não tem uma imunidade “forte” para enfrentar tais doenças relacionadas aos micro organismos (Enfermería Global, 2015).

Segundo a lei Nº 9.431 “Art. 1º Os hospitais do País são obrigados a manter Programa de Controle de Infecções Hospitalares - PCIH” (BRASIL, 1997). As IRAS são uma responsabilidade do governo, pois trazem várias consequências, sendo elas econômicas e sociais, porém só estabelecer leis, diretrizes e portarias não são suficientes para ter uma boa base para evitar o IRAS nas unidades de saúde pelo Brasil, é necessário boa estrutura de trabalho, conhecimento das mudanças e dos novos patógenos, e por isso um dos pilares mais importantes seria que os profissionais da área da saúde tenham a preparação necessária, sendo ela por cursos ou matérias na faculdade, que através destes podem formar um profissional preparado (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

Um dos pilares que problematizam as IRAS no Brasil é a falta de investimentos e a heterogeneidade das regiões brasileiras. Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) começou a trabalhar e estudar as IRAS nos hospitais brasileiros, encontrando sinais importantes e trazendo hipóteses por que ainda existem elevados números de mortes por infecções hospitalares. A fragilidade estrutural é o principal fator

encontrado, por exemplo, a região do nordeste brasileiro representa que 46% dos hospitais não apresentam laboratório de microbiologia. Além dos recursos que são escassos, falta mão de obra especializada, em decorrência disso percebe-se que de certa forma o país não está qualificando da forma correta os novos profissionais da saúde (PADOVEZE e FORTALEZA, 2013).

Os dados sobre as IRAS são pouco documentados e isso dificulta em mostrar o quanto é preocupante essa situação para a comunidade, mas geralmente ela acomete pacientes que seu estado clínico está comprometido (SOUZA et al., 2015).

Quando realizar a técnica

As informações mais recentes sobre a temática publicadas no Manual “Lavar as mãos” pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2007, apresenta as indicações para realização da HM, distinguindo-as de acordo com o uso de água e sabão (quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; ao iniciar e terminar o turno de trabalho; antes e após ir ao banheiro; fazer as refeições; preparar alimentos; manipular medicamentos; entrar em contato com paciente colonizado ou infectado por *C. difficile* e após várias aplicações consecutivas de produto alcoólico) e uso de preparações alcoólicas (antes e após contato com o paciente e remoção de luvas; antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico; após risco de exposição a fluidos corporais; ao mudar de um sítio corporal contaminado, para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente e após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente).

As mãos dos profissionais de saúde são o principal vetor de patógenos, por isso é necessária a higienização para evitar a transmissão aos pacientes, nos quais os profissionais têm responsabilidades morais para a execução da técnica, pois sua negligência pode causar uma infecção no paciente. O profissional que comete algum erro na higienização das mãos tem o seu erro classificado como violação de rotina, que ocorre esse erro frequentemente, o que é ainda mais perigoso, mas pode ser associado a violação errônea, relacionada a falta de conhecimento da prática. A violação errônea corrobora em afirmar a tese que os estudantes de medicina, não estão vindo com a teoria e a prática consistentes para o mercado de trabalho (ANACLETO; PETERLINI; PEDREIRA, 2016).

Técnica de Higienização das Mãos

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a lavagem das mãos tem como finalidade remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas e dura em torno de 40 a 60 segundos. A técnica com o uso de água e sabão consiste basicamente em:

1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia;

2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir quantidade recomendada pelo fabricante);
3. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
7. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos dos dedos para os punhos;
11. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
12. Enxugar as mãos com papel toalha;
13. Fechar a torneira acionando o pedal; com o cotovelo ou utilizar o papel toalha; ou ainda, sem nenhum toque, se a torneira for fotoelétrica. Nunca use as mãos.

Já a técnica de fricção das mãos com solução alcoólica deve durar em torno de 20 a 30 segundos e consiste em:

1. Aplicar moderada quantidade de álcool nas mãos;
2. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
3. Friccionar o polegar esquerdo com o auxílio da mão direita e vice versa;
4. Friccionar as polpas digitais de ambas as mãos;
5. Por fim, quando as mãos estiverem secas o indivíduo estará devidamente higienizado.

Conhecimento dos estudantes de medicina no Brasil referente a técnica de higienização das mãos

A importância do tema, não está proporcional, com a oferta de grade das universidades, que optaram por não colocar uma matéria específica em sua grade, pois já acham que os alunos contenham uma carga horária grande, então utilizam de colocar o tema higienização das mãos em outras matérias, tendo apenas alguns pontos durante

a graduação. A grande diferença do número de infecções hospitalares do Brasil para países desenvolvidos, além do aporte financeiro e estrutura de melhor qualidade, e de que, nestes países, os graduandos contêm na grade uma matéria específica sobre o tema de higienização das mãos, o que contribui para formar profissionais capacitados (PEDREIRA et al., 2013).

Com a falta de uma matéria específica sobre o tema, estamos criando profissionais que superestimam a adesão das práticas de higienização das mãos. Isso evidencia que muitos profissionais consideram em não dar muita importância para o tema, pois em sua vida acadêmica, não aprenderam os riscos das infecções hospitalares.

É importante que todas as instituições de ensino em saúde tanto públicas ou privadas, garantem a implementação de um programa educacional, que trate sobre as IRAS (PEDREIRA et al., 2013).

A dificuldade de estrutura, apontada pela ANVISA, será uma dificuldade para os estudantes tanto no internato como em estágios, que estarão em perigo, pois a estrutura do local de estudo e futuramente de trabalho, não garantem que o estudante esteja livre das IRAS. Além da falta de estrutura, e estudantes que não tiveram qualificação adequada, a falta de materiais, como álcool, e frequentemente encontrada, disponibilizando mais uma dificuldade, está soma de erros, pode levar a morte de diversos pacientes (PEDREIRA et al., 2013).

Estamos passando por uma pandemia mundial devido ao COVID-19, mas já tivemos que enfrentar outro vírus recentemente que foi a Influenza A (H1N1), que mostrou na época que acadêmicos de Medicina não estavam praticando de forma correta o padrão de lavagem das mãos. Alguns anos se passaram desde a pandemia de H1N1 e a revisão de artigos mostra que houve pouca evolução no ensino de acadêmicos de Medicina (PEDROSO et al., 2012).

Estudos apontam que no dia a dia o estudante lava menos de oito vezes a mão por dia, o que é considerado errado, pois é o principal equívoco e que a lavagem ocorre somente com água, que não eliminaria microrganismos, esses dados foram colhidos por artigos durante a pandemia do H1N1, se estes estudantes e os novos não tiverem uma boa qualificação na pandemia do COVID-19 também poderemos estar enfrentando estes erros (PEDROSO et al., 2012).

A formação dos profissionais com uma percepção de prevenção é um desafio que as universidades têm para atingir, profissionais mais preparados na prevenção podem representar para o país uma economia em gastos públicos. Na higienização das mãos interessa não apenas a adesão, mas a sua execução de forma correta. A parte teórica é essencial para os graduandos do curso de Medicina, mas o essencial seria eles aplicarem as técnicas na prática, estarem aptos para realizar e executar os passos de forma correta (TIPPLE et al., 2010).

Estudantes de Medicina que frequentam semestres mais avançados,

consequentemente mais experientes na prática clínica, apresentavam maior adesão à prática de higienização das mãos comparado aos estudantes de semestres mais iniciais (GRAF et al., 2011 apoud CAIRES, 2014).

De acordo com APOUSCHEIDT e CARVALHO (2006), conforme citado por CAIRES (2014) um fator que está sendo negligenciado pelos acadêmicos está sendo a não retirada de adornos como anéis, pulseiras e relógios no momento da higienização, o que contribui para contaminação e a permanência destes microrganismos nas mãos dos estudantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi pesquisado, é possível concluir que a higienização das mãos nos estudantes de Medicina é um fator extremamente necessário no combate a patógenos e consequentemente na diminuição da taxa de infecções relacionadas à assistência à saúde, porém a técnica de lavagem das mãos com água e sabonete ou solução alcoólica ainda não é uma medida plenamente adotada pelos futuros profissionais da saúde, em decorrência de alguns aspectos comportamentais como queixas de irritação e ressecamento ou o estreitamento da relação com o paciente.

Sendo assim, faz-se necessária a promoção de métodos e estratégias a fim de ampliar a higienização das mãos e isso torna-se possível através de programas educacionais cuidadosamente planejados que visem a efetiva implementação da técnica correta a fim de garantir não só a segurança do estudante de Medicina como também do paciente e dos seus acompanhantes.

Por fim, a antissepsia alcoólica mostrou-se como a estratégia que melhor favorece o aumento à adesão dos estudantes de Medicina a técnica de lavagem das mãos.

REFERÊNCIAS

ANACLETO; Aline Santa Cruz Belela, et al. **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A SEGURANÇA DO PACIENTE: PERSPECTIVA DE DOCENTES E UNIVERSITÁRIOS**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/05.pdf>> Acesso em: 01 set. 2020.

Belela-Anacleto ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. **Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):442-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0189>

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2017.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **NOTA TÉCNICA N°01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. Brasília: Anvisa, 2018.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p. 1. Vigilância Sanitária. 2. Saúde Pública. I. Título

CAIRESL- SANTANA, Marcella, et al. **Avaliação das Práticas de Higienização por Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Brasil) durante Atendimento Clínico Assessment of Hygiene Practices**. Revista Brasileira de Educação Médica, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n3/1981-5271-rbem-40-3-0411.pdf>> Acesso em: 07 set. 2020.

Centers for Disease Control and Prevention (US): CDC/NHSN **Surveillance Definitions for Specific Types of Infections**. Atlanta (US): CDC; 2014> Acesso em: 05 de set. 2020.

Oliveira HM, Silva CPR, Lacerda RA. **Policies for control and prevention of infections related to healthcare assistance in Brazil: a conceptual analysis**. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):502-508. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400018>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **DIRETRIZES DA OMS SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (VERSÃO PRELIMINAR AVANÇADA)**. Geneva. Disponível: < <https://www.who.int/patientsafety/en/>>

PADOVEZE E FORTALEZA. **Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil**. Rev Saúde Pública 2014;48(6):995-1001. Disponível em:< https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf> Acesso em: 03 set. 2020.

PAULA, Angélica Oliveira; SALGE, Ana Karina Marques; PALOS, Marinésia Aparecida Prado. **Infecções relacionadas à assistência em saúde em unidades de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa**. Revista eletrônica de enfermagem. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/pt_1695-6141-eg-16-45-00508.pdf> Acesso em: 07 set. 2020.

PEDROSO, Carla Ciriani. **Hábitos de higiene dos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Campos após a pandemia de Influenza A (H1N1)**. Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos - Volume 7 - Número 2 - Novembro de 2012. Disponível em: <<http://www.fmc.br/revista/V7N2P08-11.pdf>> Acesso em: 04 set. 2020.

SOUZA SENA, Ester, et al. **Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 220-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00220.pdf> Acesso em: 03 set. 2020.

TIPPLE VEIGA, Anaclara Ferreira, et al. **Técnica de higienização simples das mãos: a prática entre acadêmicos de Enfermagem**. Ciência e Enfermaria, 2010. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cient/v16n1/art_06.pdf> Acesso em: 07 set. 2020.

RISCO E VULNERABILIDADE NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 09/03/2021

Mirella Infante Albuquerque Melo

Universidade Católica de Pernambuco
Recife-PE
<http://lattes.cnpq.br/2080120939981284>

Adriana Infante Albuquerque Melo

Universidade de Pernambuco - Faculdade de
Ciências Médicas
Recife-PE
<http://lattes.cnpq.br/6928549448285017>

Débora Regueira Fior

Universidade Católica de Pernambuco
Recife-PE
<http://lattes.cnpq.br/4746654297987921>

Manuela Barbosa Rodrigues de Souza

Universidade Católica de Pernambuco
Recife-PE
<http://lattes.cnpq.br/0650349955134743>

Mauro Henrique Silva Vieira

Universidade São Lucas - UNISL
Porto Velho - Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/0534287798314188>

Paula Fernanda Soares de Araújo Meireles Costa

Universidade Católica de Pernambuco
Recife-PE
<http://lattes.cnpq.br/5931887794731480>

Victor Rocha Martins

Universidade de Pernambuco - Faculdade de
Ciências Médicas
Recife-PE
<http://lattes.cnpq.br/7308783544346411>

RESUMO: **Introdução:** O risco e/ou vulnerabilidade dos profissionais de saúde estão presentes nas práticas hospitalares, já que se expõem a variados riscos biológicos que podem ocasionar um acidente de trabalho. Este trabalho tende a mostrar a importância da prevenção e da conduta profilática imediata frente aos acidentes ocupacionais. **Objetivo:** Avaliar risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, através da coleta de dados de 60 profissionais de saúde, que trabalham no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Recife e no Hospital de Câncer de Pernambuco, através de uma entrevista individual com um questionário. **Resultados:** Dos 60 participantes, 10 (16,67%) são do sexo masculino e 50 (83,33%) são do sexo feminino; 12 (20%) são enfermeiros e 48 (80%) são técnicos de enfermagem. Os técnicos de enfermagem, foi a categoria que mais sofreu acidentes e que ocorreu prevalência de lesões percutâneas causadas por seringas e agulhas, sendo o sangue o material biológico mais envolvido nas exposições. Sobre as circunstâncias como o acidente ocorreu, verificou-se a maior prevalência durante o atendimento ao paciente. Quanto à prevalência dos fatores contribuintes, muitos profissionais fizeram uso inadequado de

EPI e do material perfurocortante. Apesar da maioria dos profissionais expostos ao risco biológico terem procurado a emergência médica após o acidente ocupacional, muitos não realizaram a profilaxia adequada no tempo hábil de até 72h. Destaca-se que a subnotificação de acidentes de trabalho ainda é frequente no nosso dia a dia, dificultando conhecer a real situação dos acidentes e a falta de informação. **Conclusão:** Nota-se que, os acidentes de trabalho são bastante constantes na prática hospitalar. Dessa forma, o uso de EPI's e a implantação de programas educativos a respeito das medidas de biossegurança, podem auxiliar na diminuição da vulnerabilidade dos riscos dos trabalhadores para minimizar os incidentes ocupacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes ocupacionais; risco; vulnerabilidade; profilaxia.

RISK AND VULNERABILITY IN THE PRACTICES OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

ABSTRACT: Introduction: The risk and / or vulnerability of health professionals are present in hospital practices, since they are exposed to various biological risks that can cause an accident at work. This work tends to show the importance of prevention and immediate prophylactic conduct in the face of occupational accidents. **Objective:** To assess risk and vulnerability in the practices of health professionals. **Methods:** Descriptive, retrospective, quantitative study, through the data collection of 60 health professionals, who work at Hospital Santa Casa de Misericórdia do Recife and at Hospital de Câncer de Pernambuco, through an individual interview with a questionnaire. **Results:** Of the 60 participants, 10 (16.67%) are male and 50 (83.33%) are female; 12 (20%) are nurses and 48 (80%) are nursing technicians. Nursing technicians were the category that suffered the most accidents and that there was a prevalence of percutaneous injuries caused by syringes and needles, with blood being the biological material most involved in the exposures. Regarding the circumstances in which the accident occurred, there was a higher prevalence during patient care. As for the prevalence of contributing factors, many professionals made inappropriate use of PPE and sharps. Despite the fact that the majority of professionals exposed to biological risk sought medical emergency after an occupational accident, many did not carry out adequate prophylaxis in a timely manner of up to 72 hours. It is noteworthy that the underreporting of accidents at work is still frequent in our daily lives, making it difficult to know the real situation of accidents and the lack of information. **Conclusion:** It is noted that occupational accidents are quite constant in hospital practice. Thus, the use of PPE's and the implementation of educational programs regarding biosafety measures, can help to reduce the vulnerability of workers' risks to minimize occupational incidents.

KEYWORDS: Occupational accidents; risk; vulnerability; prophylaxis.

1 | INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo, o processo de viver humano é marcado pelo crescimento das incertezas e da sensação de fragilidade diante dos fatores de risco e vulnerabilidade aos quais todas as pessoas, direta ou indiretamente, estão expostas. Essas características repercutem-se também no cotidiano de trabalho dos indivíduos, pois o trabalho é um dos

principais eixos estruturantes da vida humana (SANTOS et al. 2012).

No âmbito das práticas laborais dos profissionais da saúde, as questões referentes a risco e/ou vulnerabilidade estão ainda mais presentes, uma vez que esses profissionais se expõem rotineiramente a múltiplos e variados riscos relacionados a agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos (KOERICH et al. 2006).

A vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de fatores que podem aumentar ou diminuir o risco a que estamos expostos em todas as situações de nossa vida, mas também como a forma de avaliar as chances que cada pessoa tem de contrair doenças, inclusive as infecciosas. Essas chances variam e são dependentes tanto de fatores biológicos como sociais e culturais, envolvendo, portanto, aqueles do ambiente de trabalho, assim como aos relacionados aos profissionais (JUNGES, 2007).

Na perspectiva da vulnerabilidade dos profissionais da saúde, o caminho que pode levar o trabalhador da saúde a um acidente de trabalho por exposição aos riscos ocupacionais é determinado por um conjunto de condições, individuais e institucionais, dentre as quais o comportamento é apenas um deles, pois o contexto, as condições coletivas e os recursos para o seu enfrentamento produzem maior suscetibilidade aos agravos em questão (SECCO et al. 2002; VIEIRA; PADILHA, 2008).

Devido a significativa exposição desses profissionais a partir do contato direto com os pacientes em sua prática diária e, também, devido ao tipo e à frequência dos procedimentos envolvidos, os riscos biológicos representam os principais geradores de periculosidade e insalubridade no contexto ocupacional na área da saúde (MARZIALE, 2003; MARZIALE; NISHIMA; FERREIRA, 2004).

Medidas de biossegurança foram desenvolvidas na tentativa de minimizar os riscos à exposição e às infecções decorrentes dos acidentes ocupacionais para os profissionais de saúde. Entre essas medidas, destaca-se a adesão às precauções-padrão (PP), que incluem a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) sempre que antever contato com material biológico, higienização das mãos e descarte de materiais perfurocortantes em recipientes próprios (GARNER, 1996; SIEGEL et al. 2007).

Outras medidas importantes incluem a capacitação, o treinamento e a vacinação preventiva dos profissionais de saúde que realizam tarefas que envolvam contato com sangue, fluidos corporais, instrumentos perfurocortantes ou superfícies contaminadas (CARDOSO; FIGUEIREDO, 2010).

O constante aparecimento de doenças decorrentes dos acidentes ocupacionais na área da saúde se dá pelo fato de que mesmo reconhecendo a importância de aderir às normas de biossegurança, há profissionais da área da saúde que negligenciam e subestimam o risco a que estão expostos, resistindo a utilização de EPIs (CARVALHO; CHAVES, 2010).

O conhecimento da indicação correta e da conduta, frente à profilaxia dos acidentes ocupacionais, torna-se de suma importância visto que ainda há desconhecimento na

condução desses casos, além da subnotificação, já que profissionais de saúde negligenciam os acidentes por eles, o que pode interferir com o aumento de doenças preveníveis. Dessa forma, este trabalho tende a mostrar a importância da conduta imediata frente aos acidentes ocupacionais e à necessidade do uso dos EPIs, levando em consideração que algumas doenças, como o HIV, não têm cura, podendo levar à incapacidade de alguns profissionais e ao prejuízo nas Políticas Públicas de Saúde.

2 | OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Avaliar risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os profissionais da área de saúde que sofreram acidente ocupacional;
- Estimar a prevalência das fontes envolvidas e dos fatores contribuintes nos acidentes ocupacionais pelos profissionais da área de saúde;
- Estimar a incidência das condutas tomadas pós-acidente ocupacional pelos profissionais da área de saúde;
- Estimar a incidência do tempo decorrido para a profilaxia pós-acidente ocupacional pelos profissionais da área de saúde.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Recife e no Hospital do Câncer de Pernambuco, onde foram obtidas as informações sobre a profilaxia dos acidentes ocupacionais. A pesquisa foi realizada por um período de 1 ano, empregando um questionário de caráter retrospectivo que englobou os últimos 3 anos da vida do profissional da área da saúde aos acidentes sofridos nesse período.

3.3 População

A população do estudo é composta por profissionais da área da saúde que trabalham no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Recife e no Hospital do Câncer de Pernambuco.

3.4 Critérios de inclusão

Profissionais da área da saúde que atuam no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Recife e no Hospital de Câncer de Pernambuco que aceitam participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5 Critérios de exclusão

Profissionais da área da saúde que atuam no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Recife e no Hospital do Câncer de Pernambuco que não aceitaram participar da pesquisa.

3.6 Procedimento

Os dados foram coletados utilizando-se um questionário aplicado à população de estudo, que foi devidamente informada sobre os riscos e benefícios da pesquisa, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice), e que tenham aceitado e assinado o devido termo.

A operacionalização seguiu um ciclo completo de ações intercomplementares:

- Coleta de dados;
- Banco de dados;
- Processamento dos dados coletados;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Divulgação dos resultados.

3.7 Organização e análise dos dados

Os dados coletados foram organizados em planilhas do Excel (Windows 2010), com dupla digitação e validação. A análise estatística foi feita por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0.

Foi utilizada, também, a estatística descritiva para realizar a caracterização dos sujeitos quanto às variáveis coletadas.

3.8 Aspectos éticos

Os princípios éticos foram respeitados conforme a Resolução 466/12, estando aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco, com número de CAAE: 68403817.6.0000.5206.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas entrevistas com 65 profissionais de saúde voluntários, sendo 19

do Hospital Santa Casa de Misericórdia e 46 do Hospital do Câncer do Recife (HCP). Os dados coletados em ambos os hospitais foram analisados em conjunto devido às semelhanças dos resultados e das características de cada Instituição.

Ao analisar os dados coletados, verificou-se que 4 questionários de profissionais do HCP e 1 questionário do Hospital Santa Casa de Misericórdia estavam preenchidos erroneamente, sendo, portanto, eliminados da pesquisa. Dos 60 participantes finais, 10 (16,67%) são do sexo masculino e 50 (83,33%) são do sexo feminino; 12 (20%) são enfermeiros e 48 (80%) são técnicos de enfermagem.

É importante salientar que, apesar das diferentes fontes de risco e vulnerabilidade presentes no cotidiano do trabalhador de saúde, o principal foco de análise e discussão desta pesquisa concentra-se nos acidentes de trabalho relacionados ao contato com material biológico. Com relação ao acidente ocupacional com risco de material biológico, 14 (23,33%) profissionais já sofreram acidente em seu ambiente de trabalho, sendo 12 profissionais do HCP e 2 do Hospital Santa Casa de Misericórdia. Desses 14, 12 são mulheres e 2 homens, e, ainda, 12 técnicos de enfermagem e 2 enfermeiras. Compreende-se que as mulheres são as maiores prestadoras de assistência à saúde e estão expostas aos riscos biológicos, uma vez que a equipe de enfermagem historicamente é predominantemente exercida pelo sexo feminino. (PIMENTA et al. 2013).

No que concerne à situação durante a qual ocorreu o acidente biológico, dos profissionais que sofreram acidente, 5 (35,71%) afirmaram ter acontecido durante o atendimento ao paciente, 3 (21,42%) no empacotamento dos materiais para esterilização, 2 (14,28%) na punção venosa, 2 (14,28%) ao manusear a caixa de perfuro-cortantes, 1 (7,14%) na preparação de medicamento, 1 (7,14%) na cirurgia. Quanto ao material que provocou o acidente, 5 (35,71%) afirmaram ter se acidentado com seringas, 4 (28,57%) com agulha de sutura, 2 (14,28%) com a secreção do paciente, 1 (7,14%) com vidrarias, 1 (7,14%) com agulha de insulina e 1 (7,14%) com agulha de jelco. Observa-se que entre os fatores relacionados à ocorrência de acidentes de trabalho desta pesquisa, destacam-se o uso inadequado ou resistência ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a sobrecarga de trabalho, a autoconfiança, o descuido próprio, a falta de capacitação, manuseio impróprio de material perfurocortante, medidas de prevenção insuficientes e o manuseio inadequado de caixas coletoras para perfurocortantes (BARROS et al. 2006; PRADO et al. 2006; HELUANE; HATEM, 2007; MAFRA et al. 2008)

Dos 14 profissionais, apenas 1 (7,14%) não estava utilizando algum EPI durante o acidente de trabalho. Dos 13 (92,85%) que estavam usando EPI, 11 (78,57%) afirmaram estarem usando luvas, 1 (7,14%) afirmou estar usando luvas, capote e máscara e 1 (7,14%) afirmou estar usando apenas máscara. Nota-se, nesta pesquisa, que a grande maioria estava utilizando EPI durante o acidente ocupacional, entretanto ainda existem profissionais que apesar de saberem da importância do uso deles, não os utilizam com a devida frequência na sua prática hospitalar, devido ao manejo rápido no atendimento, à

pressa e à própria falta de hábito de usar EPI, principalmente nos atendimentos de urgência e emergência (ALMEIDA; BENATTI, 2007; MAFRA et al. 2008)

Todos os 14 profissionais de saúde afirmaram que não sabiam se o material biológico do paciente apresentava alguma doença como HIV, hepatite B, C ou tétano. Dentre eles, ainda, 12 (85,71%) afirmaram terem sido expostos ao risco no dedo, 1 (7,14%) no olho e 1 (7,14%) no dedo e no braço. Dessa forma, no que concerne à parte do corpo envolvida, a maioria dos profissionais de saúde desta pesquisa atingiu os dedos das mãos, o que se justifica por ser o principal instrumento de trabalho da equipe de enfermagem. (ARAÚJO; LIMA; SANTOS, 2012)

De acordo com a OMS, deve-se adotar cuidados imediatos com a área de exposição após o acidente ocupacional e no que diz respeito a exposições percutâneas ou cutâneas, a lavagem deve ser feita com água e sabão, enquanto que nos casos de exposição de mucosas, deve-se lavar a área exaustivamente com água. A presente pesquisa mostrou que, após terem sofrido o acidente, 12 (85,71%) profissionais lavaram a área exposta com água e sabão, 1 (7,14%) lavou só com água e 1 (7,14%) não lavou. Evidencia-se, ainda, que mesmo a maioria tendo realizado os cuidados imediatos de forma adequada, ainda existem profissionais que não possuem conhecimento suficiente com relação a tais medidas e que não sabem as possíveis consequências que a contaminação pode acarretar. Dessa forma, a percepção do risco e da sua consequência pelo trabalhador influencia no seu comportamento e, conseqüentemente, na sua prevenção.

Com relação à profilaxia, 10 (71,42%) profissionais procuraram a emergência médica, enquanto que os 4 (28,57%) profissionais restantes não procuraram. No que concerne à PEP (Profilaxia Pós Exposição), 6 (42,85%) profissionais a realizaram até as 2 primeiras horas pós-acidente, 3 (21,42%) realizaram até 24h, 1 (7,14%) após as 72h e 4 (28,57%) não realizaram. No que se refere aos exames laboratoriais, 9 (64,28%) profissionais afirmaram que realizaram exames para HIV e hepatite, 1 (7,14%) afirmou que não se lembra quais foram os exames que realizou e 4 (28,57%) trabalhadores afirmaram que não realizaram. Evidenciou-se, também, nesta pesquisa, que todos os 10 (71,42%) profissionais que realizaram os exames não apresentaram nenhuma alteração e que 6 deles não tomaram nenhum medicamento, mas que 3 tomaram algum medicamento que não se lembram qual foi, e 1 tomou coquetel. Nota-se, que um número ainda relevante de profissionais expostos a riscos biológicos não realizou a profilaxia de forma adequada, pois os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que, para se obter maior eficácia, as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente (até 72h).

No que diz respeito à quantidade de vezes que os profissionais já sofreram acidentes ocupacionais, 10 (71,42%) dos profissionais afirmaram que sofreram apenas uma vez, enquanto que 2 (14,28%) afirmaram já terem sofrido acidente duas vezes, 1 (7,14%) já

sofreu três vezes e 1 (7,14%) sofreu seis vezes. Ao analisar os dados desta pesquisa, evidencia-se a recorrência dos acidentes ocupacionais nos próprios profissionais de saúde que já foram expostos anteriormente ao risco biológico. Isso se torna bastante preocupante, uma vez que as medidas preventivas não estão sendo adotadas adequadamente para diminuir os riscos de contaminação por agentes biológicos e para prevenir as Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS).

No que concerne à notificação do setor responsável ou da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), 10 (71,42%) profissionais de saúde notificaram, enquanto que 4 (28,57%) não realizaram a notificação. Com relação ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), 11 (78,57%) profissionais preencheram a ficha de notificação, enquanto que 3 (21,42%) não preencheram. No tocante à Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), 10 (71,42%) preencheram o formulário, enquanto que 4 (28,57%) profissionais não preencheram. Sabe-se que em casos de acidentes com material biológico, o profissional de saúde exposto deve acionar os serviços de Emergência ou ir ao SCIH e logo preencher a ficha de investigação de acidente de trabalho com exposição à material biológico (SINAN), o formulário de cadastro individual de notificação-SINAN, além do formulário do CAT, sempre após o acidente ocupacional. A subnotificação dos acidentes ocupacionais pelos profissionais expostos, nesta pesquisa, ocorreu devido ao medo em perder o emprego, ao sentimento de culpa em relação ao evento, ao desconhecimento sobre o preenchimento dos formulários e a falta de incentivo da instituição para que os trabalhadores façam os devidos registros e notificações. Sendo assim, a subnotificação dos acidentes ocupacionais corrobora com a dificuldade do planejamento de estratégias preventivas e de uma avaliação médica especializada, além de tratamento adequado e benefícios trabalhistas. (MARZIALE, 2003)

Quando perguntado aos entrevistados se eles acreditavam que as condições do seu ambiente de trabalho contribuíam para causar o acidente ocupacional, 11 (78,57%) responderam que não, 1 (7,14%) respondeu como causa o erro médico (de não reencapar a agulha), 1 (7,14%) afirmou que o tumulto de pacientes no hospital atrapalhava a sua concentração no trabalho e 1 (7,14%) afirmou a falta de disponibilidade de material no hospital (o profissional acredita que se tivesse lanceta, não teria se acidentado). Dessa forma, verifica-se que independente da causa do acidente, muito ainda precisa ser feito como forma preventiva de diminuir as exposições aos riscos biológicos como por exemplo o manejo cuidadoso dos objetos perfurocortantes, a não recapagem de agulhas, o descarte em local apropriado e renovação dos recipientes antes da sua superlotação e o conhecimento adequado dos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho. (NORONHA, 2012)

51 CONCLUSÃO

Nota-se, portanto, que esta pesquisa avaliou o risco e a vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde e evidenciou-se que a categoria de profissionais da área de saúde que mais sofreu acidente ocupacional foram os técnicos de enfermagem, uma vez que estão em maior quantidade no espaço amostral desta pesquisa. Sabe-se, ainda, que toda a equipe de enfermagem está constantemente em contato com o paciente e necessita de manuseio com material biológico durante a sua atividade de trabalho e que, por isso, aumenta-se o risco para ocorrência de acidente ocupacional.

Com relação ao acidente, ocorreu prevalência de lesões percutâneas causadas por seringas e agulhas, sendo o sangue o material biológico envolvido na maioria das exposições. Sobre as circunstâncias em que o acidente ocorreu, verificou-se a maior prevalência durante o atendimento ao paciente, seguido do empacotamento dos materiais para esterilização. No que concerne à prevalência dos fatores contribuintes, evidenciou-se que muitos profissionais não estão fazendo uso adequado de EPI e estão realizando manuseio inadequado do material perfurocortante.

Apesar da maioria dos profissionais expostos ao risco biológico terem procurado a emergência médica após o acidente ocupacional, muitos não souberam como proceder diante desse quadro e, portanto, não realizaram a profilaxia adequada e no tempo hábil de até 72h. Destaca-se, ainda, que a subnotificação de acidentes de trabalho ainda é frequente no nosso dia a dia, o que dificulta conhecer a real situação dos acidentes e acidentados, a falta de informação e, ainda, a falta de importância dada pelos próprios trabalhadores às exposições de risco biológico no seu ambiente de trabalho.

Nota-se, portanto, que essa pesquisa avaliou o risco e a vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde e evidenciou que os acidentes de trabalho com exposição a material biológico ainda são bastante constantes no dia a dia dos profissionais de saúde, o que acarreta riscos de contaminação de doenças e, conseqüentemente, leva a um agravamento à saúde dos trabalhadores. Dessa forma, a oferta e o estímulo ao uso de EPI's, assim como a implantação de programas educativos a respeito das medidas de biossegurança, podem auxiliar na diminuição da vulnerabilidade dos riscos e na mudança de comportamento dos trabalhadores para minimizar os incidentes ocupacionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.A.F.; BENATTI, M.C.C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. **Rev Esc Enferm USP**. 2007;41(1): 120-26.

ARAÚJO, L. M.; LIMA, K.S.; SANTOS, S.P. Acidentes de trabalho com material biológico envolvendo a equipe de enfermagem do pronto socorro de um hospital escola da cidade de Montes Claros - MG, Brasil. **Motricidade**. 2012 [cited 2015 Feb 2];8(2):220-6. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27_3023568026.

BARROS, I.P.; TIPPLE, A.F.V.; SOUZA, A.C.S.; PEREIRA, M.S. Resíduos biológicos nos Institutos de Medicina Legal de Goiás: implicações para os trabalhadores. **Rev Eletr Enferm** 2006;8(3):317-25.

CARDOSO, A. C. M.; FIGUEIREDO, R.M. Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, June 2010 Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 2 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-0300011>

CARVALHO, J. F. S.; CHAVES, L. D. P. Supervisão de enfermagem no uso de equipamento de proteção individual em um hospital geral. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.15, n. 3, p. 513-520, 2010.

GARNER, J. S. The Centers for Disease Control and Prevention Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospital: Part 1. Evolution of isolation practices. **American Journal of Infection Control**. v. 24, n. 1, p. 24-31, 1996.

HELUANE, R.; HATEM, T.S. Acidentes por contacto com material biológico: análise de sus determinantes. **Cienc. Trab.** 2007;9(25):129-34.

JUNGES, J.R. Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética, vulnerabilidade e saúde. Aparecida: Ideias & Letras, Centro Universitário São Camilo; 2007. p.139-57.

KOERICH, M.S.; SOUSA, F.G.M.; SILVA, C.R.L.D.; FERREIRA, L.A.P.; CARRARO, T.E.; PIRES, D. E. P. Biossegurança, risco e vulnerabilidade: reflexões para o processo de viver humano dos profissionais de saúde. **On-line Braz J Nurs**. 2006 [cited 2010 dec 20]; 5(3). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/564/129>.

MAFRA, D.A.L.; FONSECA, I.C.; VIANA, J.X.; SANTANA, J.C.B.; SILVA, M.P. Percepção dos enfermeiros sobre a importância do uso dos equipamentos de proteção Individual para Riscos biológicos em um serviço de atendimento móvel de urgência. **Mundo Saúde**. 2008;32(1):31-38.

MARZIALE, M.H.P. Subnotificação de acidentes com perfurocortante na enfermagem. **Rev Bras Enferm**. 2003;56(2):121-2.

MARZIALE, M.H.P.; NISHIMA, K.Y.N.; FERREIRA, M.M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**.v.1, n.12, p. 36-42, 2004.

NORONHA, D.D.; VIEIRA, M.R.M.; VIEIRA, M.M.; MAGALHÃES, T.A.; LEITE, M.T.S. Acidentes ocupacionais ocorridos entre os profissionais da saúde do Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF. **Motricidade**. 2012 [cited 2015 Feb 2];8(2):67-77. <http://www.redalyc.org/pdf/2730/273023568009.pdf> 15.

PIMENTA, F.R.; FERREIRA, M.D.; GIR, E.; HAYASHIDA, M.; CANINI, S.R.M.S. Atendimento e seguimento clínico especializado de profissionais de enfermagem acidentados com material biológico. **Rev Esc Enferm USP**. 2013. Acesso em: Março de 2019. 8;47(1):198-204. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100025>.

PRADO-PALOS, M.A.; CANINI, S.R.M.S.; GIR, E.; MELO, L.L.; MATA, D.H.; SANTANA, R.M.T.; SOUZA, L.R.; SOUZA, A.C.S. Acidentes com material biológico ocorridos com profissionais de laboratórios de análises clínicas. **DST J Bras Doenças Sex Transm.** 2006;18(4):231-34.

SANTOS, J.L.G.; VIEIRA, M.; ASSULTI, L.F.C.; GOMES, D.; MEIRELLES, B.H.S.; SANTOS, S.M.A. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):205-212.

SÊCCO, I.A.O.; ROBAZZI, M.L.C.C.; GUTLERREZ, P.R.; MATSUO, T. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador: desafio para a saúde do trabalhador. **Espaço para a Saúde.** 2002; 4(1):68-81.

SIEGEL, J.D.; RHINEHART, E.; JACKSON, M.; CHIARELLO, L. Health Care Infection Control Practices Advisory Committee, 2007. **Guideline for Isolation Precautions: Preventing transmission of infectious Agents in Healthcare Settings.** June, 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I.C.S. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfuro- -cortante. **Rev Esc Enferm USP.**2008; 42(4):804-10.

SAÚDE PRISIONAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA COM CUSTODIADOS E FAMILIARES EM BELÉM, PARÁ

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Brenda Nazaré Costa Lima

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/5485838587558056>

Fernanda de Queiroz Moura Araújo

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/5309009656997460>

Simone Regina Souza da Silva Conde

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/3375802140515152>

RESUMO: é imprescindível o debate sobre as estratégias de saúde no âmbito penitenciário para que se combata as múltiplas marginalizações sofridas por essa população. A literatura atual demonstra que – por fatores socioeconômicos, estruturais, sanitários, nutricionais – a população apenas está especialmente vulnerável a doenças infectocontagiosas e dentre elas as hepatites. A doença hepática crônica (DHC) está relacionada, dentre outras etiologias, às hepatites virais, etilismo e abuso de drogas. Este fato é corroborado pela alta incidência e prevalência destes agravos no ambiente estudado, chamando a atenção para a necessidade de intervenção

nessa realidade por parte do poder público bem como inserção de competências voltadas ao atendimento dessa população nos currículos das escolas médicas. O presente estudo teve como objetivo relatar a experiência do contato com a saúde no âmbito penitenciário em ações assistenciais e educacionais aos familiares, com ênfase na prevenção da doença hepática crônica, na região metropolitana de Belém. A metodologia deu-se a partir de atividades educacionais na sede da SUSIPE e atividades assistenciais em dois centros penitenciários da região. Foram atendidos ao todo 90 encarcerados com prevalência de infecções de pele e doenças crônicas e em média 80 participantes nas palestras a respeito da doença hepática crônica e suas etiologias. O projeto extensionista em questão permitiu o reconhecimento da realidade local do acesso à saúde por parte da população penitenciária, delineando os entraves relacionados à deficiência da assistência prestada. Proporcionou um conjunto de atividades acadêmicas de caráter múltiplo e flexível, que se constituíram num processo educativo, cultural e científico, levando a uma relação transformadora e ativa na sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Encarcerados, doença hepática crônica, hepatites virais.

PRISON HEALTHCARE – EXPERIENCE REPORT WITH CUSTODIES AND FAMILIES AT BELÉM, PARÁ

ABSTRACT: the debate on health strategies in the penitentiary area is essential to combat the multiple marginalization suffered by this

population. The current scientific production demonstrates that for socioeconomic, structural, health and nutritional factors the incarcerated population is particularly vulnerable to infectious diseases like hepatitis. Chronic liver disease (DHC) is related, among other etiologies, to viral hepatitis, alcoholism and drug abuse. This fact is confirmed by the disease's high incidence and prevalence in the studied standard, calling the attention to the need for public intervention as well as the insertion of tools for better care on medical schools. The present study aimed to report a health experience in the penitentiary area in care and educational actions for family members, with emphasis on chronic liver disease in the metropolitan region of Belém. The methodology was based on educational activities at SUSIPE headquarter and assistance activities in two penitentiary centers in the region. A total of 90 incarcerated patients with a prevalence of skin infections and chronic diseases were treated, and on average 80 participants in the lectures about chronic liver disease and its etiologies. The extension project in particular will allow the recognition of the local reality of health access by the penitentiary population, outlining the difficulties related to the deficiency of the care provided. It is essential to have a set of multiple and flexible academic activities, which is an educational, cultural and scientific process, leading a transformative and active relationship in society.

KEYWORDS: Prisoners, chronic liver disease, viral hepatitises.

1 | INTRODUÇÃO

As questões relacionadas à população privada de liberdade são ainda escassas nas pesquisas e publicações na área de saúde e, especificamente, na saúde coletiva. Entre os poucos estudos, sobressaem os quantitativos, fato que ofusca a própria existência e situação deste grupo social no contexto das políticas públicas e compromete a universalidade, a integralidade e equidade da atenção propostas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (GOIS et al, 2012)

A Lei de Execução Penal (LEP), nº 7.210, de 1984 (BRASIL, 1984), transformou a saúde no sistema prisional (no âmbito legislativo) por meio de ações pontuais para estratégias fundamentalmente organizadas na garantia de saúde. A Constituição Federal de 1988, por sua vez, põe a saúde em posição de dever do Estado e direito de todo cidadão, incluindo-se aquele em privação de liberdade. (DO BRASIL, 1988)

O princípio da universalidade, um dos pilares da organização do SUS, incluía a saúde da população do sistema prisional, ainda que discretamente. A institucionalização desse princípio, no entanto, adveio das portarias interministeriais (Ministério da Saúde e da Justiça) nº 668/2002 (revogada) e nº 1.777/2003 (BRASIL, 2003), que instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), vigente de 2002 a 2013 e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014. (SILVA, 2015)

É imprescindível o debate em relação à demografia do sistema prisional, perfil dos presos e entraves identificados no processo. Dessa forma, é possível obter um panorama mais fidedigno que oriente a elaboração de estratégias para a efetivação do

direito à saúde e da oferta de assistência médica para o sistema prisional, tendo em vista o desvencilhamento de deficiências no que tange ao próprio processo de ressocialização. (LERMEN et al, 2015)

A realidade da população encarcerada brasileira é de uma vida abaixo da linha de dignidade mínima. Não são a ela garantidos seus primordiais direitos; em particular, aquele que poderia lhe conferir uma convivência saudável, no plano de um mínimo existencial, pelo vácuo legislativo, pela dificuldade de articulação do executivo com o judiciário e no que concerne à existência e efetivação de políticas públicas baseadas nas necessidades das pessoas privadas de liberdade. (SOARES FILHO; BUENO, 2016)

Segundo o Ministério da Justiça, nos países latino-americanos, a prisão torna-se objeto de urgente e indispensável intervenção (BRASÍLIA, 2018). Isto porque a seletividade do sistema penal se exerce, majoritariamente, sobre as populações menos favorecidas econômica e socialmente; fato este traduzido no aumento de mais de 500% no número de apenados entre 1990 e 2014.

A superlotação, observada nas análises sobre a taxa de pessoas privadas de liberdade e a taxa de ocupação, torna-se ainda mais dramática quando contrastamos com o indicador de pessoas privadas de liberdade sem condenação, ou seja, a porcentagem de presos provisórios, que chega a 41% em todo o Brasil. (LERMEN et al, 2015)

A demografia reflete o perfil do preso brasileiro que se mantém há anos entre jovens, negros e de baixa escolaridade. Detalhando estes aspectos, sabe-se que 75% têm entre 18 a 34 anos de idade; 67% possuem ensino fundamental incompleto; 67% são compostos por negros (BRASÍLIA, 2018), número maior que o apontado pelo Censo do IBGE de 2010, cuja população autodeclarada negra representava 51% da população brasileira. (IBGE, 2010)

Sabe-se das altas prevalências das hepatites B e C entre os custodiados, quando comparadas com a população geral, assim como o hábito aumento do consumo de álcool e de outras drogas ilícitas, neste mesmo grupo de pacientes. Segundo Coelho et al. (2009) há prevalência de 19,5 % de infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e até 18,9% em revisão de literatura por Silva (2015). Já a prevalência do vírus da hepatite C (VHC) varia entre 0,8 e 6,9% a dos custodiados em revisão por Araújo (2017).

Portanto, ações diagnósticas e de prevenção destes agravos são requeridas entre as múltiplas existentes para a população encarcerada, assim como é dever do estado, o apoio em todos os sentidos aos seus familiares, criando condições favoráveis nos processos de cumprimento das penas e sobretudo de ressocialização.

É sabida a responsabilidade social da maior universidade da Amazônia, a UFPA, sendo imprescindível as ações extramuros das atividades de ensino, neste contexto, com um recorte na área da saúde. Esta está intrinsecamente ligada ao processo formador do graduando e pós-graduando, nos cenários de vida real, possibilitando a interação ensino – assistência – pesquisa e extensão.

Tendo a temática da doença hepática crônica (DHC), o projeto de extensão realizado em 2018 se caracterizou por possibilitar ao discente um momento de formação diferenciado e por exercitar o poder transformador da educação em saúde, em consonância com o projeto político-pedagógico vigente da Faculdade de Medicina da UFPA, no qual entre seus objetivos constam a prestação de atendimento adequado ao homem na saúde e na doença de modo integrado, o aumento da produtividade do aparelho formador para o setor saúde e a valorização do trabalho da equipe de saúde.

2 I RELATO DA EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA:

A necessidade de vivenciar e conhecer de forma mais aprofundada a realidade da promoção de saúde no âmbito presidiário iniciou a partir dos atendimentos no Hospital Universitário João de Barros Barreto. Verificou-se que a grande maioria dos apenados atendidos e internados na atenção terciária desse hospital apresentavam condições de vida e saúde precárias, com comorbidades agravadas, situações em grande parte evitáveis, quando na vigência de um atendimento básico efetivo.

Diante disso, o projeto de extensão “Ação e prevenção contra a DHC entre os custodiados, na região metropolitana de Belém/PA” foi idealizado por docente do internato de Clínica Médica, a partir da realidade vivenciada.

A metodologia do projeto de carácter extensionista teve os pressupostos da andragogia e de uma educação libertadora, emancipatória e transformadora, segundo os pressupostos de Paulo Freire (2010).

Os locais de execução do projeto foram Presídio Estadual Metropolitano de Marituba (PEM- 1), o Centro de Detenção Prisional de Icoaraci (CDPI) e na Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará (SUSIPE), em Belém.

Esta metodologia do projeto foi desenhada a partir de aproximação e primeiro contato com o órgão responsável pelo sistema penitenciário no Pará, a SUSIPE, o que permitiria o acesso a essa população de forma segura e com apoio de pessoal e logístico.

O contato com a SUSIPE foi estabelecido com a equipe da Diretoria de Assistência Biopsicossocial do órgão. Desde as primeiras reuniões, foi mostrado as dificuldades enfrentadas pelo sistema penitenciário em manter um atendimento básico aos apenados, refletindo na saúde física e mental dos próprios servidores.

Após este contato, foram estabelecidas as seguintes ações:

- i) Atendimento médico nas unidades prisionais da SUSIPE;
- ii) Encontros periódicos com os familiares dos presidiários e funcionários da sede da SUSIPE, objetivando ações educacionais de prevenção dos principais agravos relacionados com a DHC, na população geral.

2.1 Atividades assistenciais

Os atendimentos médicos aos presidiários foram realizados em duas unidades prisionais, contando com uma equipe composta por uma médica (docente do projeto) e cinco acadêmicos (um bolsista e quatro voluntários) da Faculdade de Medicina da UFPA. Os locais de atendimento foram o PEM- 1 e o CDPI.

Ao chegar nos locais destinados para os atendimentos, os servidores informaram a equipe como funcionavam os serviços, relataram a respeito da falta de profissionais, especialmente médicos. Entretanto, a partir do conhecimento da vulnerabilidade da população carcerária às IST's, etiologia importante para a DHC, durante a admissão do indivíduo em determinado presídio ou centro de detenção, é realizado de maneira geral e em caráter obrigatório, sorologias para vírus hepatotrópicos como vírus B e C, HIV/AIDS, além da administração das vacinas disponíveis contra alguns desses agentes.

Além das pessoas envolvidas no referido projeto, outras equipes pertencentes à SUSIPE também participaram da ação, com atividades de vacinação e de retirada de documentos. Salienta-se de que havia uma enfermeira em cada unidade que geria o setor de saúde das mesmas, incluindo a organização dos prontuários.

Nos dois momentos de atendimento médico, o transporte de ida e volta das unidades prisionais foi garantido pela SUSIPE, assim como todo o aparelhamento de segurança, sendo obedecidas todas as orientações do comando maior.

No CDPI, foram atendidos 47 custodiados, em 5 horas de trabalho, todos do sexo masculino e com idades que variavam entre 19 a 63 anos. Os atendimentos ocorreram no ambulatório próprio da unidade, sendo realizados três consultas simultâneas, um paciente para cada mesa de consulta, onde todos chegavam algemados e sob escolta. Se houvesse, necessidade de exame físico de abdome ou inspeção de partes íntimas, o paciente era levado para um ambiente contíguo, dita sala de curativo.

O agravo mais encontrado no Presídio de Icoaraci (CDPI) foram infecções de pele e subcutâneo, isoladas ou associadas a outras condições. De 47 atendimentos realizados, 22 pessoas apresentaram diagnóstico de escabiose, impetigo e furúnculos em diversos locais (Tabela 1).

Outros 20 pacientes, com idade mais avançada, queixavam-se ainda de sintomas dispépticos, podendo configurar clinicamente gastrites ou em outras doenças do refluxo gastroesofágico (DRGE). Eles associavam os sintomas à alimentação oferecida, com predomínio de alimentos gordurosos, além do costume regional de consumir farinha de mandioca em excesso.

Além disso, nesse dia, 3 apenados já estavam em tratamento para tuberculose pulmonar e 2 casos suspeitos, os quais foram encaminhados para realização dos exames confirmatórios.

Em paralelo, havia casos de sequelas de lesão por armas brancas ou de fogo,

incluindo um caso grave de osteomielite de mandíbula, o qual foi indicada a internação hospitalar

Na ação no PEM-1, foram atendidos 43 detentos, também em 5 horas de trabalho, todos masculinos, entre 18 a 54 anos, em quatro mesas simultâneas organizadas na sala reservada para encontro dos presos com seus familiares, nos dias de visita. Não havia maca no local e nem lugar mais reservado para respeito ao pudor do paciente. Todos se encontravam algemados e sob escolta permanente.

Os agravos mais prevalentes foram diversos casos de tuberculose pulmonar em tratamento e casos suspeitos, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) descompensados, além dos inúmeros casos de escabiose, abscessos periungueais, um caso de suspeita de sepse, o qual foi prontamente referenciado a unidade de urgência e emergência, e um caso de sífilis primária (Tabela 1).

Agravos	Patologias atendidas em 47 detentos no CDPI	Patologias atendidas em 43 detentos no PEM-1
Infecções de pele	22	17
Tuberculose pulmonar	5	6
Doença do refluxo gastroesofágico	20	14
Hipertensão arterial sistêmica	15	20
Diabetes mellitus	6	10
Sífilis primária	1	0
Osteomielite de mandíbula	1	0
Sepse	0	1

TABELA 1- Relação dos principais agravos atendidos em duas unidades prisionais na região metropolitana de Belém.

Fonte: Projeto de extensão Ação e prevenção contra a doença hepática crônica (DHC) entre os custodiados, na região metropolitana de Belém/PA

2.2 Atividades educacionais

Durante o período do projeto, foram realizados três encontros compostos de palestras, entrega de cartilhas e momento de perguntas e respostas. Estes ocorreram na sala de espera na sede da SUSIPE, em Belém, de 10 às 12h, contando com 70 a 80 participantes, dentre os quais 90% de familiares de apenados e 10% de funcionários da

SUSIPE.

No primeiro encontro, a temática abordada foi a doença hepática alcoólica, a fim de repassar o conhecimento dos danos irreversíveis que o consumo excessivo de álcool causa no fígado e outros órgãos. A discussão entre os palestrantes e público (funcionários e familiares dos apenados) se estendeu ainda para as práticas alimentares dos presentes e o consumo, comum na região Norte, de chás para tratamento de diversas doenças e suas possíveis consequências. A palestra durou cerca de duas horas e teve grande aceitação do público, que participou ativamente.

No segundo momento, foi conversado com o público a respeito das Hepatites Virais, suas diferenças, formas de transmissão, tratamento e prevenção. Foi obtido o mesmo sucesso de público. Nos dois momentos, foram distribuídos panfletos educativos com linguagem acessível ao público, além da utilização de banners e sistema de áudio.

No terceiro encontro, o tema abordado foi a doença gordurosa não-alcoólica do fígado, trazendo uma série de informações e discussões acerca da associação da obesidade central com diabetes, hipertensão e dislipidemia aterogênica. O principal foco na prevenção foram as medidas não farmacológicas, em especial a importância da atividade física e da reeducação alimentar.

Na concepção e planejamento destes encontros, houve a clara oportunidade de adequar as informações científicas para uma linguagem para o indivíduo, seja ele individualmente ou em grupo, assim como nas confecções dos materiais educativos distribuídos aos mesmos. Antes dos encontros, houve treinamento das palestras e consequente ajustes naquilo que a coordenação ou grupo extensionista identificava como de difícil compreensão para a população. Nestes momentos, tópicos da comunicação em saúde foram amplamente discutidos e todas as ações tiveram uma intencionalidade nestes aspectos.

Para além do conhecimento técnico dos assuntos e dos ambientes percorridos, uma outra competência foi igualmente abordada, a humanística. Desde o momento de organização e planejamento das ações, os sentimentos de compaixão e empatia foram colocados em pauta entre os participantes, para que os preconceitos e pré-julgamentos contra os apenados e seus familiares fossem extinguidos. Durante a execução do projeto, seja nas conversas em grupo com os familiares ou diretamente com a população alvo encarcerada, foi possível uma abordagem mais adaptada às necessidades desse público, seguindo o preceito de universalidade do SUS e o código de ética médica, ao prestar atendimento e disseminar o conhecimento a todos os indivíduos.

3 | DISCUSSÃO

O processo histórico de inserção da saúde como direito universal na Constituição Federal teve início em meados dos anos 70, quando o sistema burocrático brasileiro

iniciou uma fase de reestruturação, em que os movimentos emergentes na sociedade reivindicavam por uma maior inclusão, justiça, proteção social e efetivação da cidadania. A efervescência da luta pela democratização influenciou diversos setores, incluindo a saúde. Nesse contexto, instaurou-se o movimento da Reforma Sanitária, o qual, segundo Teixeira (2009, p. 474):

[...] fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde.

Embora estes princípios e diretrizes se apliquem a todos os cidadãos brasileiros, nota-se que, por vezes, alguns apresentam maior dificuldade em ter seus direitos assistidos, como no caso da população carcerária. (FREITAS, 2016)

Em se tratando da população carcerária, a Lei de Execução Penal compreende no seu art. 10 que “[...] a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado [...]”. Enfatiza também em seu art. 14 que “[...] a assistência à saúde [...] de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.” (BRASIL, 1984)

O sistema prisional brasileiro vem sofrendo um inchaço no que tange à quantidade de pessoas em cárcere, sendo que isso reflete diretamente nas condições estruturais dos presídios, bem como na efetivação dos direitos inerentes aos encarcerados. (FREITAS, 2016)

Dessa forma, é explícito que o papel governamental de manutenção das condições básicas de vida do indivíduo apenado necessita de investimentos contínuos e efetivos. Com o intuito de conquistar a almejada ressocialização a partir do aprisionamento, prática tão criticada, a efetivação dos princípios do SUS através da PNAISP, poderia transformar a conjuntura atual.

A PNAISP (2014) tem em sua base ideológica os princípios de universalidade, integralidade e equidade, comuns ao Sistema Único de Saúde, demonstrando que sua abrangência necessita envolver toda a população, incluindo àquela constantemente marginalizada pela sociedade e excluída.

Para garantir os direitos previstos constitucionalmente e os princípios do SUS, a PNAISP assegura o acesso ao cuidado integral em saúde, proporcionando atenção universal para todas as pessoas no sistema prisional. A política define que pessoas em cárcere são aquelas com idade superior a dezoito anos, que estejam sob custódia do Estado para cumprimento de penas privativas de liberdade. Os benefícios desse acesso ao cuidado integral se estendem também às pessoas que se encontram em regime semiaberto, aberto, e àquelas submetidas à medida de segurança (BRASIL, 2014)

Segundo Alves (2017), historicamente, a atenção à saúde para a parcela da população aprisionada tem sido oferecida de forma reducionista, cujas ações limitam-se àquelas voltadas para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a redução de danos associados ao uso abusivo de

álcool e outras drogas e as imunizações, muito prevalentes e importantes nesse meio. Entretanto, são observados os altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos, no âmbito das instituições prisionais, que também são prevalentes na população brasileira.

A TB constitui um importante problema de saúde pública em populações sujeitas ao confinamento, tais como asilos, hospitais psiquiátricos e prisões (OMS, 1998). Na antiga União Soviética, a TB foi relatada como 200 vezes mais prevalente em prisioneiros do que na população geral (AERTS, 2017). Nos Estados Unidos, há documentação de prevalência de 3 a 11 vezes maior na população carcerária quando comparada com a população geral (HUTTON, 1993). No Brasil, em um estudo em quatro prisões em Campinas (SP), estimaram-se incidências variando de 559/100.000 indivíduos (1999) a 1.397/100.000 indivíduos (1994) (OLIVEIRA, 2004). Em outro estudo, em prisões do setor oeste da cidade de São Paulo, encontrou-se uma prevalência de TB ativa de 2.065/100.000 indivíduos. (ABRAÃO, 2006)

A transmissão da TB dentro do sistema prisional tem sido bem documentada na literatura. O tempo de permanência em unidades prisionais está associado significativamente a um risco aumentado de TB latente e ativa. Um estudo realizado em prisões de Nova York mostrou que um ano de encarceramento duplicou a probabilidade de desenvolver TB ativa em internos não-infectados na ocasião de entrada no sistema prisional (STEENLAD, 1997). Na Rússia, os prisioneiros que permaneceram encarcerados por período igual ou superior a dois anos tiveram uma prevalência de TB ativa maior do que aqueles com tempo de prisão inferior a um ano. (AERTS, 2017)

Outro estudo evidenciou elevadas prevalências de TB ativa (2,5%) e de TB latente (61,8%) em custodiados de um hospital penal na Bahia. Além disso, observaram uma prevalência aproximadamente 42 vezes maior no hospital penal em relação à da população geral do estado da Bahia. Em relação aos dados disponíveis de prevalência de infecção tuberculosa no Brasil, verificaram ainda uma prevalência de TB latente 2,47 vezes maior nos internos do hospital penal quando comparada à estimada para a população brasileira. (LEMOS, 2009)

O sistema penal brasileiro não apresenta condições ideais que promova a saúde de seus custodiados. Observam-se altos índices de prevalência e incidência dos agravos infecciosos e tóxicos metabólicos, nesta população; assim como a assistência em saúde também não possui o quantitativo suficiente de profissionais e de tecnologia em saúde que permita um resultado satisfatório deste processo.

Essa alta prevalência de TB, evidenciada pelos inúmeros estudos, foi comprovada durante a realização deste trabalho, com vários casos em tratamento diagnosticados nos dois locais realizados as atividades assistenciais (PEM-1 e CDPI) além dos casos suspeitos ainda sem tratamento, provavelmente pela pouca assistência recebida.

O Ministério da Saúde (2005) classifica como indivíduos que frequentemente

apresentam comportamento de risco e alta vulnerabilidade para a infecção, os usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, caminhoneiros, garimpeiros e, principalmente, os presidiários.

Os representantes de entidades e de programas federais destinados a fornecer informações e a elaborar ações de prevenção contra IST's admitem que não é dada atenção necessária à população carcerária. Devido às condições precárias dos sistemas prisionais, não somente com relação à saúde, mas também aos processos penais demasiadamente demorados, estrutura física, alimentação, habitação e profissionalização; resta ao interno poucas opções. A população prisional causa particular preocupação pela alta prevalência de HIV/AIDS, hepatites B e C e outras doenças sexualmente transmissíveis, e isto constitui grave problema de saúde pública. (MASSAD, 2001)

As IST's e a AIDS, sem dúvida, representam uma séria ameaça à saúde da população privada de liberdade em nosso país, que o sistema público de saúde nem sempre consegue atingir. Todavia, embora reconheçam que a prevenção é importante, a utilização de métodos preventivos é esporádica no meio dos internos, por três motivos principais: a dificuldade em adquirir o preservativo, a falta de orientação e a relação estável com parceria fixa. Para aqueles que não recebem visita íntima a abstinência é a estratégia imposta, pois negam a existência de relações homossexuais dentro da cadeia. (REIS, 2011)

O caso de sífilis primária diagnosticado no CDPI confirma a presença desses agravos de forma ativa na população carcerária, e demonstra a vulnerabilidade em que esses indivíduos se encontram, sem acesso a informação, a maneiras eficazes de proteção e, em muitos casos, sem acesso ao tratamento, já que se pode perceber a pequena quantidade e variedade de medicamentos disponíveis nesses centros.

É notório que as doenças infectocontagiosas persistem como principal agravo na população prisional. É nítida a relação dessa grande quantidade às más condições sanitárias vividas por pessoas em situação de cárcere, como já imaginado e comprovado durante as visitas do projeto, associado a superlotação. Entretanto, em sua maioria, conseguem ser resolvidas, sem tantas complicações. Já as doenças crônicas, como a HAS, DM e DRGE, são mais negligenciadas, implicando muitas vezes na piora do quadro de base, levando os apenados a desenvolverem as repercussões esperadas da doença. Isso acaba por aumentar a necessidade de referência a atenção terciária, como vivenciado no HUIBB.

Em meio a isso, permeia o preconceito e o medo por parte dos profissionais de saúde, em realizar suas atividades nesses locais. Assim, não há um prejuízo de assistência e informação apenas aos apenados, mas também aos seus familiares e aos trabalhadores do sistema que lidam diariamente com essa população.

Esse entrave é denotado a partir da falta de profissionais, principalmente médicos, nos locais de saúde que atendem essa população, sendo dentro das penitenciárias ou fora. Durante o tempo de execução do projeto, percebeu-se a reclamação constante dos servidores. Diferente do recomendado pelos princípios da atenção básica, no PEM-1, o

médico comparecia ao local apenas uma vez na semana, e no CDPI, apenas uma vez ao mês.

De acordo com um estudo de Guimarães (2010), uma parcela dos prontuários avaliados havia informações sobre os aspectos saúde/doenças das pessoas privadas de liberdade, como pressão arterial diastólica e sistólica e estado nutricional. Porém, foi observada incompletude no preenchimento dessas variáveis, na maioria dos formulários, sendo necessária uma motivação especial para os profissionais de saúde que trabalham com esse público, visto que esse campo de trabalho é evitado pelos os mesmos, pois o consideram muito perigoso.

Esse cenário de preconceito culminando na falta de profissionais atuantes nesses setores da sociedade tornou-se nítido durante a experiência. Por mais que muitos recém-formados no curso de Medicina busquem a atenção primária como porta de entrada no mercado, nota-se um receio expressivo em trabalhar nos locais de assistência a população encarcerada, por medo, desconhecimento quanto a importância e às necessidades desses indivíduos.

Como na população geral, percebe-se a grande prevalência de afecções crônicas dentre os custodiados, entre elas a HAS e o DM. Para o controle dessas condições, é necessário um acompanhamento periódico dos pacientes, a fim de prevenir as complicações incapacitantes e fatais dessas doenças. Esse controle é prejudicado pela falta de profissionais e de registro adequado em prontuários, levando a perda de informações dos pacientes e descontinuidade de tratamento, além da falta de medicamentos adequados para o tratamento. No caso diagnosticado como sífilis primária, o tratamento adequado com a penicilina benzatina teve que ser custeado pela família do apenado.

A evidência de que o SUS ainda não alcançou a população privada de liberdade é demonstrada nas informações subnotificadas da base de dados do Ministério da Justiça por meio do Sistema de Informação Penitenciária, mas principalmente na base de dados da pesquisa da UFES, que foi realizada na base de dados do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde (MS) por Miranda (2015).

Os profissionais que atuam nas UBSp não utilizam os sistemas de informação do SUS, encaminhando as notificações compulsórias para os municípios, o que pode causar perda de informação, reforçando a subnotificação. Outro sistema de informação importante não utilizado pela saúde no sistema prisional é o prontuário eletrônico do SUS: e-SUS ou Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), fazendo com que a Rede de Atenção à Saúde desconheça os atendimentos e procedimentos realizados pelas equipes de atenção básica prisional. (BRASIL, 2016)

Tais informações apresentam o abismo sanitário e ao mesmo tempo apontam o caminho a ser trilhado pela PNAISP para a garantia do direito à saúde para todas as pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional. (SOARES FILHO; BUENO, 2016)

A maioria dos dados publicados no Brasil sobre a população privada de liberdade são

focados em HIV/AIDS, hepatites virais, doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose. A unificação e universalização do sistema de saúde pública brasileiro no SUS permitiu ao Estado alcançar populações especialmente vulneráveis (populações rurais, ribeirinhas, quilombolas, pessoas em situação de rua), mas até o momento não alcançou, de maneira efetiva, as pessoas privadas de liberdade. Os instrumentos de vigilância epidemiológica habituais não foram desenhados para identificar estas populações especialmente vulneráveis e, no caso das pessoas privadas de liberdade, uma subnotificação estimada em mais de 90% indicam a invisibilidade destas populações como geradoras e mantenedoras de epidemias na sociedade. (MIRANDA, 2015)

Apesar de a compreensão da dinâmica de transmissão de doenças infecciosas entre presidiários ser fundamental para orientar programas preventivos, chama a atenção a pouca produção científica de estudos epidemiológicos em nosso país relacionada a essa população. Por ser uma doença de longo curso assintomático, o que dificulta o seu diagnóstico, a hepatite C revela-se como um problema relevante no sistema prisional brasileiro, exigindo mais atenção no sentido de produzir conhecimentos que orientem a adoção de medidas efetivas de controle e prevenção. (ARAÚJO, 2017)

No campo da saúde pública, as unidades prisionais são compreendidas como lugares de grande desafio sanitário, mas ainda não são visualizadas pelos gestores de saúde como espaços de intervenção, mesmo após a publicação das normas de saúde prisional datadas de 2003 e de 2014, que instituem a relação estreita do SUS com o sistema prisional. (SOARES FILHO; BUENO, 2016)

No que se refere às penitenciárias e centros de detenção pertencentes a região metropolitana de Belém, a UBSp responsável por esses locais foi inaugurada há pouco tempo da confecção deste relato e ainda não estava em pleno funcionamento, sem prestar o suporte completo determinado pela PNAISP.

4 | CONCLUSÃO

A realização do projeto extensionista “Ação e prevenção contra a doença hepática crônica (DHC) entre os custodiados, na região metropolitana de Belém/PA” alcançou um objetivo essencial de proporcionar um conjunto de atividades acadêmicas de caráter múltiplo e flexível, que se constituíram num processo educativo, cultural e científico, levando a uma relação transformadora e ativa na sociedade.

A partir disso, o relato e discussão a respeito da experiência vivida pelos participantes do projeto foram feitos de maneira a inserir os participantes no contexto social do cárcere, o qual apresenta uma população marginalizada e excluída, suscetível a inúmeros fatores de risco a DHC, além do contato direto com os familiares dessas pessoas, que também são alvo de preconceito e julgamentos.

Nesse contexto, os atendimentos e ações educativas foram realizadas de forma a

identificar o perfil dos agravos mais prevalentes e poder proporcionar conhecimento sobre os mesmos, com ênfase na prevenção da DHC a partir do combate às suas etiologias mais frequentes, extremamente presentes nesse meio.

Além disso, foi essencial para demonstrar a necessidade da formação nos cursos da área da saúde, em especial no curso de medicina, a respeito desse volume de pessoas desamparadas no que tange ao direito da saúde e da vida, impedidos pelos diversos problemas institucionais como superlotação, más condições de higiene e baixo nível socioeconômico. Pôde-se, dessa forma, promover as competências de comunicação e humanistas, principalmente a empatia, entre os acadêmicos dos cursos de medicina, em consonância com o código de ética médica e os princípios do SUS.

Diante do vivenciado, percebeu-se que para garantir o acesso do detento à saúde, é preciso que a sociedade e os gestores das políticas públicas de saúde, tanto no âmbito federal quanto estadual e municipal, neutralizem seus próprios sentimentos de revolta e de vingança contra a pessoa presa, uma vez que, esses sentimentos são comuns à população e constituem um dos maiores entraves para que o direito à saúde seja universal e equitativo, de acordo com os princípios propostos pelo SUS.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Regina Maura Cabral de Melo; NOGUEIRA, Péricles Alves; MALUCELLI, Maria Ivette Carboni. **Tuberculosis in county jail prisoners in the western sector of the city of São Paulo, Brazil.** The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, v. 10, n. 2, p. 203-208, 2006.

AERTS, A. et al. **Pulmonary tuberculosis in prisons of the ex-USSR state Georgia: results of a nation-wide prevalence survey among sentenced inmates.** The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, v. 4, n. 12, p. 1104-1110, 2000.

ALVES, Jeorgia Pereira et al. **Perfil epidemiológico de pessoas privadas de liberdade.** Rev. enferm. UFPE on line, v. 11, n. supl. 10, p. 4036-4044, 2017.

ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de; PINHEIRO, Daniella Mendes; SOUZA, Antônio Tiago da Silva. **Hepatite C e riscos associados em presídios: uma revisão integrativa.** Rev. pesqui. cuid. fundam, v. 9, n. 4, p. 939-945, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Brasília,** 2003a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984.

_____. Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003.

BRASÍLIA. **Conselho Nacional de Justiça. Banco Nacional de Monitoramento de Prisões – Cadastro Nacional de Presos.** 2018

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características raciais da população com base na autodeclaração.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

GOIS, Swyanne Macêdo et al. **Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 1235-1246, 2012.

GUIMARÃES, TLA. **Estabelecimentos penais e o tratamento penal.** In: Zimmerman D, Coltro ACM. organizadores. **Aspectos psicológicos na prática jurídica.** 3rd ed. Campinas: Millennium; 2010.

HUTTON, Mary Devereaux; CAUTHEN, George M.; BLOCH, Alan B. **Results of a 29- state survey of tuberculosis in nursing homes and correctional facilities.** *Public Health Reports*, v. 108, n. 3, p. 305, 1993.

LEMOS, Antônio Carlos Moreira; MATOS, Eliana Dias; BITTENCOURT, Carolina Nunes. **Prevalence of active and latent TB among inmates in a prison hospital in Bahia, Brazil.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 35, n. 1, p. 63-68, 2009.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. **Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 905-924, 2015.

MASSAD, E. HIV/AIDS no sistema prisional brasileiro. In: **A epidemia de AIDS no Brasil - Situações e Tendências.** Ministério da Saúde; 1997: 87-104.

MIRANDA, Angelica Espinosa; ZANDONADE, Eliana; NETO, Francisco Job. **Situação de Saúde na população privada de liberdade no Brasil.** *Saúde, Justiça e Direitos Humanos*, 2016.

OLIVEIRA, Helenice Bosco de; CARDOSO, Janaina Corrêa. **Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 15, p. 194-199, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidelines for the control of tuberculosis in prisons.** Genebra: WHO; 1998.

REIS, Cássia Barbosa; BERNARDES, Erica Bento. **O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 3331- 3338, 2011.

ROSSINI, Tayla Roberta Dolci. **O sistema prisional brasileiro e as dificuldades de ressocialização do preso.** *Jus.com.br*, 2014

SILVA, Martinho. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política.** Brasília: Verbena, 2015. 117p

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. **Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, July 2016.

STEENLAND, Kyle et al. **Incidence of tuberculosis infection among New York State prison employees**. American Journal of Public Health, v. 87, n. 12, p. 2012-2014, 1997.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidentes ocupacionais 230, 231, 232, 233, 236, 237, 239

Acupuntura 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19

Atividade sexual 53, 54, 57, 58, 60, 61

Autonomia pessoal 65, 69

B

Bacteriúria 52, 53, 54, 57, 58

C

Comorbidade 36, 215, 216, 220

Contação de história 20

Covid-19 21, 83, 84, 85, 89, 90, 91, 93, 94, 164, 165, 167, 168, 170, 190, 191, 193, 194, 196, 197, 198, 227

Cuidados paliativos 39, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 119, 120, 121, 122, 128

D

Desfechos gestacionais 108, 109, 111, 117

Diabetes 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 109, 111, 114, 120, 199, 200, 203, 213, 215, 216, 246, 247

Diabetes mellitus 95, 96, 98, 100, 102, 109, 114, 120, 199, 246

Diagnóstico 1, 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 41, 42, 49, 51, 54, 64, 69, 70, 84, 86, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 110, 111, 115, 216, 218, 245, 252

Dislipidemia 199, 201, 213, 247

Distanciamento 83, 84, 85, 88, 91, 92, 164, 165, 167, 168, 169, 195

Doação de órgãos e tecidos 20, 21, 22, 23

Doença hepática crônica 241, 244, 246, 252

Dor 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 29, 30, 31, 34, 35, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 68, 70, 72, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 104, 120, 122, 127

E

Educação a distância 165

Educação médica 153, 154, 165, 169, 170, 179, 181, 189, 229

Encarcerados 241, 248, 249

Estudantes de medicina 165, 222, 225, 226, 227, 229

F

Fibromialgia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19

G

Gestação 95, 96, 98, 99, 100, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 132, 133, 136

Gestação de alto risco 109, 116, 117

Gestão municipal 138, 149

Gestor municipal 138, 143, 144

Gravidez 54, 96, 97, 99, 110, 115, 132, 133, 135, 136

H

Habilidades sociais 191, 192

Hemodiálise 199, 200, 201, 203, 204, 212, 213

Hepatites virais 241, 247, 252

Hipertensão gestacional 109, 110, 111, 112

Hospital 29, 38, 62, 64, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 109, 111, 115, 119, 129, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 162, 179, 180, 182, 183, 184, 188, 189, 230, 231, 233, 234, 235, 237, 238, 239, 244, 249, 254, 256

Humanização 72, 73, 81, 136, 154, 182

I

Infecções por coronavírus 165

Infecções urinárias 53, 62

M

Medicina geral e familiar 119, 121, 128

Medicina tradicional chinesa 1, 8, 9, 12, 15, 17

Medo 5, 68, 79, 80, 83, 84, 86, 90, 91, 93, 191, 195, 196, 197, 220, 237, 250, 251

Métodos 1, 6, 9, 12, 29, 32, 35, 46, 54, 55, 58, 60, 74, 98, 122, 135, 152, 153, 161, 171, 172, 173, 175, 176, 179, 218, 228, 230, 233, 250

O

Organizações sem fins lucrativos 165

P

Pandemia 20, 23, 26, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 164, 165, 167, 168, 170, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 227, 229

Pediatria 49, 72, 74, 158, 182, 184, 185

Pré-eclâmpsia 96, 109, 110, 111, 112

Primeiros socorros 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178

Profissionais de saúde 39, 41, 44, 49, 105, 124, 133, 149, 177, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 223, 225, 230, 232, 233, 234, 236, 237, 238, 239, 240, 250, 251

Psicologia 9, 49, 50, 128, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198

Q

Qualidade de vida 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 86, 120, 194, 195, 198, 217, 219

R

Residência médica 152, 156, 157, 158, 161, 162, 163, 169, 179, 181, 182, 183, 184, 186, 188, 189

Risco 9, 41, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 84, 85, 96, 99, 101, 103, 105, 109, 110, 111, 113, 115, 116, 117, 119, 121, 123, 124, 126, 127, 129, 133, 136, 137, 182, 195, 196, 199, 217, 220, 223, 225, 230, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 249, 250, 252

Risco cardiovascular 199

S

Saúde mental 12, 30, 32, 33, 34, 83, 85, 86, 87, 92, 93, 131, 132, 133, 134, 137, 192, 196, 197

Sistema Único de Saúde 62, 106, 138, 150, 151, 153, 158, 162, 174, 179, 180, 194, 219, 242

Solidariedade 20, 21, 22, 23

T

Técnicas de higienização prevenção 222

Terapia do riso 72, 81

Torcicolo 28, 29

Torcicolo espasmódico 28, 29

Trabalho voluntário 20

Tratamento 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 28, 32, 36, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 49, 66, 67, 68, 69, 70, 87, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 115, 120, 169, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 237, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 254

Atena
Editora

Ano 2021



MEDICINA:

Progresso Científico, Tecnológico,
Econômico e Social do País

4

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2021



MEDICINA:

Progresso Científico, Tecnológico,
Econômico e Social do País

4

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 