EDITORA CONHECIMENTO LIVRE



TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

VOLUME XI

Frederico Celestino Barbosa

Tópicos em ciências da saúde

11ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

Copyright© 2022 por Editora Conhecimento Livre

11ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238T Tópicos em ciências da saúde

/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2022

332 f.: il
DOI: 10.37423/2022.edcl513
ISBN: 978-65-5367-155-3
Modo de acesso: World Wide Web
Incluir Bibliografia

1. equipe-multidisciplinar 2. prevenção 3. tratamento 4. cuidados I. Barbosa, Frederico Celestino II. Título

CDU: 613

https://doi.org/10.37423/2022.edcl513

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

Dr. João Luís Ribeiro Ulhôa

Dra. Eyde Cristianne Saraiva-Bonatto

MSc. Frederico Celestino Barbosa

MSc. Carlos Eduardo de Oliveira Gontijo

MSc. Plínio Ferreira Pires

Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO
2022

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 9
OS BENEFÍCIOS DA VITAMINA D COMO TERAPIA COADJUVANTE NA COVID-19
Alessandra Karla Souza Lins
Ednaldo de Santana Souza
DOI 10.37423/220605962

CAPÍTULO 2 20
ANÁLISE PROSPECTIVA DA TERAPIA HOMEOPÁTICA APLICADA AO PACIENTE ONCOLÓGICO UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA, DO TIPO INTEGRATIVA.
Daniela Quadros de Azevedo
Bruno José Sarmento Botelho,
Eduardo Mendonça Bicalho de Barcelos
Júlia de Oliveira Soares
Larissa Luiza Lobo Silva
Larissa Melo Morais Pessoa
Eliane de Sa Lopes Lomez
DOI 10.37423/220605967

CAPÍTULO 3 40
COINFECÇÃO ENTRE ASPERGILLUS SPP. E SARS-COV-2
Antonio Neres Norberg
Paulo Roberto Blanco Moreira Norberg
Fernanda Castro Manhães
Bianca Magnelli Mangiavacchi
Alcemar Antônio Lopes de Matos
Lívia Mattos Martins
Lígia Cordeiro Matos Faial
Claudia Maria Blanco Moreira Norberg
Fabiano Guerra Sanches
Milena da Costa Cruz
DOI 10.37423/220605969

CAPÍTULO 4 48
CORRELAÇÃO ENTRE TRICOMONÍASE E O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO
Larissa Karem Santos Rego
Alef Fernandes Pereira
Emanueli Larice Costa Araújo
Nayara do Socorro Souza Chaves
Mayara Roberta Cadete Ponciano
Letícia Roberta Modesto dos Santos
Patrícia Kellen Pontes da Silva
Aline da Costa Barbosa
Catharina Kethellen Da Silva Palmerin
Andrey Carlos do Sacramento de Oliveira
DOI 10.37423/220605977

CAPÍTULO 5 53
CONHECIMENTO SOBRE O USO DE MISOPROSTOL PARA INDUÇÃO AO ABORTO NO BRASIL
Alisson Cunha Lima
Mairy Aparecida Felix Araújo
Gilcimeire Santa Rosa Costa
Naiara Costa Salvador Ribeiro da Silva
Jaciele de Souza dos Santos
Dorival Souza Macedo
Raquel Carvalho Lima
Igor Rafael Souza da Silva
Daiane Melo Lima
Emile Aquino Pinheiro
DOI 10.37423/220605981

CAPÍTULO 6 73
SIGNIFICADOS E VALOR DA COMUNICAÇÃO PARA O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA FERRAMENTA INTERACIONAL
Josiane Fernandes Gomes Antunes
Cristiane Franca Lisboa Góes
Maria Pontes de Aguiar Campos
Maria Cláudia Tavares de Mattos
DOI 10.37423/220605982

CAPÍTULO 7 86
DESENVOLVIMENTO DE UM PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR NO CAPS DE RONDONÓPOLIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
João Victor Castelhano de Paula
Elton Hoeltgebaum de Almeida Correa
Valéria Cristina Menezes Berrêdo
DOI 10.37423/220606001

CAPÍTULO 8 100
BENEFÍCIOS PERCEBIDOS DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM UM GRUPO DE UM PROJETO DE GINÁSTICA
Kristiane Mesquita Barros Franchi
Ana Livia Vasconcelos Barbosa
Priscila Maria Cavalcante Alves
Jaina Bezerra de Aguiar
Ana Luisa Batista Santos
José Fernando Costa
DOI 10.37423/220606005

CAPÍTULO 9 108
BARREIRAS PERCEBIDAS DE UM GRUPO PRATICANTE DE UM PROJETO DE GINÁSTICA
Kristiane Mesquita Barros Franchi
Letícia Lopes Marques
Thaís Ferreira Lima
Ilze Nobre de Mesquita
Vanessa Aguiar Alves
Ana Luisa Batista Santos
Jaina Bezerra de Aguiar
DOI 10.37423/220606009

CAPÍTULO 10 116
THOUGHTS ON THE DEVELOPMENT OF CHINA'S MEDICAL E-COMMERCE INDUSTRY UNDER THE IMPACT OF COVID-19
Yanzi Chen
Zixin Guan
Yihua Lv
Kunyuan Xie
DOI 10.37423/220606019

CAPÍTULO 11 131
AS FILAS DE ESPERA DO SUS PELO ATENDIMENTO AO DIREITO À SAÚDE
Caroline Berguetti Costa
Denise Silva Nunes
DOI 10.37423/220606023

CAPÍTULO 12 135
AVALIAÇÃO CLÍNICA DA MORTALIDADE PRECOCE APÓS FRATURA DE QUADRIL NO IDOSO: ESTUDO PROSPECTIVO
Juliano Rocha Ferreira
Marco Antônio Lemes Cruz
Gabriel Fonseca de Oliveira Costa
Márcio de Oliveira Calábria
Leonardo Goulart Brasileiro
Luciano Lucindo da Silva
Lenadro Alves de Oliveira
Lorenzo Fagotti
DOI 10.37423/220606029

CAPÍTULO 13 140
POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL DE APOIO À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL
Antonio Vanderley Moreira
Benedita Marta Gomes Costa
Joyce Mazza Nunes Aragão
DOI 10.37423/220606060

CAPÍTULO 14 153
IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DE PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE UM MUNICÍPIO SUL CATARINENSE
Sarah Galatto Cancillier
João Vitor Guerra Machado
Lucas Vieira Machado
Luiza Caroline Netto Zanette
Amanda Castro
Kristian Madeira
DOI 10.37423/220606069

CAPÍTULO 15 168
OS BENEFÍCIOS DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL EM CRIANÇAS ACOMETIDAS POR PARALISIA CEREBRAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
Letícia da Silva Rocha Barros
DOI 10.37423/220606073

CAPÍTULO 16 181
ANÁLISE DAS VIBRAÇÕES EMITIDAS POR UM DISPOSITIVO DE COMUNICAÇÃO PARA PESSOAS SURDOCEGAS
Taciana Ramos Luz
Rudolf Huebner
Maria Lúcia Machado Duarte
Herbert Câmara Nick
DOI 10.37423/220606123

CAPÍTULO 17 190
OS DESAFIOS E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE AO PRESTAR UMA ASSISTÊNCIA A SAÚDE PRISIONAL
Debora Silva dos Santos
Maikon Chaves de Oliveira
Patrícia Morais da Silva
Emilly Matias Souza Vieira
Danielle Silva Amorim
Bruna Santos da Silva
Tessy Dias de Araujo
Lílian Natália Ferreira de Lima
Renata de Sá Ribeiro
Yatha Anderson Pereira Marciel
DOI 10.37423/220606148

CAPÍTULO 18 202
UMA AVALIAÇÃO DOS ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE EM IDOSOS EM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE DO SERTÃO NORDESTINO
João Kennedy Teixeira Lima
SYLVIA RNNYELLE TEIXEIRA LIMA
ALLANE LINS ARAUJO
ANTONIO LEONEL DE LIMA JÚNIOR
JOÃO ANTÔNIO CORRÊA
DOI 10.37423/220606155

CAPÍTULO 19 215
HISTÓRICO FAMILIAR E FATORES DE RISCOS MATERNOGESTACIONAIS RELACIONADOS ÀS FISSURAS LABIAIS E PALATINAS NÃO SINDRÔMICAS
Henrique Rocha Mazorchi Veronese
Brenda Soares de Oliveira
Michelle Inês e Silva
DOI 10.37423/220606156

CAPÍTULO 20 227
PANORAMA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE INFECÇÕES PARASITÁRIAS EM CRIANÇAS ENTRE 2006 E 2020
Alexandre Wallace Dias Cozer
Gabriel Bastos da Silva
José Henrique Soares Aragão
Artur Barros Almeida
Edmar Antonio Chaves Junior
Rafael Pereira Martins
Messias Carlos Portes Neto
Rodrigo Fernandes Siman
DOI 10.37423/220606167

CAPÍTULO 21 241
SÍNDROME DA ABSTINÊNCIA: PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES EM IDOSOS TABAGISTAS
Maria Eduarda Lima Oliveira
Brenda Maria Silva Bezerra
Adélia Maria do Carmo Rodrigues
Clésia Oliveria Pachú
DOI 10.37423/220606171

CAPÍTULO 22 251
A POLIFARMACIA E OS DANOS OCASIONADOS NA SAÚDE DO IDOSO
Tomaz Miranda Sales
Rayssa Gabrielle Pereira de Castro Bueno
Isabela Cristina De Sousa Costa
DOI 10.37423/220606177

CAPÍTULO 23 257
CUIDADO DE ENFERMAGEM A PESSOA COM AGRAVOS NEUROLÓGICOS PAUTADO EM CALISTA ROY
Louise Lisboa de Oliveira Villa
Emile Aquino Pinheiro
Periana Mota de Oliveira
Laís Nara Pinto Reis
Daniele Ferreira Gama
Lidiana Almeida Sacramento
Mairy Aparecida Felix Araújo
Luana Leite da Silva
Tâmara Angélica da Rocha
Roseli Oliveira Almeida
DOI 10.37423/220606190

CAPÍTULO 24 268
AVALIAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DA CIRURGIA DE LATARJET EM PACIENTES COM LUXAÇÃO RECIDIVANTE DO OMBRO
Diogo Lobo de Queiroz
David Victória Hoffmann
Pedro Vitor de Avela Jacques
José Maria Cavatte
DOI 10.37423/220606196

CAPÍTULO 25 291
A REDE SOCIAL DE APOIO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ASPECTOS ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS
Adriana Guimarães Rodrigues
Ailton Amélio da Silva
DOI 10.37423/220606237

CAPÍTULO 26 312
PLANTAS MEDICINAIS REPRESENTADAS NA CULTURA POPULAR
Douglas Tarciano Zimmermann
Sirlene da Costa Batista
Kamilla Pereira dos Santos
Sara Marilei Fernandes Nogueira
DOI 10.37423/220706247

Capítulo 1

10.37423/220605962

OS BENEFÍCIOS DA VITAMINA D COMO TERAPIA COADJUVANTE NA COVID-19

Alessandra Karla Souza Lins

Centro Universitário UniFBV

Ednaldo de Santana Souza

Centro Universitário UniFBV



Resumo: Vários estudos vêm demonstrando que a resposta imunológica exacerbada em infecção pela SARS-COV2, chamada de tempestade de citocinas em pacientes, onde seu estágio de infecção da COVID-19 é avançado. Tendo assim, uma maior dificuldade na escolha de tratamento e elevando o risco desses indivíduos a evoluir para um quadro grave e complexo, dificultando a melhora e escolha terapêutica adequada. Devido a sua variedade fisiopatológica, vários mecanismos homeostáticos estão envolvidos, um deles é a deficiência de Colecalciferol, mais conhecida como vitamina D, tendo essa uma função muito importante na modulação do sistema imunológico, a mesma vem sendo apontado em vários estudos e que pacientes que apresentam níveis baixos dessa vitamina, tem tido resultados negativos, levando-os a ajuda de terapias intensivas. Foi realizada uma revisão de literatura, com artigos selecionados de acordo com o tema, usando como base a Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Acadêmico, Pubmed, Revistas eletrônicas e livros. Essas bases de dados foram escolhidas devido ao conhecimento na esfera cientifica e por dispor de um grande acervo para pesquisa. Artigos publicados entre os anos de 2019 e 2021, nos idiomas português e inglês, artigos com disponibilidade de acesso online e relacionado ao tema. Considerando-se como critério de exclusão: idiomas não citados na inclusão, publicações com mais de 10 anos, artigos que não estivessem de acordo com o tema. Após a busca na base de dados, realizou-se a leitura dos artigos encontrados. A infecção causada pela COVID-19 vem sendo um grande desafio para a ciência na busca de cura ou tratamento adequado. Tentar minimizar o máximo de sofrimento ao paciente tem sido algo quase impossível, devido a sua complexidade fisiopatológica muitas vezes leva o individuo á óbito. Vários estudos vêm sendo realizados na busca da terapia ideal, mas ainda estamos um pouco longe de encontrar o tratamento adequado, é necessário investir em pesquisas, principalmente em um tratamento que tenha custo benefício onde toda população tenha acesso, a terapia apresentada nesse artigo, seria viável, uma vez que se trata de um suplemento barato e de fácil acesso a todos. Porém, é necessário mais pesquisas comprovando a eficácia da vitamina D como terapia coadjuvante.

Palavras-chave:. Covid-19. Vitamina D. Terapia Coadjuvante.

1 INTRODUÇÃO

Em 2019, eclode no mundo uma nova doença devastadora, que atravessou fronteiras causando danos fatais a nações diversas. O COVID-19 vem se alastrando cada vez mais e fazendo vítimas fatais a cada dia. O vírus responsável pela doença é o SARS-COV-2, de RNA fita simples de sentido positivo. Pertence a família do Coronavírus, classificados em gêneros: Alfa, Beta, Gama e Delta. Porém, os gêneros Alfa e Beta são capazes de infectar outros mamíferos além dos seres humanos, como: morcegos e pássaros (PENA et al., 2021).

Nos dias de hoje, já se sabe que transmissão da SARS-COV-2 acontece por contato direto ou inalação de gotículas infectadas, o período de incubação viral pode variar entre 1 e 14 dias, os infectados podem não apresentar sintomas, mas transmitir a doença. O sintoma pode variar, sendo os mais frequentes a febre, tosse, dispneia, mialgias e fadigas. Os que apresentam um quadro da doença mais grave apresentam sintomas como pneumonia viral, podendo evoluir para uma síndrome de dificuldade respiratória aguda, danos cardíacos e renais. (DUTRA et al., 2020)

Dados apontam que a mortalidade pela COVID-19 pode variar de um país para o outro, fatores como um número maior de idosos, saúde geral, qualidade e acessibilidade aos cuidados á saúde, fatores socioeconômicos, doenças preexistentes e níveis séricos baixos de vitamina D, contribuem para essa disparidade (CRUZ; MOURA; DANTAS, 2020).

De acordo com alguns estudos, a vitamina D pode ter propriedades antivirais e desempenhar um papel na proteção contra infecções, incluindo doenças respiratórias. A vitamina D, funciona elevando a imunidade inata, reduzindo a replicação viral, aumentando os níveis de citocinas anti-inflamatórias (CHINI et al., 2020).

O uso da vitamina D vem sendo cada vez mais utilizado na terapia coadjuvante contra a COVID-19, devido ao seu potencial imunomoduladora, podendo ser considerada uma terapia alternativa de prevenção da doença e seus agravos (MENDES et al.,2020).

Ao longo dos anos, vem crescendo o número de estudos relacionados aos efeitos terapêuticos da vitamina D, principalmente no que se refere a doenças autoimunes, crônicas e infecciosas. Responsável por participar no metabolismo do cálcio e fósforo, está intimamente em interação com o sistema imunológico, atuando na regulação dos macrófagos, linfócitos T e células NK (PIMENTEL, 2020).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar o potencial da vitamina D como tratamento coadjuvante na COVID-19, uma vez que a mesma ajuda na manutenção do sistema imune, sendo uma excelente imunomoduladora.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A vitamina D é, em resumo considerada pela comunidade científica um hormônio, pois exerce um papel crucial para o equilíbrio metabólico ósseo, além de realizar atividades importantes nos processos inflamatórios e imunológicos. Diante da situação atual de pandemia desencadeada pelo novo Coronavírus (COVID-19), a vitamina D vem sendo alvo de estudos pelos pesquisadores devido ao seu potencial (YISAK et al., 2021).

O Coronavírus é responsável pela Síndrome Respiratória Aguda (SARS). Em 2020, foi declarada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) uma pandemia, depois de ser identificar um novo tipo de Coronavírus chamado SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), em Wuhan, China (LIMA, 2020).

O SARS-CoV-2, é um vírus de RNA de fita simples, seu alvo é atacar células pela proteína estrutural (S) viral que se liga ao receptor da enzima conversora de angiotensina 2. Depois de ligados, o vírus usa receptores das células hospedeiras para entrar nas células (CRUZ, A. A et al., 2020).

2.1 FISIOPATOLOGIA DO COVID-19

Diante do cenário pandêmico, tachado pelo COVID-19, causado pelo vírus SARS-COv-2, é de extrema importância saber como o vírus infecta as células e se multiplica. A primeira fase é o processo de transmissão, que se dá com contato direto com secreções infectadas ou micropartículas dispersas no ar. A partir daí, o Coronavírus começa a atacar as células pela proteína estrutural (S) viral e já dentro da célula, irá inserir seu RNA que contem seu genoma. Essa sequencia irá selecionar uma maquinaria molecular no interior das células infectadas para traduzir ligando seus pares de bases do RNA – (A) adenina, (U) uracila, (G) guanina e (C) citosina e transformá-las em proteínas do coronavírus. Ao todo serão 29 proteínas que irão participar no processo, várias tarefas serão realizadas, desde cópia do Coronavírus até as respostas imunes supressoras no organismo.

Vários medicamentos fazem parte de um mapa molecular que está em estudo para tratamento da covid-19, diversos estudos foram cruciais para o desenvolvimento desse mapa, estudos em fase I e fase II estão em andamento em todo o mundo.

Esse leque de medicamentos incluem várias classes terapêuticas, onde podemos citar algumas como: antivirais, imunossupressores, anti-hipertensivos, anti-inflamatórios, antibióticos, anticoagulantes, antiulcerosos, vasodilatadores, entre outros (CRUZ, et al., 2020).

O remdesivir é um antiviral usado para combater o vírus do ebola, porem, vem apresentando resultados promissores no tratamento da covid-19, a desvantagem é sua administração que só pode ser feita via injetável. Diante disso, mais duas drogas estão em evidencia, apresentando resultados superiores a ele.

A molécula EIDD-2801 ataca a mesma enzima viral que o remdesivir e ainda pode ser administrada por via oral na apresentação de comprimidos. Sem falar que testes realizados apontam que essa molécula demonstrou maior eficácia contra as mutações virais, inibindo a resistência ao fármaco. Uma segunda molécula muito parecida, a EIDD-1931, vai agir impedindo a transcrição viral, inibindo sua replicação (CRUZ, et al., 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os sintomas iniciais da Covid-19 são febre, tosse, fadiga, diarréia e dores musculares. Seu estágio mais grave se inicia uma semana após o aparecimento dos sintomas iniciais. A falta de ar é caracterizada pelo o estágio mais avançado da doença. Pacientes acometidos pelo coronavírus em estado mais graves podem desencadear linfopenia e muitos podem apresentar distúrbios do sistema nervoso central e periférico, como também levar a lesões cardíacas, renais e hepáticas, além de arritmias, coagulopatia e choque (CRUZ, et al., 2020).

2.2 VITAMINA D

A vitamina D é uma vitamina lipossolúvel essencial, é um precursor hormonal encontrado nas formas de vitamina D2 (Ergocalciferol), presente em alguns alimentos como peixes e plantas e a D3 (Colecalciferol) sendo esta obtida a partir da exposição da luz solar. A quantidade necessária de vitamina D para nosso corpo pode ser adquirida através da exposição solar, sendo realizada de duas a três vezes por semana, com duração de 30 minutos sempre no inicio da manha ou final da tarde, sem o uso de bloqueadores solar. Outra forma de obtenção seria pelo consumo de alimentos ricos com essa vitamina, são exemplos deles; salmão, óleo de fígado de bacalhau, sardinhas, gema de ovo atum, fígado de boi e cogumelos (CRISTINA et al., 2020).

A vitamina D sempre esteve relacionada no processo de absorção do cálcio e a saúde óssea. Estudos recentes vêm comprovando a existência de receptores da vitamina D em varias células, com isso, expande suas ações de prevenção e tratamento de várias doenças crônicas (FÁTIMA; MOREIRA, 2020).

A vitamina D atua modulando o sistema imunológico inato e adquirido, aumentando a imunidade celular. Na imunidade inata, age diminuindo concentrações de citocinas pró-inflamatórias, sendo seus principais o fator de necrose tumoral α e o interferon ɣ e aumenta a expressão de citocinas anti-inflamatória por macrófagos. Já na imunidade adquirida, atua suprimindo as respostas mediadas pelas células T auxiliar, inibe também a produção de citocinas como a interleucina-2 e interferon gama, produz citocinas pelas células T helper tipo 2, aumentando o numero de células T tipo 1, promovendo a indução de células reguladoras T, cessando assim, os processos infecciosos e inflamatórios(CRISTINA, et al., 2020).

Vários estudos vêm relacionando o uso alimentar da vitamina D com a prevenção de doenças autoimunes, artrite reumatoide e diabetes mellitus tipo 1, porem, ainda é um desafio saber de fato a quantidade exata da ingestão da vitamina D, pois dependerá da memoria de cada paciente (MOREIRA, 2020).

Além das patologias citadas acima, a vitamina D vem sendo estudada em outras doenças inflamatórias, como doenças cardiovasculares, quando administrada como vitamina D3 reduz a produção de citocinas pró-inflamatórias pelos macrófagos e inflamação no tecido epicárdico (SANTOS, P.O.F et al., 2021).

Segundo a Sociedade de Endocrinologia, os níveis séricos referenciais de vitamina D no plasma seria igual ou maior que 25 (OH) 30ng/ml (75nmol/L). Sua anormalidade é caracterizada quando os níveis estão entre 20-30ng/ml (50-75nmol/L) ou em déficit quando estiver abaixo de 25 (OH) D 20ng/ml (50nmol/L).

Níveis mais elevados como 40-60ng/ml demonstra uma ligação mais forte com as funções imunológicas da vitamina D, sendo este apontado por vários estudos o nível ideal para pessoas de alto risco de contrair Covid-19 e infeções do trato respiratórios (PENA et al., 2021).

Existem inúmeras preparações de vitamina D e seus metabolitos. Doses recomendadas diárias de vitamina D é em UI (unidades Internacionais). 100 UI de vitamina D diário, pode elevar a concentração sérica em 1ng/mL em um período de dois a três meses (CATARINO; CLARO; VIANA, 2016)

Atualmente a literatura tem explorado os efeitos protetores da suplementação da vitamina D na prevenção e redução do risco de infecções do trato respiratório, incluindo as infecções virais. A vitamina D tem grandes chances de ser um tratamento alternativo na proteção e tratamento de doentes com infecções virais respiratórias, esses geralmente apresentam baixos níveis de vitamina D.

Nesse período de pandemia de Covid-19, a suplementação de vitamina D, pode aumentar as concentrações séricas de 25 (OH) D em pacientes acometidos pela doença, sendo assim, um grande passo para prevenir evitar a disseminação do vírus (HENRIQUES et al., 2020).

2.3 COVID-19 E VITAMINA D

A vitamina D além de promover uma atividade na imunidade inata, principalmente nos mecanismos antibacterianos, pode promover também imunidade antiviral, que se faz de relevada importância no que se diz respeito sobre o seu possível papel em infecções por Covid-19. Isso engloba vários mecanismos, como a indução de catelicidina e defensinas, que podem bloquear a entrada do vírus nas células, evitando sua replicação viral. Outro papel da vitamina D muito importante para os mecanismos antibacterianos e virais é a indução da autofagia. A autofagia é um processo biológico de extrema importância que garante a homeostase celular, sendo esse mecanismo essencial pelo qual as células lidam com os vírus. Já no sistema imune adaptativo, em geral a vitamina D age inibindo os processos inflamatórios (BILEZIKIAN et al., 2021).

Em relação à eficácia da vitamina D frente à Covid-19 como um tratamento adjuvante na prevenção, ela pode atuar em diversos mecanismos, reduzindo assim o risco de infecções, motivo este que vem despertando grande interesse no meio científico em explorar seu possível efeito na prevenção e tratamento da Covid-19 (SILVINO, 2020).

3. METODOLOGIA

3.1 TIPOS DE ESTUDOS

Este trabalho trata-se de um estudo exploratório realizado em meio eletrônico, tendo como base material já publicado, com o objetivo de analisar diferentes posições sobre o determinado tema.

3.2 FONTES DE DADOS

Nessa pesquisa bibliográfica foram consultadas bases de dados como: a Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Acadêmico, Pubmed, Revistas eletrônicas e livros. Essas bases de dados foram escolhidas devido ao conhecimento na esfera cientifica e por dispor de um grande acervo para pesquisa.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram utilizados critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2019 e 2021, nos idiomas português e inglês, artigos com disponibilidade de acesso online e relacionado ao tema. Considerando-se como critério de exclusão: idiomas não citados na inclusão, publicações com mais de 10 anos, artigos que não estivessem de acordo com o tema.

3.4 ANALISES DOS DADOS

Após a busca na base de dados, realizou-se a leitura dos artigos na integra, com o objetivo de organizar informações encontradas nas devidas fontes, no intuito de elucidar respostas relacionadas ao tema da pesquisa, fazer uma análise e discutir a partir do referencial bibliográfico a temática do estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os trabalhos aqui reunidos tem como referencia os possíveis efeitos da vitamina D como tratamento alterativo e/ou preventivo da Covid-19. Desde sua associação ao maior índice de mortalidade da patologia por conta do déficit, até sua influencia na redução dos riscos da Covid-19.

Baixos níveis de vitamina D (≤20 ng/mL) vêm sendo associado ao maior risco de desenvolver infecções respiratórias, incluindo influenza e pneumonia. Em relação à Covid-19, a vitamina D parece desempenhar um papel importante na diminuição dos riscos e severidade da doença. Vários estudos apontam sua atividade anti-inflamatória, antiviral, antibacteriana e moduladora do sistema imunológico, este de suma importância, pois leva a diminuir o risco de infecção e progressão da doença (LIMA, 2020).

De acordo com Estabragh et al.(2019), diversos estudos em coorte foram analisados os níveis séricos de 25 (OH) D, em indivíduos com e sem Covid-19. Comparou-se 25 (OH) D sérico medido sete semanas antes do teste em pacientes com teste positivo para Covid-19 (n = 27), já os com sintomas de infecção respiratórias e um teste negativo (n= 80) e com uma coorte pré-pândemica histórica (n= 1377). O estudo relata significativamente níveis mais baixos de 25 (OH) D na coorte de teste positivo em comparação com a coorte negativo e as coortes históricas.

Um estudo realizado na Ásia policêntrico com 212 casos de Covid-19 identificou que o nível sérico médio de vitamina D foi de 23,8ng/ml, sendo os níveis mais baixos nos pacientes em casos mais graves da Covid-19 e níveis mais elevados em casos mais leves. Esses resultados podem indicar que um aumento nas concentrações de vitamina D pode ajudar a melhorar as condições evitando a evolução

para um o estágio crítico da doença, enquanto uma diminuição nos níveis séricos dessa vitamina pode estar relacionada com os casos mais graves em pacientes com Covid-19 (MOREIRA, 2020).

5. CONCLUSÃO

A vitamina D apresenta várias funções relacionadas ao sistema imunológico, de um modo geral age como um imunomodulador, inibindo respostas inflamatórias e estimula respostas anti-inflamatórias. Vários fatores levam ao uso da vitamina D no tratamento adjuvante da Covid-19, uma vez que estudos mostram resultados promissores, evitando a severidade da doença. Porém, diante de um cenário de pandemia onde não existem medidas terapêuticas bem estabelecidas que influenciem drasticamente na historia da doença, a vitamina D pode ser uma opção bem promissora. A comunidade cientifica ainda apresentam poucas evidências a respeito da relação entre vitamina D e Covid-19, se fazendo necessários mais estudos que comprovem e evidencie a eficácia desse suplemento como um coadjuvante terapêutico diante da Covid-19.

REFERÊNCIAS

BILEZIKIAN, J. P. et al. Vitamin D and COVID-19. Sociedade Europeia de Endocrinologia, v.183, n.5 p. 133–147, 2020.

CATARINO, A. M. et al. Vitamina D – Perspectivas atuais Vitamin D – Current Perspectives Artigo de Revisão. v. 74, n. November, p. 345–353, 2016.

CHINI, M. C. et al. COVID-19 e nutrição. ULAKES Journal of Medicine, v. 1, p. 106–117, 2020.

HENRIQUES I, CEBOLA M, MENDES L. Desnutrição, sarcopenia e COVID-19 no idoso: evidência científica da suplementação de vitamina D. Acta Port Nutr. 2020; (21): 26-30.

CRUZ, A.; MOURA, J.; DANTAS, R. Análise da eficácia imunológica da utilização da vitamina d em pacientes infectados com novo corovavírus (SARS-CoV-2) e também para fins profiláticos contra a infecção de COVID-19 1. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. III, p. 718–747, 2020.

DUTRA, A. DE F. DE F. DE O. et al. Importância da alimentação saudável e estado nutricional adequado frente a pandemia de Covid-19 / the Importance of Healthy Eating and Adequate Nutritional Status in the Face of the Covid-19 Pandemic. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 9, p. 66464–66473, 2020.

FÁTIMA, M. DE; MOREIRA, U. A. Vitamina d durante a pandemia da covid-19: mudanças dos hábitos alimentares. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria v. 24, n. 3, p. 283–299, 2020.

LIMA, J. F. DE. The function of Vitamin D in COVID-19 pandemic: integrative review. R. Saúde. Pública.Paraná. v. 3, n. 2, p. 169–178, 2020.

LIMA, W.L. et. al. Importância nutricional das vitaminas e minerais na infecção da COVID-19. Society and Development,v. 9, n. 8, p. 1–25, 2020.

MENDES, L. et al. COVID-19 : Efeitos adversos do uso inapropriado da suplementação da vitamina d em idosos. v. 1, n. 1 p. 2–3, 2020.

MOREIRA, T.P; COSTA, V. de S.; FERRETO, LED; WENDT, GW Efeitos da vitamina D na prevenção e tratamento do COVID 19: uma revisão sistemática. Sociedade e Desenvolvimento, v. 9, n. 12, 2020.

PENA, H. C. et al. Suplementação de vitamina d: uma estratégia no combate à covid-19? / Vitamin d supplementation: a strategy in combating covid-19? Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 3, p. 11134–11148, 2021.

PIMENTEL, G. M. DA C. Vitamin D as a potential intervention in COVID-19: a scope review. Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde, v. 5, n. 2, p. 164–170, 2020.

SANTOS, P.O.F. et al. Eficácia da vitamina D na prevenção e tratamento da Covid-19 Effectiveness of vitamin D in the prevention and treatment of Covid-19 Eficacia de la vitamina D en la prevención y tratamiento del Covid-19. v.10, p. 1–9, 2021.

SILVINO, VO, PEREIRA, MML, MOURA, RC, BATISTA, MCC, ROSA, BV, MOURA, EH, MARTINS, MCC & SANTOS, MAP (2020). Vitamin D and infectious diseases in the COVID-19 pandemic outburst. Society and Development, 9(7): 1-21, e771974614.

YISAK, H. et al. Effects of vitamin d on covid-19 infection and prognosis: A systematic review. Risk Management and Healthcare Policy, v. 14, p. 31–38, 2021.

Capítulo 2

10.37423/220605967

ANÁLISE PROSPECTIVA DA TERAPIA HOMEOPÁTICA APLICADA AO PACIENTE ONCOLÓGICO UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA, DO TIPO INTEGRATIVA.

Daniela Quadros de Azevedo — *Centro Universitário de Belo Horizonte*

Bruno José Sarmento Botelho, — *Universidade Federal do Pará*

Eduardo Mendonça Bicalho de Barcelos — *Centro Universitário de Belo Horizonte*

Júlia de Oliveira Soares — *Centro Universitário de Belo Horizonte*

Larissa Luiza Lobo Silva — *Centro Universitário de Belo Horizonte*

Larissa Melo Morais Pessoa — *Centro Universitário de Belo Horizonte*

Eliane de Sa Lopes Lomez — *Centro Universitário de Belo Horizonte*

Resumo: O câncer consiste na multiplicação acelerada de células, com agressões a tecidos e órgãos, é uma doença relacionada a vivências negativas, ao sofrimento e à morte. Embora haja diversos tipos de técnicas para o tratamento contra esta patologia, faz-se necessário o estudo de terapias menos agressivas que amenizem os sintomas advindos tanto do curso da doença como do tratamento convencional. Sob esta perspectiva, a Homeopatia tem sido bastante estudada como uma extensão do tratamento alopático, a fim de promover melhora do estado clínico do paciente, seja através do favorecimento ao retardo do estadiamento do câncer, do campo da saúde mental ou mesmo da diminuição de sintomas gerados pelos efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia. Investigar os possíveis efeitos das terapias e medicamentos homeopáticos sobre os tratamentos oncológicos, buscando mostrar as variações fisiológicas, interações orgânicas e alterações sintomáticas que ocorrem ao utilizar- se dos recursos homeopáticos em pacientes com câncer. Estudo do tipo revisão bibliográfica sistemática, do tipo integrativa executado em um protocolo de dez etapas, os estudos incluídos foram retirados das principais bases de dados disponíveis no Brasil. A partir da execução do protocolo de pesquisa proposto obteve-se onze estudos que compuseram o escopo da pesquisa. A Homeopatia tem alcançado cada vez mais uma maior aprovação como terapia adjuvante em pacientes oncológicos, principalmente durante a fase paliativa do tratamento convencional. Na maioria das vezes, os pacientes oncológicos têm opções de tratamento limitadas. Nessa perspectiva, muitos estudos têm objetivado analisar a viabilidade da Homeopatia aliada ao tratamento anticâncer convencional, principalmente com a perspectiva de alívio dos efeitos colaterais da terapia convencional, amenização dos sintomas advindos da progressão do câncer e aumento da eficácia clínica do tratamento. Estudos clínicos têm demonstrado que a Homeopatia pode aprimorar a qualidade de vida, a saúde e o bem-estar globais, bem como reduzir potencialmente muitos dos efeitos tóxicos dos tratamentos oncológicos convencionais. Porém, é necessário maior número de ensaios qualificados, que irão testar a eficácia desta terapia no alívio dos sintomas do câncer e toxicidades advindas do tratamento.

Palavras-chave: “Homeopatia”, “Oncologia ”, “Revisão”, “Terapias Complementares”, “Revisão Integrativa”.

1 INTRODUÇÃO

A Homeopatia consiste em uma diretriz terapêutica desenvolvida no século XVIII pelo médico alemão Samuel Hahnemann, e se baseia em dois princípios: Cura pelos Semelhantes e individualização, e faz uso de uma forma específica de preparação do medicamento pelo método da Dinamização que consiste na diluição gradual e potenciação. pela diluição gradual e a potenciação[1] .

O sistematizador da Homeopatia foi Christian Frederick Samuel Hahnemann, mas tal terapêutica deu-se início com Hipócrates. Este, considerado o pai da Medicina, foi o primeiro a apresentar a ideia de que a doença é advinda de forças naturais e não da divindade, como se acreditava. A ideia geral em sua obra é levar em conta a atenta observação dos sintomas que cada pessoa apresentava, assim como sua reação, antes de se chegar a uma conclusão diagnóstica. Nesse contexto, com o passar dos séculos, ocorreu uma evolução da Medicina até que "Samuel Hahnemann utilizou a teoria vitalista como suporte filosófico ao seu método científico e experimental de tratar as enfermidades, ao qual chamou Homeopatia (similia similibus curentur)"[2].

A Homeopatia é uma terapia complementar que aborda mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, enfatizando o vínculo terapêutico, a escuta acolhedora e a integração do ser humano com o ambiente e a sociedade. Consiste em um sistema médico que busca valorizar os múltiplos aspectos individuais no processo de adoecimento e a maneira particular de vivenciar a experiência da doença, não restringindo-se apenas à patologia. A Homeopatia seleciona os medicamentos que promovem a melhora dos sintomas, que, pelo princípio da semelhança, inibem as manifestações adquiridas pela doença. Esses medicamentos são manipulados por técnicas de diluição e dinamização[3].

A Homeopatia foi introduzida no Brasil por Benoit Mure, por volta do ano de 1840, mas a sua prática só foi aceita oficialmente pelo Conselho Federal de Medicina no ano de 1980.

Também conhecida como uma terapia integrativa e complementar inclusa na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, por meio da Portaria MS nº 971/ 2006. Cabe destacar que a Homeopatia se insere em onde contexto onde se apresentam pontos negativos e outros favoráveis à sua aplicabilidade.

O primeiro diz respeito à falta de credibilidade, tornando, assim, o seu uso reduzido até mesmo pelo Sistema Único de Saúde. O segundo aspecto mostra que pacientes veem essa prática como benéfica não só pela questão financeira, já que possui um custo menor, como também pelo fato de ser um

tratamento pouco invasivo, além de propiciar uma sensação de bem-estar, melhorando a qualidade de vida do indivíduo. Nesse sentido, faz-se necessário o conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, dos medicamentos homeopáticos a serem utilizados, os efeitos colaterais e as suas interações com outros medicamentos que não necessariamente são baseados nessa prática integrativa e complementar. Assim, a Homeopatia ganhará cada vez mais enfoque, auxiliando inclusive em planos de cuidados para pacientes oncológicos[3].

A palavra câncer é explicada pela multiplicação acelerada de células, podendo agredir órgãos e tecidos do corpo humano. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o tratamento para pacientes oncológicos pode ser realizado por uma ou por várias técnicas e modalidades, por exemplo, “cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea”. Mesmo com os diversos tipos de técnicas para o tratamento contra essa patologia, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) avalia que grande número de pacientes que enfrentam tal doença tem apresentado dores e vários outros sintomas colaterais, advindos da farmacoterapia empregada, que aumentam conforme a progressão dessa enfermidade. A aplicação da Homeopatia para o alívio dos sintomas colaterais de pacientes enfermos é um grande desafio devido à prática convencional hegemônica da farmacologia e também ao modelo biomédico, mas que tem grande potencial para atuar de modo coadjuvante[4].

O câncer é uma doença estigmatizada, relacionada às vivências negativas, ao sofrimento e à morte. Sob esta perspectiva, as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), dentre elas a Homeopatia, têm ganhado força no Brasil desde 2006, como uma extensão do tratamento alopático, a fim de promover melhora do estado clínico do paciente, seja no campo da saúde mental, ou mesmo pela diminuição de sintomas gerados pelos efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia ou pela redução dos agravos da doença[3].

Pode-se estabelecer uma relação da Homeopatia aos serviços de oncologia integrativa, uma vez que as PICS têm potencial para reduzir os efeitos tóxicos nos indivíduos que passam por tratamentos de câncer, melhorando os sintomas, por consequência, o bem-estar geral da pessoa[5]. Diante disso, a comunidade científica tem se empenhado em executar estudos descritivos e analíticos afim de se obter evidências mais robustas quanto aos efeitos do tratamento homeopático no paciente oncológico, para tanto, trabalhos que procuram organizar e esclarecer esse conteúdo disponível são fundamentais para acompanhar e elucidar cada vez mais a eficácia, efetividade e eficiência da Homeopatia como terapia integrativa.

2 OBJETIVO

Avaliar os possíveis efeitos da terapia homeopática integrativa nos tratamentos oncológicos convencionais, buscando evidenciar as principais variações fisiológicas, interações orgânicas, alterações sintomáticas e outros efeitos que podem acontecer na vida deste paciente.

3 METODOLOGIA

3.1 ESTRUTURAS TEÓRICAS

Trata-se de uma revisão integrativa, método de Revisão Bibliográfica Sistemática (RBS) que busca sumarizar, analisar e gerar ideias ao revisar/discutir métodos, teorias ou estudos sobre um determinado tópico[7]. Por meio de uma análise narrativa, possibilita a formação de conteúdos que contribuirão para a prática clínica diante do contexto da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Este modelo de revisão é considerado, agora, numa estrutura não mais hierárquica sob o cerne da pirâmide dos estudos com maiores níveis de evidência, e sim pela perspectiva de uma visão altimétrica/panorâmica/ampliada para com os registros tidos na literatura científica, de modo que o seu valor científico não foi perdido, entretanto, conceitualmente atualizado[8].

Este trabalho seguiu as 6 etapas e sub-etapas descritas por Botelho, Cunha e Macedo (2011) sobre o processo criativo da revisão integrativa: Identificação do tema e seleção da pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos selecionados e pré-selecionados, categorização dos estudos selecionados e a apresentação e revisão/síntese do conhecimento. Para fins de maior validação quanto a diminuição do risco de arbitrariedade sobre dos dados coletados e analisados, empregou-se a conceituação da lista de conferência Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA 2020 para revisões sistemáticas, a qual foi adaptada, considerando principalmente os critérios aplicáveis ao tipo de pesquisa e limites deste estudo[9].

Para fins logísticos, o grupo montou o percurso metodológico inspirado nas etapas descritas no fluxograma do processo de revisão sistemática da literatura, apresentado por Gonçalo et al. (2012). Exceções foram tidas às etapas 4 e 5, nesse momento, a busca dos periódicos foi realizada a partir de um único revisor utilizando das estratégias de busca e critérios de inclusão pré-estabelecidos em reunião anterior com a equipe, e quanto a análise dos títulos e resumos, esta foi feita a partir do cegamento entre os revisores, e as respostas conflitantes foram definidas a partir do revisor 3. As etapas 6 e 7 de Gonçalo et al. (2012) foram unificadas, já que a leitura integral dos artigos objetivou a

elegibilidade executada em conjunto, sem haver a necessidade de outra reunião consensual, totalizando 10 etapas[10].

3.2 PERCURSO METODOLÓGICO

A questão da pesquisa foi definida como “Quais os impactos do tratamento homeopático do paciente oncológico?” a partir da estratégia PICO11 (Acrônimo para P: população/pacientes; I: intervenção; C: comparação/controle; O: desfecho/outcome). As estratégias de busca foram elaboradas conforme o mecanismo preconizado por cada Base de Dados (BD) a partir de descritores controlados e do uso dos operadores booleanos “AND” e “OR”, além disso filtros foram aplicados em cada BD afim de facilitar a exclusão dos resultados não correspondentes ao escopo da pesquisa. Optou-se por pesquisar também em Portais de Periódicos (PP), devido ao maior conteúdo bibliográfico armazenado por eles, os PP e BD foram: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

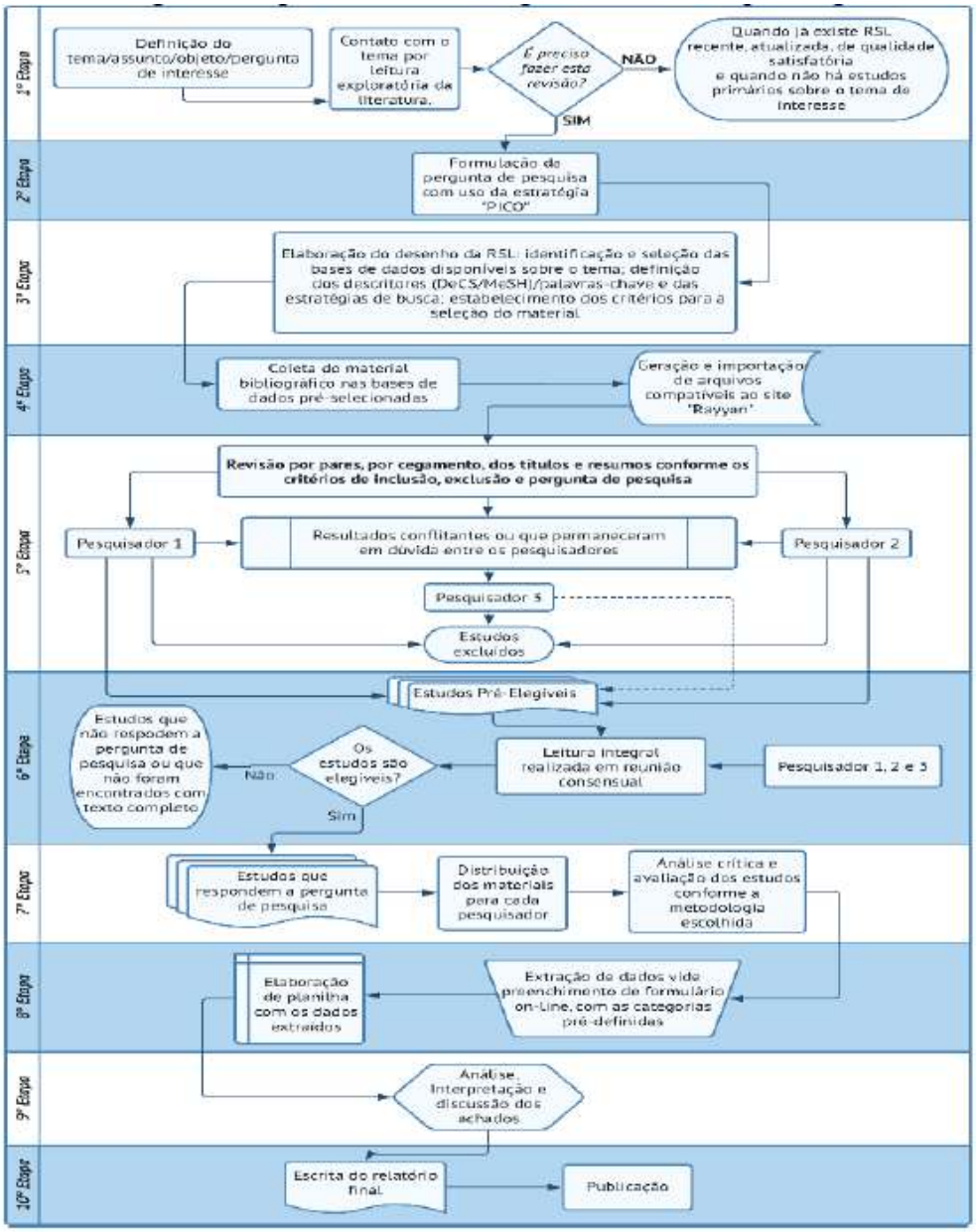
As estratégias de busca foram: BVS - (mh:(Oncologia OR neoplasia)) AND (mh:("Medicamento homeopático" OR homeopatia OR "Terapêutica homeopática" OR dinamização)) AND (mh:("prognóstico clínico dinâmico em homeopatia" OR "resultado do tratamento" OR "Evolução clínica")); PubMed - ("Medical Oncology" OR Neoplasms[MeSH Terms]) AND (Homeopathy OR "Materia Medica"[MeSH Terms]); CAPES - Homeopatia AND Oncologia. Os filtros disponíveis em cada BD ou PP foram aplicados conforme o escopo da pesquisa: PubMed - Texto completo gratuito, Estudo clínico, Ensaio clínico, Ensaio clínico, Fase I, Ensaio clínico, Fase II, Ensaio clínico, Fase III, Ensaio clínico, Fase IV, Ensaio clínico controlado, Artigo corrigido e republicado, Artigo de jornal, Jornal Artigo, Estudo Observacional, Ensaio Controlado Randomizado, Estudo de Validação, Humanos, Inglês, Português; CAPES - Artigo, data inicial: 01/01/2005, data final: 31/12/2020. Não foram aplicados filtros automáticos na BVS.

Para a seleção dos artigos, inicialmente os arquivos compatíveis dos artigos encontrados nas BD e PP foram exportados à plataforma Rayyan®[12], nesta, os revisores 1 e 2 realizaram a pré-seleção com cegamento, por meio da leitura de títulos e resumos com observância para a verificação de compatibilidade com os critérios de inclusão: Artigos originais publicados em Português e/ou Inglês entre 1999 a 2020 e que utilizassem a homeopatia como tratamento integrativo/complementar ao tratamento oncológico e/ou pós tratamento oncológico. E exclusão: Estudos quantitativos in vitro, in sílico, em não humanos, revisões e estudos que utilizavam de outras PICS concomitantes a

homeopatia. Os resultados conflitantes, ou que permaneceram com dúvidas pela análise dos revisores 1 e 2 foram reavaliados pelo revisor 3, e posteriormente indicados ou não para a leitura integral. A figura 1 sistematiza o desenho completo desse estudo.

Os resultados foram coletados por meio de um formulário eletrônico e armazenados em uma planilha de dados no programa Microsoft Excel 2019. Dentre as variáveis armazenadas estavam: O desenho do estudo, objetivos e critérios, intervenção, resultados e principais achados que respondiam à pergunta de pesquisa.

FIGURA 1 – Fluxograma do percurso metodológico da RSL do tipo integrativa executado

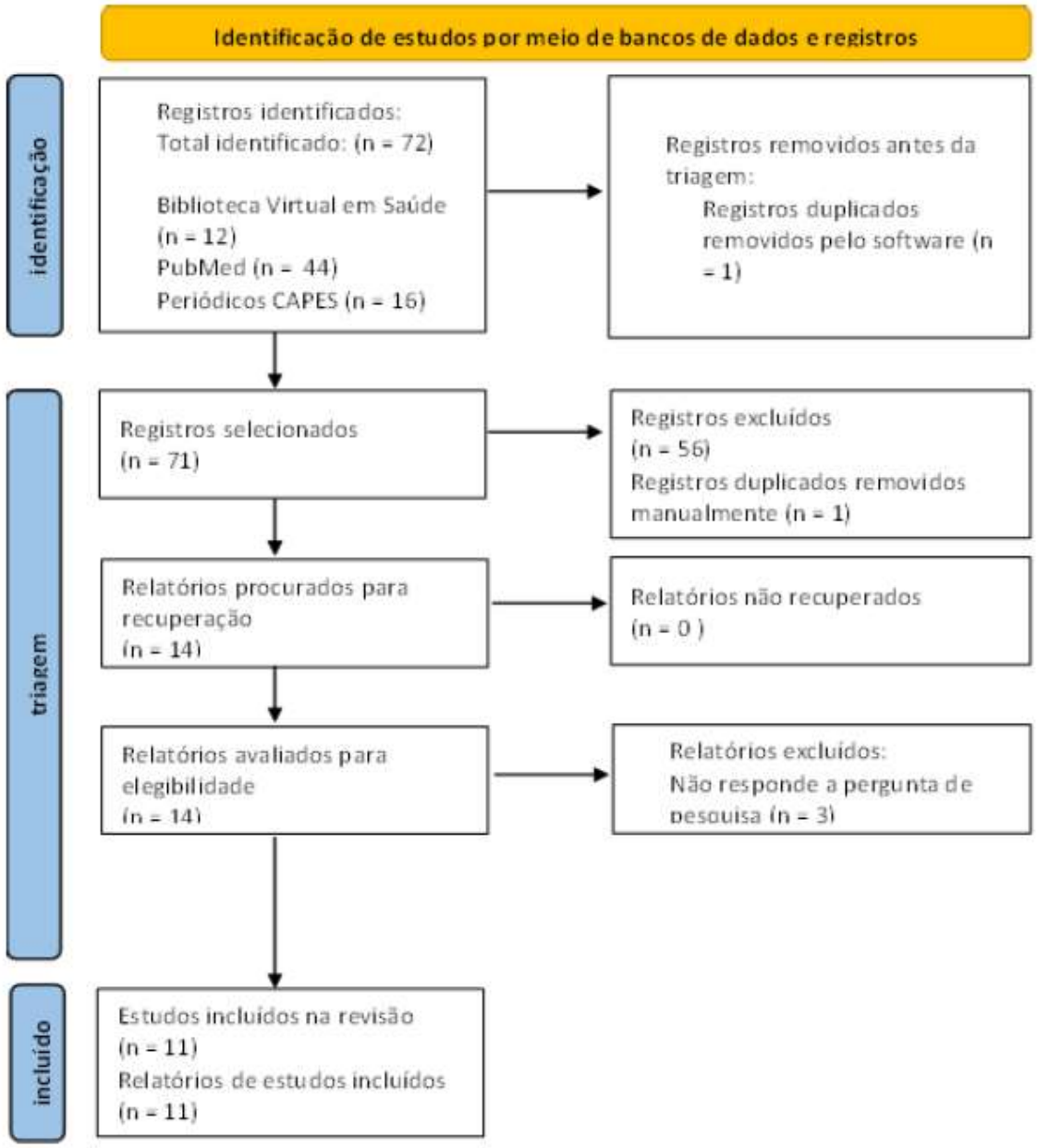


Fonte: Dos autores | Link de Acesso: https://drive.google.com/file/d/1pzSF0AIWgOiFTJ1pA050diutC4B3E8IQ/view?usp=sharing

4 RESULTADOS

A busca inicial totalizou 72 publicações, na fase de leitura de títulos e resumos, 14 documentos se mantiveram para a leitura integral, desses, 11 estudos foram incluídos. As exclusões se deram da seguinte forma: 2 artigos se encontravam em duplicidade, 56 não correspondiam ao escopo da pesquisa e 3 não respondiam claramente à pergunta de pesquisa. O fluxograma PRISMA 2020 esclarece esta seleção (Figura 2).

FIGURA 2 – Fluxograma PRISMA 2020 preenchido



Fonte: Dos autores | Link de acesso:

https://drive.google.com/file/d/1pzXBFcgErliqWSyJu76w_6ojERgUK-vt/view?usp=sharing

Em relação ao local de publicação, a maioria são dos EUA (n=7), o Reino Unido possui (n=3) e apenas um estudo foi publicado na Alemanha. Todos os estudos foram publicados em língua inglesa. Os anos de publicação se passaram por 2004, 2010 (n=2), 2011, 2012, 2016, 2017 (n=2), 2018, 2019 e 2020.

Quanto às classificações a acerca dos trabalhos analisados, 10 estudos foram publicados em periódicos de estrato igual ou superior a B3, de acordo a classificação de periódicos Qualis da CAPES do quadriênio 2013-2016, com exceção do #2 que aparece somente na classificação de 2010-2012. A maior parte dos estudos (36,3%, n=4) foram publicados em periódicos com Qualis B2, seguidos por 18,1% (n=2) publicados em Qualis A1, 18,1% (n=2) em A2, 18,1% (n=2) em B3 e 9% (n=1) não se encontrou a classificação. No que concerne ao Fator de Impacto (FI) da classificação do Journal Citation Reports (JCR) de 2020, dos estudos avaliados tem-se nos extremos o periódico #2 com o maior FI correspondendo à 32.976, e o periódico #7 com o menor valor (FI= 1.211), sendo 4.618 a média dos escores entre os 11 trabalhos selecionados. O quadro 1 a seguir resume os estudos encontrados e suas classificações.

QUADRO 1 – Principais tópicos dos estudos participantes desta RSL

#	Título	Autor, Ano	Desenho Metodológico	Qualis/Score (FI)	Principais contribuições
#1	Homeopathy as a supportive therapy in cancer	RAJENDRAN, 2004	Estudo descritivo do tipo Relato de caso com abordagem qualitativa	B3/1,444	Os medicamentos homeopáticos em humanos ajudaram na melhora do paciente, no alívio dos sintomas e dor, bem como na expectativa de vida maior do que o esperado.
#2	Characteristics of cancer patients using homeopathy compared with those in conventional care: a cross-sectional study	GUETHLIN et al., 2010	Estudo analítico observacional de corte longitudinal coorte com abordagem quantitativa	A1/32.973	Não tiveram resultados decorrentes do modelo metodológico adotado. Teoriza-se que o estágio em que o paciente recebe o tratamento homeopático é diferente do estágio em que o paciente recebe o tratamento convencional

#3	Tumor Therapy with Amanita phalloides (Death Cap): Stabilization of B-Cell Chronic Lymphatic Leukemia	RIEDE, 2010	Estudo descritivo do tipo Relato de caso com abordagem quantitativa	B2/2.579	As diluições homeopáticas de A. phalloides tem controlado o crescimento de células tumorais
#4	Classical homeopathy in the treatment of cancer patients--a prospective observational study of two independent cohorts.	ROSTOCK et al., 2011	Estudo analítico intervencional do tipo ensaio clínico paralelo randomizado mascarrado	A2/4,43	Melhora da sobrevida média, melhora da QV, os participantes apresentaram diminuição dos sintomas com o uso da Homeopatia
#5	Can treatment with Cocculine improve the control of chemotherapy-induced emesis in early breast cancer patients? A randomized, multi-centered, double-blind, placebo-controlled Phase III trial	PÉROL et al., 2012	Estudo analítico intervencional do tipo ensaio clínico controlado não randomizado duplo cego com abordagem quantitativa	A2/4,43	Não houve impacto do medicamento homeopático cocculina na prevenção da êmese de pacientes com câncer de mama em estágio I
#6	A Feasibility Pilot Trial of Individualized Homeopathic Treatment of Fatigue in Children Receiving Chemotherapy	BRULÉ et al., 2016	Estudo analitico intervencional do tipo ensaio clínico randomizado não mascarado	B2/3.279	Melhora na pontuação do escore relatado pelos pacientes em relação a fadiga
#7	Embryonal Carcinoma with Immature Teratoma: A Homeopathic Case Report	MAHESH; MALLAPPA; VITHOULKAS, 2018	relato de caso com abordagem quali-quanti	Qualis não identificado/1.211	As erupções cutâneas dramáticas responderam bem ao tratamento homeopático favorecendo a qualidade de vida da paciente
#8	Feasibility of Homeopathic Treatment for Symptom Reduction in an Integrative Oncology Service	SAMUELS et al., 2017	estudo descritivo do tipo relato de caso com abordagem quantitativa	B2/3.279	Houve a associação da melhor adesão do tratamento homeopático quando os pacientes se consultavam presencialmente

#9	Complementary individual homeopathy in paediatric cancer care: A case series from a University Hospital, Switzerland	GAERTNER et al., 2018	Estudo de série de casos	B2/2.446	Nenhum resultado generalizado pode ser deduzido, entretanto em todos os casos aspectos como sono, diminuição de ansiedade, diminuição da infecção e diminuição de sintomas de mucosite foram relatados
#10	Reasons for Use of and Experiences with Homeopathic Treatment as an Adjunct to Usual Cancer Care: Results of a Small Qualitative Study	YDE; VIKSVEEN; DUCKWORTH, 2019	estudo descritivo do tipo relato de caso com abordagem qualitativa	B3/1.444	Melhoria no bem estar físico e emocional geral
#11	Homeopathic Treatmentas an Add-On Therapy May Improve Quality of Life and Prolong Survival in Patients withNon-Small Cell Lung Cancer: A Prospective, Randomized, Placebo- Controlled, Double- Blind, Three-Arm, Multicenter Study	FRASS et al., 2020	Estudo analitico intervencional paralelo randomizado duplo cego	A1/5.025	tempo médio de sobrevida maior, melhora da qualidade de vida, escalas funcionais e sintomas no grupo de fez uso da homeopatia

Fonte: Dos autores

5 DISCUSSÃO

A Homeopatia é a PIC mais utilizada no tratamento de doenças agudas e crônicas e sua aceitação é significativamente alta em pacientes oncológicos, principalmente durante a fase paliativa do tratamento convencional[13]. Na maioria das vezes, os pacientes oncológicos têm opções de tratamento limitadas. Nessa perspectiva, aliada ao tratamento anticâncer convencional, a homeopatia aditiva pode ajudar a aliviar os efeitos colaterais da terapia convencional, amenizar os sintomas advindos da progressão do câncer e aumentar a eficácia clínica do tratamento[19,21].

A Homeopatia, aplicada dentro da oncologia integrativa, parte de um exame aprofundado de toda a história do paciente, em que os vários aspectos de sua jornada são pormenorizados, desde o diagnóstico inicial até os tratamentos clínicos, radioterápicos e cirúrgicos. Todas as preocupações do paciente, seja em relação a questões gerais ou específicas, relacionadas à qualidade de vida, são

abordadas, bem como fatores externos e internos que possam aliviar ou piorar seus sintomas. A Homeopatia também avalia, dentro de sua abordagem holística, o estado mental e emocional do paciente, suas preferências e fatores relacionados ao seu estilo de vida[5].

Um estudo, feito em 2017, avaliou a viabilidade de um programa de consulta e tratamento homeopático, fornecido como parte de um serviço de oncologia integrativa em Israel. Os prontuários de 124 pacientes foram examinados, dos quais dois terços relataram ter utilizado o remédio homeopático conforme prescrito, e três quartos relataram um efeito benéfico. Foi encontrada uma associação entre um efeito benéfico percebido do tratamento com o comparecimento a uma consulta de acompanhamento presencial. Nenhum efeito adverso foi atribuído ao tratamento homeopático. O estudo chegou à conclusão de que a Homeopatia pode ser incorporada com sucesso como um tratamento de suporte para a oncologia integrativa[5].

A homeopatia individualizada (HI) é um conceito que corresponde a prescrições homeopáticas administradas individualmente de um único medicamento, selecionado após um processo de correspondência dos sintomas presentes no paciente com aqueles descritos no livro-texto de medicamentos homeopáticos, intitulado "Matéria Médica", seguindo a “Lei dos Semelhantes”13.

Em 2018, o Departamento de Hematologia / Oncologia do Hospital Infantil da Universidade de Berna detalhou o tratamento de quatro pacientes pediátricos com neoplasias hematológicas ou tumores cerebrais, tratados com aditivos homeopáticos individualizados, conjuntamente com o tratamento padrão, para mucosite, infecções teciduais, insônia e disfunções afetivas. No caso 1, o medicamento homeopático melhorou o funcionamento fisiológico da mucosa bucal. No caso 2, o medicamento homeopático funcionou como um paliativo para a dor. Os casos 3 e 4 apresentaram um agravamento dos sintomas da doença crônica e da quimioterapia, sendo que a HI administrada auxiliou no regulamento psico- vegetativo. Nenhuma interação com o tratamento convencional e nenhum efeito colateral adverso da HI foram detectados. Todos os quatro pacientes melhoraram clinicamente em uma relação temporal imediata com o tratamento adicional. O estudo chegou à conclusão de que a HI foi um tratamento adicional seguro e de suporte para o cuidado oncológico convencional, colaborando para a melhoria da qualidade de vida, do estado de saúde global e do bem-estar subjetivo dos pacientes[13].

Brulé et al. (2016) investigaram a viabilidade da HI no tratamento da fadiga em crianças de dois a 18 anos recebendo quimioterapia em um hospital de Toronto, no Canadá. Os participantes receberam tratamento homeopático individualizado por no máximo 14 dias e avaliações domiciliares ou clínicas

foram realizadas até três vezes por semana. A abordagem homeopática envolveu uma entrevista verbal e uma avaliação dos sintomas físicos e emocionais da criança. A fadiga é um dos principais sintomas que incomodam os pacientes pediátricos com câncer, e não há ainda um tratamento bem-sucedido. Por isso, é primordial o estudo de agentes que tratam a fadiga e que tenham a menor toxicidade possível. Nesse estudo, houve a melhora significativa da fadiga durante os 14 dias de observação, o que pode sugerir que a Homeopatia é eficaz na melhoria da fadiga em pacientes pediátricos. Não houve eventos adversos graves atribuídos à Homeopatia. Porém, Brulé et al. (2016) concluiram que seu estudo não foi viável, devido à falta de interesse e falha em obter permissão para abordar o paciente enquanto ele estava recebendo quimioterapia. Sendo assim, de acordo com Brulé "são necessárias abordagens alternativas para avaliar a eficácia da homeopatia"[14].

Nessa mesma perspectiva, Mahesh et al. (2017), relataram o caso de uma menina indiana de três anos de idade com diagnóstico de carcinoma embrionário com teratoma imaturo que, após a ressecção do tumor, foi tratada com base nos princípios da Homeopatia clássica e se manteve livre de recidivas do câncer por mais de seis anos. O teratoma imaturo é um tipo agressivo de tumor de células germinativas em diferentes estágios de diferenciação, e o carcinoma embrionário são células mal diferenciadas e com tendência a se espalhar rapidamente. Esses tumores secretam marcadores biológicos que servem para monitorar os resultados do tratamento e detectar reações subclínicas. Quanto maior o nível de marcadores biológicos, pior o prognóstico[13].

A criança apresentou os seguintes sintomas: transpiração e cerramento dental durante o sono, franzimento central da língua, hipodipsia, aversão a ovos e ânsia por leite frio e bananas. Na Matéria Médica homeopática, esses sintomas constituem muito claramente a imagem de um único medicamento. Nesse nível, a estratégia de prescrição é baseada na totalidade dos sintomas, que inclui a soma de todos os sintomas individualizados do paciente. A menina recebeu apenas tratamento homeopático. O remédio administrado foi o Tuberculinum 14C, uma dose por dia durante um mês. Após o aparecimento de erupções cutâneas, foi dado Pulsatilla 30C. A criança foi acompanhada por seis anos e não houve nenhuma evidência de qualquer atividade carcinogênica no corpo. Esse caso demonstrou que os medicamentos homeopáticos podem provocar reações do sistema imunológico e serem bem sucedidos em pacientes oncológicos, além de promover a prevenção para pacientes que tem algum risco pré- determinado[15].

Riede (2010) realizou um estudo no qual diluições da substância homeopática "Amanita phalloides", contendo amanitina, foram administradas a um paciente com leucemia. A amanitina inibe a RNA

polimerase II, o que inibe parcialmente as células tumorais, mas não influencia na atividade das células normais, colaborando para a estabilização da doença. Monitorando a contagem de células leucêmicas, de leucócitos e os níveis de lactato desidrogenase (LDH) e de enzimas hepáticas, diferentes doses de amanitina foram dadas. Sem efeitos colaterais, obteve-se como resultado a diminuição dos níveis de leucócitos e LDH e o aumento de eritrócitos. Chegou-se à conclusão de que a amanitina diminui a lise celular e torna o sistema imunológico mais eficiente, sendo assim, este novo princípio de terapia tumoral tem potencial como tratamento médico integrativo[16].

Guethlin et al. (2010) compararam pacientes oncológicos que usam homeopatia com pacientes oncológicos em tratamento convencional, na Suíça. Foram selecionados 647 pacientes que responderam questionários relacionados à qualidade de vida, ansiedade e depressão, fadiga e expectativas em relação ao tratamento. Os dados clínicos (tipo de câncer, estágio da doença, frequência de quimioterapia, radioterapia e cirurgias, etc.) foram extraídos dos prontuários médicos. Em ambos os grupos, a maioria dos pacientes tinham câncer de mama. Concluiu-se que os pacientes da coorte de homeopatia são mais jovens e melhor instruídos e que qualidade de vida, ansiedade, depressão e fadiga foram parâmetros semelhantes em ambos os grupos. Ambas as coortes apresentaram qualidade de vida baixa (avaliada por questionários validados para diferentes dimensões como: Avaliação Funcional da Terapia do Câncer - Escala Geral, FACT-G e Avaliação Funcional da Terapia para Doenças Crônicas - Escala Espiritual, FACIT-Sp; ansiedade e depressão [Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)]; fadiga [Inventário de fadiga multidimensional (MFI)] e expectativas [medição da linha de base], bem como satisfação com o tratamento [não na linha de base] e altas expectativas em relação aos efeitos do tratamento). Além disso, pacientes com câncer iniciam o tratamento homeopático em uma fase muito posterior durante o curso da doença em comparação com pacientes que iniciam o tratamento convencional. Muitas vezes, os pacientes procuram a homeopatia após a conclusão do tratamento convencional[17].

Pérol et al. (2012), conduziram um estudo randomizado, de fase III, controlado por placebo, para avaliar a eficácia do medicamento homeopático, Cocculine, no controle de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia em pacientes com câncer de mama não metastático. Cocculine é um medicamento homeopático registrado na França para tratamento de náuseas e vômitos em viagens. Estudo recente demonstrou que o Cocculine pode reduzir em até 30% as náuseas em pacientes tratados por quimioterapia. Porém, Pérol et al. (2012) concluiu que não houve superioridade do Cocculine sobre o placebo, e que a incidência de náuseas e vômitos foi igual no grupo que usou

Cocculine e no grupo placebo. Ainda segundo Pérol et al. (2020, p. 8), “nenhuma conclusão definitiva pode ser tirada devido à baixa qualidade metodológica dos ensaios clínicos, o pequeno número de pacientes envolvidos (n=431, falta de replicação e viés de publicação”. Sendo assim, “maior número de ensaios clínicos e de melhor qualidade precisam ser feitos para avaliar o potencial efeito de medicamentos alternativos no tratamento do câncer”[18].

Sabe-se que o câncer de pulmão é o segundo tipo de câncer mais comum em homens e mulheres, e que mais de 85% dos cânceres de pulmão são de células não pequenas, sendo a cirurgia a terapia preferida em estágios iniciais. Porém, a maioria dos pacientes são diagnosticados em estágios avançados, com tumores irressecáveis, para os quais a quimioterapia é o tratamento padrão. Nesse sentido, abordagens adicionais são necessárias para reduzir a toxicidade e os sintomas adversos que podem impactar significativamente o funcionamento e o bem-estar emocional, social, físico e espiritual dos pacientes. Assim, um estudo prospectivo feito em julho de 2020 objetivou investigar se a Homeopatia, como terapia adjuvante, poderia influenciar a qualidade de vida e a sobrevivência de pacientes com câncer pulmonar de células não pequenas (CPCNP). Para tanto, avaliou-se os possíveis efeitos do tratamento homeopático em comparação com placebo, em pacientes em estágio avançado de CPCNP[19].

O estudo acompanhou 150 pacientes com CPCNP, destes, 98 receberam medicamentos homeopáticos ou placebo e 52 não receberam nenhum medicamento homeopático. Os medicamentos homeopáticos utilizados eram de origem vegetal, animal ou mineral e preparados por técnicas de diluição e sucussão graduais. Após dezoito semanas de tratamento homeopático, o estudo chegou ao resultado de que a qualidade de vida, os sintomas e as escalas funcionais melhoraram significativamente no grupo que recebeu tratamento homeopático em comparação com o grupo placebo. A taxa e o tempo médio de sobrevivência também foram significativamente maiores no grupo de homeopatia, em comparação com o placebo e o controle. Dessa forma, o estudo chegou à conclusão de que a Homeopatia influencia não só a qualidade de vida, mas também a sobrevivência, uma vez que uma maior qualidade de vida contribui para um tempo maior de sobrevivência[19].

Rostock et al. (2011) realizaram um estudo observacional prospectivo comparando pacientes oncológicos em tratamento homeopático e pacientes oncológicos tratados convencionalmente, e chegou à conclusão de que a terapia homeopática complementar melhora a qualidade de vida e o bem-estar psicológico e reduz os sintomas de fadiga, ansiedade e depressão em pacientes com câncer[1].

Pacientes com câncer sofrem com várias preocupações ao longo do curso da doença, sejam preocupações diretamente associadas à doença e ao prognóstico, ou com os efeitos colaterais das drogas convencionais empregadas no tratamento, o que pode resultar em efeitos adversos a longo prazo. Dessa forma, muitos pacientes oncológicos recorrem à homeopatia em resposta às preocupações sobre o tratamento médico convencional, recaídas e maus prognósticos. A escolha da homeopatia como um adjuvante ao tratamento convencional tem sido associada a maiores esperanças de um estado de saúde melhor e melhoria do bem-estar físico e mental. A Homeopatia pode ajudar os pacientes a entenderem que seu próprio comportamento tem uma forte influência sobre seu estado de saúde. Além disso, muitos pacientes relatam que se sentem abordados como um todo, e que sentem falta disso no tratamento alopático convencional20.

Sendo assim, estudos clínicos têm demonstrado que a Homeopatia pode melhorar a saúde e o bem-estar globais, bem como reduzir potencialmente muitos dos efeitos tóxicos dos tratamentos oncológicos, que incluem fadiga ou fraqueza relacionada ao câncer, ondas de calor devido a tratamentos hormonais em pacientes com câncer de mama, dermatite induzida por radiação, sintomas gastrointestinais (náusea, vômito, anorexia, alterações do paladar, constipação, diarreia), dor, neuropatia periférica, depressão, ansiedade, distúrbios do sono, etc. Além disso, a Homeopatia tem se revelado como uma terapia segura e sem efeitos adversos, sejam diretos (efeitos tóxicos) ou indiretos (interações com agentes anticâncer convencionais)5. Em contraste, embora haja evidência clínica que apoia os efeitos da Homeopatia na redução de muitos dos sintomas associados ao tratamento do câncer, o uso de medicamentos altamente diluídos torna-se de difícil aceitação para a medicina convencional. Na maioria das vezes, os profissionais de saúde acham mais fácil aceitar a abordagem alopática. Ou seja, há uma série de desafios enfrentados ao incluir a Homeopatia no ambiente da oncologia integrativa. Assim, para que a Homeopatia se torne parte da convenção de cuidados oncológicos, há uma necessidade de maior número de ensaios controlados, randomizados, que irão testar a eficácia desta terapia no alívio do câncer e toxicidades relacionadas ao tratamento5.

6 CONCLUSÃO

Estudos clínicos têm demonstrado que a Homeopatia pode aprimorar a qualidade de vida, a saúde e o bem-estar globais, bem como reduzir potencialmente muitos dos efeitos tóxicos dos tratamentos oncológicos convencionais. Além de se comportar como uma terapia segura e sem efeitos adversos.

A Oncologia Integrativa, que contempla a integração das PICS aos tratamentos voltados para o câncer, vem sendo cada vez mais utilizada pelos profissionais de saúde, buscando constantemente o protagonismo do paciente oncológico em seus processos assistenciais e estimulando a autonomia do ser cuidado. Porém, há uma série de desafios enfrentados ao incluir a Homeopatia no ambiente da Oncologia Integrativa, como a ausência de ensaios clínicos bem delineados, a falta de incentivo às pesquisas na área e o próprio preconceito dos indivíduos.

Assim, para que a homeopatia se torne integrante da convenção de cuidados oncológicos, é necessário maior número de ensaios controlados, randomizados, que irão avaliar a eficácia desta terapia no alívio dos sintomas do câncer e toxicidades advindas do tratamento.

REFERÊNCIAS

1- ROSTOCK, Matthias; NAUMANN, Johannes; GUETHLIN, Corina; GUENTHER, Lars; BARTSCH, Hans H.; WALACH, Harald. Classical homeopathy in the treatment of cancer patients - a prospective observational study of two independent cohorts. BMC Cancer, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 1–8, 2011. DOI: 10.1186/1471-2407-11-19. Disponível em:

https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-11-19. Acesso em: 17 out. 2021.

2- PACHECO, Lucas Franco. RELATO DE CASO: PACIENTE COM APLASIA PURA DE SÉRIE VERMELHA (CID D6“Revisão Integrativa”0.0) CURADO COM O MEDICAMENTO HOMEOPÁTICO PHOSPHORUS. 2015. São Paulo, 2015. Acesso em: 17 out. 2021.

3- LIMA, Julyane Felipette; CEOLIN, Silvana; PINTO, Bruna Knob; ZILMMER, Juliana Graciela Vestena; MUNIZ, Rosani Manfrin; SCHWARTZ, Eda. Uso de terapias integrativas e complementares por pacientes em quimioterapia. Avances en Enfermería, [S. l.], v. 33, n. 3, p. 372–380, 2015. DOI: 10.15446/AV.ENFERM.V33N3.53363. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2021.

4- MOURA, Ana Carolina de abreu; GONÇALVES, Cíntia Carolina Silva. Práticas integrativas e complementares para alívio ou controle da dor em oncologia. Revista Enfermagem Contemporânea, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 101–108, 2020. DOI: 10.17267/2317- 3378REC.V9I1.2649. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2649. Acesso em: 17 out. 2021.

5- SAMUELS, Noah; FREED, Yakov; WEITZEN, Rony; BEN-DAVID, Merav; MAIMON,

Yair; ELIYAHU, Uri; BERGER, Raanan. Feasibility of Homeopathic Treatment for Symptom Reduction in an Integrative Oncology Service. Integrative cancer therapies, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 486–492, 2017. a. DOI: 10.1177/1534735417736133. Disponível em:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29094627/. Acesso em: 17 out. 2021.

6- SANTOS, ANDREZA PEREIRA Dos. HOMEOPATIA NA ONCOLOGIA EXPERIMENTAL: revisão sistemática. 2018. São Paulo, 2018. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7180707. Acesso em: 17 out. 2021.

7- BOTELHO, Roedel Lira Louise; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O MÉTODO DA REVISÃO INTEGRATIVA NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS. Revista eletrônica Gestão e Sociedade, [S. l.], v. 5, p. 121–136, 2011.

8- MURAD, M. Hassan; ASI, Noor; ALSAWAS, Mouaz; ALAHDAB, Fares. New evidence pyramid. BMJ Evidence-Based Medicine, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 125–127, 2016. DOI: 10.1136/EBMED-2016-110401. Disponível em: https://ebm.bmj.com/content/21/4/125. Acesso em: 22 set. 2021.

9- PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, [S. l.], v. 372, 2021. DOI: 10.1136/BMJ.N71. Disponível em: https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71. Acesso em: 23 set. 2021.

10- GONÇALO, Camila da Silva; CASTRO, Cecília Muzetti De; BONON, Michele Mazzocato; MOTTA, Pedro Mourão Roxo Da; DAHDAL, Andréia Benati; BATISTA, Janir Coutinho; HIRAYAMA, Márcio Sussumu; PERES, Silvia Miguel de Paula; BARROS, Nelson Filice De. Planejamento e execução de revisões sistemáticas da literatura. Brasília Med, [S. l.], v. 49, n. 2, p. 104–110, 2012.

11- SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli De Mattos; CUCE, Moacyr Roberto. A ESTRATÉGIA PICO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA E BUSCA DE EVIDÊNCIAS. Revista Latino-am Enfermagem, [S. l.], 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaeArtigodeAtualização. Acesso em: 10 out. 2021.

12- OUZZANI, Mourad; HAMMADY, Hossam; FEDOROWICZ, Zbys; ELMAGARMID, Ahmed. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews 2016 5:1, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 1–10, 2016. DOI: 10.1186/S13643-016-0384-4. Disponível em:

https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4. Acesso em: 10 out. 2021.

13- GAERTNER, Katharina; LÜER, Sonja C.; FREI-ERB, Martin; VON AMMON, Klaus. Complementary individual homeopathy in paediatric cancer care: A case series from a University Hospital, Switzerland. Complementary Therapies in Medicine, [S. l.], v. 41, p. 267–270, 2018. DOI: 10.1016/J.CTIM.2018.10.010. Acesso em: 17 out. 2021

14- BRULÉ, D.; GILLMEISTER, B.; LEE, M.; ALEXANDER, S.; GASSAS, A.;

HENDERSHOT, E.; ZUPANEC, S.; DUPUIS, L.; SUNG, L. A Feasibility Pilot Trial of Individualized Homeopathic Treatment of Fatigue in Children Receiving Chemotherapy. Integrative cancer therapies, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 495–501, 2016. DOI: 10.1177/1534735415617023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26574487/. Acesso em: 17 out. 2021.

15- MAHESH, Seema; MALLAPPA, Mahesh; VITHOULKAS, George. Embryonal Carcinoma with Immature Teratoma: A Homeopathic Case Report. Complementary Medicine Research, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 117–121, 2018. DOI: 10.1159/000481819.

Disponível em: https://www.karger.com/Article/FullText/481819. Acesso em: 17 out. 2021.

16- RIEDE, Isolde. Tumor Therapy with Amanita phalloides (Death Cap): Stabilization of B- Cell Chronic Lymphatic Leukemia. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, [S. l.], v. 16, n. 10, p. 1129–1132, 2010. DOI: 10.1089/ACM.2010.0035. Disponível

em: https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2010.0035. Acesso em: 17 out. 2021.

17- GUETHLIN, C.; WALACH, H.; NAUMANN, J.; BARTSCH, H. H.; ROSTOCK, M.

Characteristics of cancer patients using homeopathy compared with those in conventional care: a cross-sectional study. Annals of oncology : official journal of the European Society for

Medical Oncology, [S. l.], v. 21, n. 5, p. 1094–1099, 2010. DOI: 10.1093/ANNONC/MDP421.

Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19858085/. Acesso em: 17 out. 2021.

18- PÉROL, David et al. Can treatment with Cocculine improve the control of chemotherapy- induced emesis in early breast cancer patients? A randomized, multi-centered, double-blind, placebo-controlled Phase III trial. **BMC Cancer**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 1–9, 2012. DOI: 10.1186/1471-2407-12-603. Disponível em: https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-12-603. Acesso em: 17 out. 2021.

19- FRASS, Michael et al. Homeopathic Treatment as an Add-On Therapy May Improve Quality of Life and Prolong Survival in Patients with Non-Small Cell Lung Cancer: A Prospective, Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Three-Arm, Multicenter Study. **Oncologist**, [S. l.], v. 25, n. 12, p. e1930–e1955, 2020. DOI: 10.1002/ONCO.13548. Acesso em: 17 out. 2021.

20- YDE, Charlotte; VIKSVEEN, Petter; DUCKWORTH, Jean. Reasons for Use of and Experiences with Homeopathic Treatment as an Adjunct to Usual Cancer Care: Results of a Small Qualitative Study. Homeopathy, [S. l.], v. 108, p. 24–32, 2019. DOI: 10.1055/s-0038- 1670689. Disponível em: https://doi.org/. Acesso em: 17 out. 2021.

21 -RAJENDRAN, ES. Homeopathy as a supportive therapy in cancer. Homeopathy : the journal of the Faculty of Homeopathy, [S. l.], v. 93, n. 2, p. 99–102, 2004. DOI: 10.1016/J.HOMP.2004.02.008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15139095/. Acesso em: 17 out. 2021.

Capítulo 3

10.37423/220605969

COINFECÇÃO ENTRE ASPERGILLUS SPP. E SARS-COV-2

Antonio Neres Norberg — *Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC*

Paulo Roberto Blanco Moreira Norberg — *Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC*

Fernanda Castro Manhães — *Universidade Estadual do Norte Fluminense - UENF*

Bianca Magnelli Mangiavacchi — *Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC*

Alcemar Antônio Lopes de Matos — *Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC*

Lívia Mattos Martins — *Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC*

Lígia Cordeiro Matos Faial — *Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC*

Claudia Maria Blanco Moreira Norberg — *Clínica Claro Odontologia*

Fabiano Guerra Sanches — *Hospital Geral de Curitiba - Exército Brasileiro*

Milena da Costa Cruz — *Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC*

INTRODUÇÃO

Os fungos do gênero *Aspergillus* são encontrados em todos os ambientes da terra. Ainda que mais de 200 espécies tenham sido descritas, apenas um pequeno número foi reconhecido como patógenos humanos, principalmente representados pelas espécies *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus niger* e *Aspergillus terreus*. A forma mais grave é a infecção invasiva, principalmente a aspergilose pulmonar invasiva, que produz alta morbidade e mortalidade na coinfecção em casos graves de COVID-19 e influenza (THAMMAHONG, 2021).

A contaminação do ambiente hospitalar constitui um risco importante para pacientes internados em estado grave, e *Aspergillus* spp. é um dos gêneros de fungos patogênicos mais encontrados em macas (COELHO et al., 2017), no fluxo proveniente de aparelhos condicionadores de ar (NORBERG et al., 2021 Atena) e na água usada em aparelhos de hidroterapia (PERESTRELO et al., 2006). A presença ubíqua, adaptabilidade a diversos tipos de ambientes, a presença de cepas resistentes a compostos azólicos e o aspecto de comensalidade em diversos tecidos humanos são aspectos que tornam o controle da contaminação do ambiente hospitalar por *Aspergillus* spp. extremamente complexo.

Este trabalho teve como objetivo verificar o impacto das infecções por *Aspergillus* spp. no prognóstico dos pacientes em estado grave pela COVID-19.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma análise da literatura científica sobre a coinfecção entre o SARS-CoV-2 e *Aspergillus* spp. através da seleção de artigos nas bases de dados PubMed, Scopus e Scielo.

DESENVOLVIMENTO

DISCUSSÃO

De acordo com Segrelles-Calvo et al. (2020) ainda não existe uma quantidade suficiente de dados estatísticos compilados pela literatura científica em relação às coinfecções em pacientes com COVID-19, embora um número significativo desses pacientes desenvolva infecções secundárias sistêmicas causadas por fungos.

Um estudo observacional realizado por Nasir et al. (2020) no Paquistão avaliou o impacto da COVID-19 associada à aspergilose pulmonar em pacientes internados por pneumonia grave causada pelo SARS-CoV-2. Entre 23 pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, 9 (39,1%) tiveram

Aspergillus spp. isolado do aspirado traqueal. Cinco pacientes (21,7%) desenvolveram aspergilose pulmonar associada à COVID-19, enquanto os outros 4 pacientes foram considerados como apenas colonizados por *Aspergillus* spp. Do total de colonizados e infectados por *Aspergillus* spp., 4 (44%) evoluíram para o óbito.

Paramythiotou et al. (2021) estudaram a epidemiologia e a incidência da aspergilose pulmonar associada à COVID-19 na Grécia. Entre 179 pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, 6 (3,3%) foram diagnosticados com COVID-19 associada à aspergilose pulmonar (4 prováveis e 2 possíveis). Foi verificada a coinfecção por patógenos Gram-negativos multidrogarresistentes em 5 desses pacientes (83,3%), e todos desenvolveram Sìndrome Respiratória Aguda Grave. Todas as amostras isoladas foram susceptíveis às drogas antifúngicas. Os testes diagnósticos foram positivos para galactomanan sérico em 4 pacientes (67%), PCR positivos em 5 pacientes (83%) e β-D-glucan foi positivo em 4 pacientes (67%). Todos os pacientes foram tratados com drogas antifúngicas. A taxa de mortalidade foi de 67%, sendo a quarta parte dessas mortes atribuídas diretamente à associação entre o SARS-CoV-2 e *Aspergillus* spp., e 17% das mortes foram atribuídas ao arranjo da coinfecção de SARS-CoV-2, *Aspergillus* spp. e bactérias Gram-negativas.

Bedini et al. (2021) investigaram infecções fúngicas e bacterianas entre pacientes que desenvolveram a COVID-19 em um hospital na Itália. Entre os 387 pacientes graves pela COVID-19, 52 (13,7%) apresentaram coinfecções por fungos ou bactérias, sendo que 5 (7,4%) foram diagnosticados com aspergilose pulmonar. Essa coinfecção representou a segunda maior taxa de mortalidade após 30 dias de internação (40%), menos letal somente que a coinfecção por *Pneumocystis jirovecii* e SARS-CoV-2 (66,6%). Os autores sugerem que exames precoces dos níveis de galactomanan no soro sanguíneo, a pesquisa de β-D-glucan ou o exame de PCR para *Aspergillus* sejam medidas eficazes a serem adotadas a fim de minimizar o risco de mortalidade pela associação da COVID-19 associada à forma pulmonar invasiva da aspergilose.

White et al. (2020) examinaram 135 pacientes quanto à coinfecção fúngica nos quadros de COVID-19 confirmados em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva de unidades hospitalares no Reino Unido. Foi verificada a incidência de infecção fúngica a uma taxa de 26,7% (14,1% por *Aspergillus* spp. e 12,6% para outras espécies de fungos). A taxa de mortalidade dos pacientes com coinfecção entre SARS-CoV-2 e fungos foi de 53%, consideravelmente superior à verificada em pacientes afetados somente pelo vírus (31%).

Grootveld et al. (2021) coletaram amostras de lavado broncoalveolar de pacientes graves com COVID-19 para exame de PCR e cultura. Os resultados demonstraram a presença de *Aspergillus* spp. nas amostras de 15 pacientes, considerando aspergilose pulmonar invasiva como provável em 11 indivíduos (73,3%). Os autores indicam o uso de diversos métodos de diagnóstico como o procedimento ideal para detecção precoce da aspergilose, principalmente por métodos pouco invasivos e de diagnóstico rápido como o PCR.

Dellière et al. (2020) avaliaram os riscos da aspergilose pulmonar associada à COVID-19 em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva na França. Entre os 366 pacientes internados confirmados para COVID-19, 21 (5,7%) desenvolveram infecções pulmonares atribuídas a *Aspergillus* spp. Foi verificada uma possível associação entre o tratamento com Azitromicina com os casos de provável aspergilose pulmonar, assim com uma tendência associativa entre o tratamento com altas taxas de dexametasona e essa coinfecção. A taxa de mortalidade de pacientes com COVID-19 que desenvolveram aspergilose pulmonar invasiva foi superior à verificada em pacientes infectados somente pelo vírus (71,4% versus 36,8%, respectivamente). A conduta terapêutica medicamentosa no tratamento da COVID-19 com o uso de corticosteroide e azitromicina, antibiótico que também possui propriedades imunossupressoras, foram apontados como fatores que contribuíram para o aumento da susceptibilidade em pacientes graves por COVID-19 à infecção pulmonar pelo *Aspergillus*.

O grupo de pesquisadores Salmaton-García et al. (2021) avaliaram 186 casos de pacientes com infecção pelo novo coronavírus associadas à aspergilose pulmonar em diversas partes do mundo entre março e agosto de 2020. Entre esses pacientes, 182 (97,8%) foram internados em Unidades de Terapia Intensiva. A espécie fúngica mais prevalente foi *Aspergillus fumigatus* (80,3%) e quatro dessas amostras isoladas foram resistentes a compostos azólicos. A taxa de mortalidade dos pacientes com COVID-19 associada à aspergilose pulmonar foi de 52,2%, e um terço dessas mortes foi atribuída diretamente à interação entre o fungo e o vírus. Com base nos dados obtidos pelos autores, a taxa de incidência de COVID-19 associada à aspergilose pulmonar pode variar de 1% a 39,1% entre pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva.

Fekkar & Poignon (2020) alertam que a presença de *Aspergillus* spp. em pacientes que desenvolvem a COVID-19 pode não significar aspergilose invasiva dado que a preexistência de *Aspergillus* spp. no trato respiratório pode não estar associada a um desenvolvimento oportunístico decorrente da ação do vírus. Estes pesquisadores argumentam que embora a aspergilose invasiva seja um diagnóstico difícil principalmente em pacientes críticos, considerações sobre a evolução micológica e a interação entre

patógenos devam constituir um critério mais restrito para a afirmação de que a aspergilose está associada ao SARS-CoV-2 na complicação da COVID-19. Verweij e Alanio (2021) apontam que o desafio do diagnóstico de COVID-19 associada à aspergilose pulmonar exige uma melhor definição e a realização urgente de estudos clínicos mais aprofundados da patofisiologia da interação entre o SARS-CoV-2 e *Aspergillus* spp., assim como os fatores de risco e a identificação de indivíduos susceptíveis, a fim de estabelecer melhores estratégias de diagnóstico e tratamento dessa coinfecção. Ao mesmo tempo, Jabeen et al. (2021) propõem que os critérios diagnósticos para COVID-19 associada à aspergilose pulmonar sejam mais flexíveis, especialmente em um período de pandemia pois o transcurso da COVID-19 exige o tratamento precoce das infecções secundárias mesmo sem uma determinação precisa do quadro clínico infeccioso, que pode evoluir de forma irreversível antes da obtenção dos resultados de recursos laboratoriais. Silva e*t al.* (2020) apontam que até o momento não existe uma terapia apropriada para a aspergilose pulmonar invasiva associada à COVID-19, o que pode ser evidenciado pelo mal prognóstico reportado por vários autores em diversas opções de terapias com medicamentos antifúngicos. Silva et al. (2020) apontam ainda que as falhas nas terapias antifúngicas de forma geral podem estar ligadas a uma amostragem não apropriada do material do paciente, falta de recursos para exames microbiológicos, falhas na detecção ou diagnóstico tardio das infecções invasivas e a falta de profissionais capacitados para a identificação dos agentes fúngicos. Todos esses aspectos sugerem uma ampla subestimação das infecções fúngicas em pacientes graves pela COVID-19, especialmente as causadas por *Aspergillus* spp., capaz de infectar rapidamente o tecido lesado das vias áreas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de uma escassez de investigações sobre infecções secundárias causadas por espécies do gênero *Aspergillus* em pacientes graves pela COVID-19, a literatura científica atualmente disponível que esse é um agravo importante nos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave causada pelo SARS-CoV-2 considerando as altas taxas de mortalidade quando comparada a grupos de controle. Infecções concomitantes por *Aspergillus* spp. e o SARS-CoV-2 podem apresentar interações entre esses patógenos ainda pouco conhecidas, e a conduta terapêutica imunomodulatória nos casos graves pela COVID-19 podem influir na susceptibilidade à infecção invasiva por *Aspergillus* spp. Não se deve esperar pelo cumprimento de um critério diagnóstico quanto a essa infecção secundária, e o tratamento precoce ou preventivo deve ser imediatamente aplicado a fim de evitar o agravamento ou morte. O uso de múltiplos métodos diagnósticos e de procedimentos pouco invasivos para detecção

de *Aspergillus* spp. nas vias aéreas de pacientes graves pela COVID-19 deve ser incorporado aos protocolos de tratamento para evitar o agravamento dos quadros clínicos e evitar a mortalidade de pacientes em unidades hospitalares.

REFERÊNCIAS

BEDINI, A.; MENOZZI, M.; CUOMO. et al. Bacterial and Fungal Co-Infections in Patients with COVID-19 Related Pneumonia: A Retrospective Cohort Study. [s.l.]: In Review, 2021. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-576997/v1>. Acesso em: 20 ago. 2021.

COELHO, S. A., OLIVEIRA, J. T. M.; PERESTRELO, M. F. et al. Fungal elements isolated from stretchers of the Clinic of the Uniabeu University Center Physiotherapy School. Revista UNIABEU, v. 7, n. 9, p. 3, 2017.

DELLIÈRE, S.; DUDOIGNON, E.; FODIL, S. et al. Risk factors associated with COVID-19-associated pulmonary aspergillosis in ICU patients: a French multicentric retrospective cohort. Clinical Microbiology and Infection, v. 27, n. 5, p. 790.e1-790.e5, 2021.

FEKKAR, A.; POIGNON, C.; BLAIZE, M. et al. Fungal Infection during COVID-19: Does Aspergillus Mean Secondary Invasive Aspergillosis? American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, v. 202, n. 6, p. 902–903, 2020.

GROOTVELD, R.; PAASSEN, J.; BOER, M. G. J. et al. Systematic screening for COVID-19 associated invasive aspergillosis in ICU patients by culture and PCR on tracheal aspirate. Mycoses, v. 64, n. 6, p. 641–650, 2021.

JABEEN, K.; FAROOQI, J.; IRFAN, M. et al. Diagnostic dilemma in COVID-19-associated pulmonary aspergillosis. The Lancet Infectious Diseases, v. 21, n. 6, p. 767, 2021.

NASIR, N.; FAROOQI, J.; MAHMOOD, S. F. et al. COVID-19-associated pulmonary aspergillosis (CAPA) in patients admitted with severe COVID-19 pneumonia: An observational study from Pakistan. Mycoses, v. 63, n. 8, p. 766–770, 2020.

NORBERG, A. N.; RIBEIRO, P. C.; SANT'ANNA, N. F. et al. Paraepidemics: the role of microbial co-infections and superinfections on the Covid-19. World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, v. 10, n. 8, p. 140-153, 2021.

PARAMYTHIOTOU, E.; DIMOPOULOS, G.; KOLIAKOS, N. et al. Epidemiology and Incidence of COVID-19-Associated Pulmonary Aspergillosis (CAPA) in a Greek Tertiary Care Academic Reference Hospital. Infectious Diseases and Therapy, v. 10, n. 3, p. 1779–1792, 2021.

PERESTRELO, M. F.; NORBERG, A. N.; GUERRA-SANCHES, F. et al. Microbiological analysis of water used in hydrotherapy. Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases, v. 12, n. 3, 2006.

SALMANTON-GARCÍA, Jon; SPRUTE, Rosanne; STEMLER, Jannik; et al. COVID-19–Associated Pulmonary Aspergillosis, March–August 2020. Emerging Infectious Diseases, v. 27, n. 4, p. 1077–1086, 2021.

SEGRELLES-CALVO, Gonzalo; DE S ARAÚJO, Glauber R; FRASES, Susana. Systemic mycoses: a potential alert for complications in COVID-19 patients. Future Microbiology, v. 15, n. 14, p. 1405–1413, 2020.

SILVA, L. N.; MELLO, T. P.; RAMOS, L. S. et al. Fungal infections in COVID-19-positive patients: a lack of optimal treatment options. Current Topics in Medical Chemist, v. 20, n. 22, p. 1951-1956, 2020.

THAMMAHONG, A. Aspergillus- Human Interactions: From the Environment to Clinical Significance. In: The Genus Aspergillus - Pathogenicity, Mycotoxin Production and Industrial Applications [Working Title]. [s.l.]: IntechOpen, 2021. Disponível em: <https://www.intechopen.com/online-first/aspergillus-human-interactions-from-the-environment-to-clinical-significance>. Acesso em: 23 ago. 2021.

VERWEIJ, P. E.; ALANIO, A. Fungal infections should be part of the core outcome set for COVID-19. The Lancet Infectious Diseases, v. 21, n. 6, p. e145, 2021.

WHITE, P. L.; DHILLON, R.; CORDEY, A. et al. A National Strategy to Diagnose Coronavirus Disease 2019–Associated Invasive Fungal Disease in the Intensive Care Unit. Clinical Infectious Diseases, p. ciaa1298, 2020.

Capítulo 4

10.37423/220605977

CORRELAÇÃO ENTRE TRICOMONÍASE E O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Larissa Karem Santos Rego	*UNINASSAU*
Alef Fernandes Pereira	*UNINASSAU*
Emanueli Larice Costa Araújo	*UNINASSAU*
Nayara do Socorro Souza Chaves	*UNINASSAU*
Mayara Roberta Cadete Ponciano	*UNINASSAU*
Letícia Roberta Modesto dos Santos	*UNINASSAU*
Patrícia Kellen Pontes da Silva	*UNINASSAU*
Aline da Costa Barbosa	*UNINASSAU*
Catharina Kethellen Da Silva Palmerin	*UNINASSAU*
Andrey Carlos do Sacramento de Oliveira	*UNINASSAU*

INTRODUÇÃO. A tricomoníase é uma infecção sexualmente transmissível não-viral, causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis (T. vaginalis).* Esse parasito, da espécie *vaginalis*, infecta o sistema urogenital (vagina, uretra e próstata). A transmissão é, principalmente, mediante o contato com secreção infectante, ou potencialmente infectante, durante a relação sexual sem preservativo ou por intermédio da utilização de fômites em contato com a genitália. Na forma sintomática, há presença de vulvovaginite acompanhada de leucorreia, prurido vulvar, dor pélvica e disúria, sintomatologia que pode se manifestar de forma isolada ou em conjunto. A cervicite crônica, também, pode vir a ser causada pela presença do *T. vaginalis*. **OBJETIVO.** O presente trabalho tem como finalidade demonstrar a possível correlação entre a manifestação da tricomoníase e o câncer do colo do útero. **MÉTODOS.** Foi realizada uma revisão de literatura sistemática na Revista Editora, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e nos bancos de dados SciELO, LILACS em busca de artigos publicados desde os anos 2000 até os dias atuais. O critério de inclusão foi que a publicação do artigo tivesse ocorrido no período anteriormente informado e que em seus resultados apresentasse casos em que as mulheres analisadas apresentaram simultaneamente tricomoníase e o câncer de colo de útero em diferentes prognósticos de estadiamento. **RESULTADOS.** Foram selecionados 73 artigos científicos e 15 se enquadraram no perfil da pesquisa. Os estudos mostraram que o *T. vagilanis é* associado ao Câncer de Colo de Útero (CCU). Nos trabalhos analisados, a adesão de *T. vaginalis* à célula epitelial vaginal (VEC) propiciou a troca de sinais químicos, que foi iniciada a partir de receptores específicos da célula humana obtendo reconhecimento dos domínios contidos na membrana citoplasmática do parasito. Além disso, esses estudos apontaram que o *Trichomonas vaginalis* possui uma associação direta com o câncer do colo do útero, essa correlação foi comprovada através do exame histopatológico e o de Papanicolaou, assim foi possível detectar a presença do parasito no grupo de mulheres diagnosticadas com o câncer cervical. **DISCUSSÃO.** A presença de cervicovaginite é um fator primordial de correlação entre tricomoníase e o câncer do colo do útero, visto que causa a destruição das células superficiais do epitélio levando a descamação e ulcerações, reduzindo a espessura epitelial. Analogamente em diversos estudos, a maior incidência de *Papiloma Vírus Humano - HPV*, principalmente do tipo 16 estimado de alto risco oncológico, esteve relacionada à infecção pelo *T. vagilanis*. Em um artigo publicado em 2017, foi demonstrado que as coinfecções vaginais aumentaram em quase quatro vezes o desenvolvimento de metaplasia cervical, e a tricomoníase é um fator importante para provocar essa alteração pré-maligna, resultante da inflamação provocada pelo *T. vaginalis*, quando associada a presença do HPV. Além disso, o CCU é um dos mais frequentes nas mulheres e o *T. vagilanis* atinge cerca de 170 milhões em todo o mundo, apesar *do* HPV. Diante disso, a tricomoníase pode induzir a

estados citopatológicos de displasia e metaplasia, foi detectado que em 39% das mulheres com neoplasia intra-epitelial cervical, possuíam o protozoário. **CONCLUSÃO.** Através da análise dos artigos, fica evidente que existe forte correlação entre tricomoníase e o câncer do colo do útero. O método diagnóstico para diagnóstico da infecção é o Papanicolau. Pode-se observar a influência do *Trichomonas vaginalis* e HPV para a neoplasia cervical. É de grande importância que haja prevenção através do uso de preservativos nas relações sexuais, entretanto, caso haja o contágio é importante que se tenha o diagnóstico através do exame preventivo precoce para tratamento. Para isso, recomenda-se um acompanhamento periódico para reduzir as chances de um possível câncer de colo do útero.

Palavras-chave: *Trichomonas vaginalis*. Neoplasia. Papilomavírus. IST.

REFERÊNCIAS

ALVES JAB, NUNES MS, FAKHOURI R, MARTINS-FILHO PRS, RIBEIRO COM, VALENÇA TS, et al. Pap Smears: Frequency of Gardnerella Vaginalis, Candida spp., Trichomonas Vaginalis and Pill Use or Copper Intrauterine Device Use. International Archives of Medicine, [S.l.], v. 9, dec. 2016. Acesso em: 03 jun. 2022.

BEZERRA, Aristócles Hitallo et al. Relação da infecção por HPV e Trichomonas vaginalis com o câncer de colo do útero. Anais II CONBRACIS. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/29592>. Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL, Controle dos Cânceres do Colo de Útero e Mama, Cadernos de Atenção Básica, Brasília, 2006. Acesso em: 03 jun. 2022. CONSOLARO ME, SUZUKI LE,MARQUES EBA. Estudo da tricomoníase e a sua abordagem no diagnóstico colpocitológico. Rev Bras Anál Clín;31(1):25-8; 2000. Acesso em: 03 jun. 2022.

DAN, VANDERSON JOSÉ LOPES et al. Prevalência de Tricomoníase na Alta Sorocabana e no Estado De São Paulo. Colloquium Vitae. ISSN: 1984-6436, 5(1), 30–39, 2014. Acesso em: 03 jun. 2022. DIEFENTHÄLER VL, ZANELLA JFP, COSER J. Prevalência de Agentes Infecciosos em Exames Citopatológicos de Mulheres Atendidas em um Serviço de Saúde Pública do Sul do Brasil. News Lab;110:142-50, 2012. Acesso em: 03 jun. 2022.

INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede.- 2ª ed rev atual – Rio de Janeiro, 2016. Acesso em: 03 jun. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Periodicidade de Realização do Exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero. Revista Brasileira de Cancerologia;1(48):13-155p, 2018.

LEMOS, PATRÍCIA ABREU PINHEIRO et al. Trichomonas vaginalis e sua associação com o câncer cervical: uma revisão sistemática. Rev. Femina. v. 43, n, 5: p. 209-214, set-out. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n5/a5317.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.

MACIEL, GISELE DE PAIVA. et al. Aspectos clínicos, patogênese e diagnóstico de Trichomonas vaginalis. J. Bras. Patol. Med. Lab. v. 40, n.3, Jun 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442004000300005>. Acesso em: 27 mar. 2020.

MELO WA, PELLOSO SM, ALVARENGA A, CARVALHO MDB. Fatores associados a alterações do exame citopatológico cérvico-uterino no Sul do Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant, 17(4): 637-643, 2017. Acesso em: 03 jun. 2022.

MICHEL RV, BORGES FP, WILTUSCHNIG RCM, NEVES FG,RIBEIRO J, VIEIRO RC, VIEIRA PB, BOHNS GR, TASCA T, DE CARLI GA. Prevalência da tricomonose e mulheres residentes na Vila dos Papeleiros em Porto Alegre, RS. RBAC;38(2):127-30; 2006.

PRADO P, KOIFMAN R, SANTANA A, SILVA I. Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado Citológico ASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo Fatores Sociodemográficos, Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco – AC, Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, 58, 471-479, 2012. Acesso em: 03 jun. 2022.

SIQUEIRA GS, OLIVEIRA VMF, BARRETO SMSS, MENEZES MO, SILVA DP, MACHADO ILD. Citologia como Prevenção do Câncer do Colo Uterino. Ciências Biológicas e da Saúde, 2, 37-46 p, 2014. Acesso em: 03 jun. 2022.

ZORATI GC, MELLO SA. Incidência da tricomoníase em mulheres atendidas pelo sistema único de saúde em Cascavel e no Oeste do Paraná. Arq Ciênc Saúde UNIPAR;13(2):133-8, 2009. Acesso em: 03 jun. 2022.

Capítulo 5

10.37423/220605981

CONHECIMENTO SOBRE O USO DE MISOPROSTOL PARA INDUÇÃO AO ABORTO NO BRASIL

Alisson Cunha Lima — *Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.*

Mairy Aparecida Felix Araújo — *Hospital Universitario Professor Edgar Santos- HUPES*

Gilcimeire Santa Rosa Costa — *Hospital Universitario Professor Edgar Santos- HUPES*

Naiara Costa Salvador Ribeiro da Silva — *Hospital Universitario Professor Edgar Santos- HUPES*

Jaciele de Souza dos Santos — *Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.*

Dorival Souza Macedo — *Policlínica do Parque Ipê- Feira de Santana, Bahia, Brasil*

Raquel Carvalho Lima — *Prefeitura de Serrinha, Bahia, Brasil*

Igor Rafael Souza da Silva — *Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil*

Daiane Melo Lima — *Rede Estadual da Bahia*

Emile Aquino Pinheiro — *Secretaria de saúde de Serrinha, Bahia, Brasil*

Resumo: O presente trabalho teve como objetivo fazer uma reflexão teórica sobre o uso de Misoprostol para indução do aborto no Brasil. Trata-se de uma Revisão Narrativa. As consequências do uso deste fármaco estão associadas a malformações em recém-nascidos, lesões físicas e problemas psíquicos nas mulheres com consequente pressão sobre o SUS devido ao aumento nas taxas de internação ou tratamentos necessários no pós-aborto. Durante um processo de aborto, as mulheres experenciam situações diversas que variam desde o acolhimento adequado às suas necessidades até o descaso e maus tratos por parte da equipe de enfermagem. A análise dos artigos que compuseram o *corpus* da revisão possibilitou entender a importância do planejamento familiar para a manutenção da saúde da população feminina, assim como da importância da atenção humanizada e livre de julgamentos diante da situação de abortamento.

Palavras-chave: Aborto. Abortamento. Misoprostol. Equipe de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O abortamento é definido como a interrupção da gravidez antes de atingida a viabilidade fetal (REY, 2003). Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1992), o abortamento deve ser considerado como a interrupção voluntária ou não da gravidez até a 20a semana de gestação, onde o feto pesa menos de 500 gramas (para os casos em que a idade gestacional não é conhecida). Seguindo esse mesmo conceito, o Ministério da Saúde do Brasil (2005) também define abortamento como a interrupção da gravidez até a 20ª - 22ª semana de gestação e com o feto pesando menos de 500g.

Já o aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento. Ambos são consagrados na linguagem médica com o mesmo sentido, ou seja, como sinônimos. Entretanto, a sinonímia entre abortamento e aborto não é consensual, pois o aborto é também considerado como produto do abortamento, seja feto ou outro produto da gestação (REY, 2003). Dado o caráter generalizado do uso desses dois termos como sinônimos não faremos aqui uso diferenciado dos mesmos. Utilizaremos tanto aborto como abortamento para nos referir à interrupção da gravidez.

Dentre as drogas mais utilizadas para provocar o aborto, está o Misoprostol. Essa substância é considerada um análogo sintético de prostaglandina E1, agindo diretamente na célula parietal. Ela vai inibir a secreção basal de ácido gástrico, elevar o fluxo sanguíneo da mucosa e estimular a secreção de muco e de bicarbonato (RANG, 2007).

A ação antissecretória do Misoprostol acontece devido a competição com a PGE1 para o seu receptor. Esse fato acaba promovendo uma dilatação das regiões intraglandulares da lâmina própria; a vasodilatação dos canais vasculares; reduz a altura das células epiteliais superficiais; edema marcado da mucosa e submucosa; e eleva a quantidade da mucosa aderente (PINHO, 2009). O Misoprostol também diminui a produção de Adenosinamonofosfato Cíclico (cAMP), sendo que isso acontece pois ele se liga ao receptor de PG nas células parietais, devido a diminuição na produção de cAMP, inibindo moderadamente a secreção ácida (KATZUNG, 2005).

O Misoprostol é um princípio ativo farmacêutico desenvolvido para tratamento e prevenção de úlceras gastroduodenais. Posteriormente, foi descoberta sua ação abortiva, chamada ocitócita, ou seja, estimula o útero induzindo a contrações e o alargamento do colo uterino. Por isso, o Misoprostol é contraindicado na gravidez por produzir contrações uterinas colocando o feto em risco, sobrepondo o benefício que o medicamento poderia proporcionar à gestante, podendo levar ao aborto (OPALEYE, 2010).

Nos últimos anos o aborto, tanto por meios legais quanto por meios ilegais, tem se tornado um grande problema para a saúde pública, ocasionando elevadas taxas de mortalidade materna e comprometendo a saúde das mulheres que acabam por fazê-lo (CORREIA et al., 2011).

No Brasil, é possível realizar um aborto caso tenha risco de vida para mulheres, se a gestação é fruto de estupro e, desde 2012, caso ocorra anencefalia fetal. O estudo feito por Martins-Melo (2014) mostrou que no Brasil são realizados em média, anualmente, cerca de 994.465 abortos inseguros. Estimativas da OMS mostram que, aproximadamente, 55 milhões de abortos ocorreram entre 2010 e 2014 no mundo, sendo 45% destes considerados abortos inseguros (GANATRA et al., 2014).

Uma pesquisa feita por Domingues et al. (2020), evidenciou que o aborto inseguro ocorre, principalmente, nas regiões menos desenvolvidas e por mulheres socialmente mais vulneráveis. Cardoso, Viena e Saraceni (2020) também concluíram que, embora os dados oficiais de saúde não permitam uma estimativa do número de abortos no país, é possível traçar um perfil de mulheres com maior risco de óbito por aborto. Sendo elas as de cor preta e indígenas, de baixa escolaridade, com menos de 14 e mais de 40 anos, que vivem nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e sem companheiro.

As mulheres em processo de abortamento, tem experiências nos serviços de saúde relacionadas aos aspectos físicos, emocional e social, trazem queixas físicas como dor e sangramento pelas quais buscam alívio, porém se calam quanto aos sentimentos vividos como solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, de ser punida ou mesmo humilhada (BRASIL, 2011). O objetivo desse trabalho é apresentar uma reflexão teórica sobre a temática do uso do misoprostol para indução do aborto no Brasil.

Assim, é fundamental reconhecer que a qualidade da atenção inclui “aspectos relativos à humanização, independentemente dos preceitos morais e religiosos dos profissionais de saúde dos serviços, passando por uma postura ética que garanta o respeito aos direitos humanos das mulheres” (BRASIL, 2011, p. 9). A reflexão acerca da efetividade do processo de assistência humanizada diante da situação de abortamento, é de urgente e extrema importância para a garantia de recuperação das mulheres.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa, desenvolvida com base em artigos publicados em periódicos e documentos de órgãos oficiais. Este método permite descrever o estado da arte, de modo a sintetizar

o conhecimento já exposto na literatura, somado às reflexões propostas pelos autores. Tal metodologia contribui para a discussão sobre um tema e é indicada para temáticas que necessitam de maiores aprofundamentos, que embase a prática e sirva de subsídio para o cuidado a mulheres que usam do misoprostol para indução do aborto no Brasil.

RESULTADOS

A SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO BRASILEIRO

No Brasil, a saúde da mulher foi inserida nas políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo que neste período ficou restrita às demandas referentes à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, criados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, mostravam uma visão limitada sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de reprodutora. Sendo ela a responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais membros da família (BRASIL, 2007).

Todavia, para Oliveira (2019) as políticas de saúde direcionadas à mulher devem enxergá-la além do papel de reprodutora, para melhorar as condições de saúde feminina durante toda a sua vida e não somente em períodos específicos. Ademais, as políticas públicas devem favorecer e melhorar questões sociais, culturais, econômicas o qual a mulher está inserida (OLIVEIRA, 2019).

Nesse contexto, surgiu em 1983 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de "atenção integral à saúde das mulheres" (AISM). Particularmente, a partir desse programa o Estado brasileiro implantou mesmo que de modo parcial, um programa que abordava o planejamento familiar, ou seja, um programa que contemplava o controle da reprodução. Porém, analisando brevemente a história desse Programa e seu significado social, conclui-se que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar.

Para OSIS (1998) a adoção do PAISM representou um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres. O PAISM acabou por romper com a visão da mulher enquanto reprodutora para uma mulher que tem necessidades outras, como saúde mental, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a prevenção da gravidez indesejada, que, por conseguinte, pode desencadear o aborto induzido (OLIVEIRA, 2019).

O documento "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e diretrizes" afirma que o Estado deve garantir o direito a informações de qualidade acerca da saúde sexual e reprodutiva para mulheres e homens. Assim como dar acesso aos contraceptivos. Essas ações devem ser realizadas no âmbito do SUS, na perspectiva da integralidade da atenção, como preconizado pelo PAISM há mais de duas décadas e reiterado, mais recentemente, pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MENEZES; AQUINO, 2009).

No Brasil, observa-se a tendência de redução da idade de iniciação sexual das mulheres e, diante desta realidade, o acesso à educação sexual constitui-se como ferramenta para que os jovens possam manejar a contracepção de forma mais adequada, evitando, inclusive, a gravidez indesejada – o que consequentemente poderá também implicar na redução das taxas de aborto (SANTOS et al., 2013).

O aborto provocado é proibido pela legislação brasileira, e somente é permitido, quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante; se a gravidez resultar de estupro e o aborto for precedido do consentimento da gestante e quando menor ou incapaz, de seu representante legal (BRASIL, 2006).

Nos últimos anos incorporou-se a possibilidade do abortamento por malformação fetal grave e incompatibilidade com a vida extrauterina, sendo necessária a autorização judicial para poder realizá-las. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal decidiu que mulheres com fetos anencefálicos teriam o direito de abortar, o que antes somente era possível a partir da autorização judicial. Entende-se que, nesta situação, não ocorre a formação do cérebro fetal, condição incompatível com a vida extrauterina, sendo neste caso um procedimento que não é criminoso perante a justiça, garantindo assim que mulheres possam interromper a gestação desses fetos (KLASING, 2012).

Fora esses casos, quem pratica o aborto está sujeito à pena de detenção ou reclusão. Importante destacar que em dois incisos presentes no artigo 128, a legislação não pune o médico que realiza o aborto, seja para salvar a vida da mulher ou para o caso de ser uma gravidez decorrente de estupro, através de solicitação e consentimento da mulher (BRASIL, 2006).

Todavia, apesar da criminalização do aborto no Brasil, ele é praticado por diversas mulheres e dificilmente punido judicialmente. Dessa forma, a situação de ilegalidade do aborto impede o conhecimento exato desse fenômeno em nosso país (CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, 2006).

A ilegalidade do aborto no Brasil tem como consequência a realização de abortos de forma clandestina e insegura, com possíveis desfechos negativos para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Para Teixeira e Guimarães (2012) o retrato desta realidade pode ser visualizado nos atendimentos

emergenciais dispensados a essas mulheres nos serviços de saúde, com risco de vida e que contribui, inclusive, para a manutenção da elevada taxa de mortalidade materna brasileira.

As causas de mortalidade materna são obtidas do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no qual os dados provenientes das Declarações de Óbito (DO) são processados. Entretanto, a análise da magnitude da mortalidade materna, por meio dos dados disponíveis nesse sistema, enfrenta problemas de subnotificação (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

A Organização Mundial da Saúde considera como aborto inseguro, a interrupção da gravidez realizada por um indivíduo sem as habilidades necessárias ou em um ambiente que não esteja de acordo com padrões médicos mínimos, ou quando as duas situações estão presentes (OMS, 2013). Para Nader, Blandino e Macie (2007), a principal problemática do aborto induzido está associada à gravidez indesejada, sendo necessário a ampliação das possibilidades de planejar a gestação, valorizando assim, o Planejamento Familiar.

É relevante destacar que por meio de suas ações o planejamento familiar deve propiciar à sua clientela o conhecimento dos métodos contraceptivos e sua livre escolha. Segundo a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, os serviços precisam garantir o acesso a todos os meios para evitar a gravidez indesejada.

Para Morais (2008) são vários os motivos que levam a mulher a abortar, entre eles uma prole maior do que a planejada, dificuldades para se obter métodos anticonceptivos, falta de orientação no planejamento familiar, pouca ou nenhuma instrução, comportamento sexual de alto risco, dentre outros. As mulheres também abortam porque existem relações sexuais não voluntárias ou não desejadas, seja por violência sexual ou coerção nas relações sexuais.

Sabe-se que um aborto é um evento extremamente traumático na vida de uma mulher que a deixa vulnerável a uma série de riscos e, abortar em condições desfavoráveis à saúde é uma violação dos direitos humanos, principalmente para as mulheres com baixo grau de escolaridade, pobres e negras (ANJOS et al., 2013). Além disso, o abortamento inseguro é acompanhado, frequentemente, por complicações severas. De forma imediata e em maior proporção, destacam-se a perfuração do útero, hemorragia e infecção, cujo teor de gravidade pode repercutir em graus distintos de morbidade e mortalidade materna.

Para Santana et al (2012), a mortalidade está relacionada a complicações do quadro clínico decorrentes do aborto e as dificuldades de acesso aos cuidados, como demora do atendimento adequado, ou por receio da própria paciente ou ainda por limitações de acesso ao serviço de saúde.

Segundo Ahman e Shah (2011), em relação ao aspecto psicológico, essas mulheres ficam em condição de vulnerabilidade, ao se encontrarem em um contexto de culpa e penalização. Devido à criminalização do Estado e da sociedade sobre o aborto, a mulher fica exposta ao julgamento próprio, de familiares e pessoas próximas. Mesmo com complicações físicas, muitas mulheres não procuram os serviços de saúde, por falta de condições financeiras e, principalmente, por temerem julgamentos morais (de familiares e de profissionais de saúde). Tendo, inclusive, medo de serem denunciadas à polícia, visto que muitos profissionais não respeitam o sigilo (OMS, 2013).

Lize (2018) verificou a existência de práticas assistenciais discriminatórias exercidas por parte dos profissionais de saúde, tais como: tratamento hostil com uso de linguagem ríspida, internação de mulheres em processo de aborto com outras mulheres puérperas com recém-nascido, negligência ao atendimento, prolongamento do tempo de espera das mulheres, e negação de analgesia quando solicitado. Diante deste contexto, o Estado deve ser capaz de propiciar a todas as mulheres condições de saúde adequadas, direito que está dentro do mínimo existencial e não lhe pode ser negado.

O ABORTO NO BRASIL: REALIDADE VERSUS ILEGALIDADE

Com exceção dos casos previstos em lei, ou seja, quando não há outro meio para salvar a vida da gestante ou a concepção é resultado de estupro, o aborto é considerado crime no Brasil (CÓDIGO PENAL. ARTIGO 128). Nem mesmo nas situações como doença de transmissão genética, malformação congênita, ingestão de fármaco teratogênico, virose contraída durante a organogênese ou mesmo o desejo da mulher de poder controlar o seu corpo e sua prole não são relevantes para o Estado, mesmo nessas situações o aborto é considerado crime. Desde a década de 1990, os Tribunais brasileiros, por jurisprudência, têm reconhecido o direito ao aborto em casos de anomalias fetais graves incompatíveis com a vida extrauterina (VIEIRA et al., 2010).

Porém, a ilegalidade do aborto não impede a prática e perpetua as iniquidades socioeconômicas em que é realizado (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011). No Brasil, o problema do abortamento revela fortes desigualdades sociais e regionais. De acordo com Diniz, Medeiro, Madeiro (2017, p. 655):

> As taxas são maiores entre mulheres nas regiões Norte/ Centro-Oeste e Nordeste (15% e 18%) do que nas regiões Sudeste e Sul (11% e 6%), em capitais (16%) do que em áreas não metropolitanas (11%), com escolaridade até quarta série/quinto ano (22%) do que com nível superior frequentado (11%), renda familiar total mais baixa (até 1 salário-mínimo – S.M., 16%) do que mais alta (mais de 5 S.M., 8%), amarelas, pretas, pardas e indígenas (de 13% a 25%) do que entre brancas (9%), hoje separadas ou viúvas (23%) do que entre casadas ou em união estável (14%) e entre as que hoje têm filhos (15%) do que entre as que nunca tiveram (8%). Ressalvadas algumas variações, esse é um padrão semelhante ao observado em 2010.

Estima-se que, a cada ano, cerca de 230 mil mulheres são internadas no SUS em decorrência de abortos inseguros (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015). A Pesquisa Nacional de Aborto, realizada no ano de 2016, mostra que o aborto inseguro é frequente entre as brasileiras. O estudo apontou que cerca de 13% das 2.002 entrevistadas, na faixa etária dos 18 aos 39 anos, todas alfabetizadas e residentes em áreas urbanas, já fizeram ao menos um aborto na vida. Aplicando-se a taxa de aborto encontrada na pesquisa, o número de mulheres que tinham feito o aborto em 2015 seria de, aproximadamente, 503 mil (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

A pesquisa de Diniz, Medeiros e Madeiro (2017) mostrou que mulheres de todas as classes sociais, níveis educacionais, idades e religiões recorrem ao aborto. As taxas de realização variam sendo mais altas em mulheres pretas, pardas, amarelas e indígenas, com menor escolaridade e menor renda. Todavia, no contexto de ilegalidade, clandestinidade e insegurança, são as mulheres pobres, negras e jovens as que possuem os maiores riscos de adoecimento e óbito.

Infelizmente os dados sobre a dimensão do problema do aborto não são fidedignos, sobretudo em nações onde ele é criminalizado, como no Brasil. Segundo Carvalho Filha *et al*. (2017), de maneira geral são contabilizados somente os casos em que ocorrem complicações médicas voltadas para a saúde da mulher que necessitam de atendimento especializado. Por isso, geralmente, existe subnotificação de casos, não existindo registros e investigações em todas as situações concretas.

Assim, mesmo diante da ilegalidade do aborto no Brasil, trata-se de um procedimento realizado por diversas mulheres, na maioria das vezes, em condições inadequadas e com risco de vida. Portanto, a ampliação desta discussão na sociedade é importante para a redução do impacto do aborto na morbimortalidade da população feminina brasileira. Neste aspecto, a legalização do aborto tem sido temática em constante discussão entre movimentos sociais, juristas, políticos, profissionais e outros setores da sociedade brasileira (BRASIL, 2010).

ABORTO DEVIDO AO USO DO MISOPROSTOL: NÚMEROS E CONSEQUÊNCIAS

No Brasil, o aborto é um problema de saúde pública, tanto pela magnitude como pela persistência. Mesmo com várias pesquisas, as diferenças metodológicas, dados não padronizados nos sistemas de informações de saúde, carência de dados oriundos do sistema de saúde suplementar, entre outros fatores, contribuem para que ainda exista controvérsia na estimativa do número de abortos no país (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

As práticas e os percursos adotados pelas mulheres para abortar, vêm mudando nas duas últimas décadas no Brasil. Até os anos 1980, sondas, substâncias cáusticas ou objetos perfurantes eram métodos muito utilizados, o que resultava em alta morbimortalidade relacionada ao aborto inseguro (HARDY; ALVES, 1992).

O Misoprostol, droga introduzida no mercado farmacológico para tratamento de úlcera gástrica no final da década de 1980, foi logo percebido em razão de seu potencial abortivo, elevando a incidência do seu uso para esse propósito (BARBOSA; ARRILHA, 1993).

O Misoprostol é um análogo sintético de prostaglandina E1 desenvolvido no contexto de pesquisas e testes para tratamento e prevenção de úlceras gastroduodenais. Posteriormente, foi empregado como ocitócito, ou seja, como estimulante uterino que induz contrações e o alargamento do colo uterino. Ao longo do tempo, foi comprovado um uso estável, seguro, eficaz, barato e de fácil administração na área obstétrica (CORRÊA; MASTRELLA, 2012). Suas indicações incluem: indução do trabalho de parto, prevenção e tratamento de hemorragias obstétricas, término de processos de abortamento precoce e cuidado pós-aborto (FAÚNDES, 2007). É utilizado, também, como indutor na interrupção da gestação (aborto medicamentoso), isoladamente ou em associação a outros análogos das prostaglandinas e/ou à mifepristona.

Essa droga começou a ser vendido nas farmácias do Brasil, desde o final da década de 80, com o nome comercial de Cytotec®, e posteriormente, seu uso foi contraindicado na gravidez, pois uma de suas reações adversas é a capacidade de provocar aborto (SILVA; RAMOS; PARTATA, 2013).

O produto foi comercializado sem restrições nas farmácias e drogarias até julho de 1991, quando o Ministério da Saúde proibiu a venda sem apresentação e retenção da prescrição médica. Apesar dos esforços para limitar o uso de Misoprostol, estudos conduzidos em Fortaleza, Ceará, e Florianópolis, Santa Catarina, entre 1992 e 1994, mostraram que o uso declarado do produto em tentativas de aborto continuava elevado (FONSECA *et al.*, 1996; MISAGO *et al.*, 1998).

Atualmente, a Portaria nº 344, publicada pelo Ministério da Saúde, em vigor desde 1998, restringe a compra e uso do Misoprostol aos estabelecimentos hospitalares cadastrados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Entretanto, veículos de comunicação em massa têm denunciado a venda clandestina do produto em farmácias e drogarias, no comércio ambulante e até mesmo pela internet (BRASIL, 1998).

Em 2006, a Anvisa proibiu a venda deste produto via internet, mas essa iniciativa tem se mostrado pouco efetiva para impedir o comércio via rede mundial de computadores.

Sabe que o uso de Misoprostol pode causar consequências à gestação, principalmente, quando utilizado de forma clandestina e sem auxílio médico. Caso a gravidez não tenha sido interrompida pelo uso do medicamento, o feto acaba exposto a uma série de eventos adversos, os quais ainda não são totalmente conhecidos (SILVA *et al*., 2006). Estudos clínicos demonstraram que há, aproximadamente, 10% de falhas em casos de aborto com uso de Misoprostol (SONG, 2010). O medicamento pode ter efeito teratogênico, especialmente, a sequência de Moebius. Essa é uma condição que provoca a paralisia de nervos cranianos, com comprometimento facial ou ocular, pode provocar estrabismo convergente, paralisia e hipoplasia da língua, como também problemas nos membros e pé equinovaro (GONZALEZ *et al.*, 1993). Outras anomalias também foram relatadas como artrogripose e redução transversa de membros (GENEST *et al*., 1999; COELHO *et al*., 2000).

Em estudo realizado por Pastuszak *et al*. (1998) foi comparado o uso de Misoprostol em mães, com filhos em idade de 0 a 78 meses que apresentaram a sequência de Moebius e crianças com deficiência no tubo neural. Entre as crianças com sequência de Moebius, 49% das mães fizeram uso do medicamento durante a gestação. Uma meta-análise avaliou estudos de caso-controle envolvendo 4.899 casos e 5.742 controles, e verificou a elevação do risco de anomalia congênita associada ao Misoprostol (MITCHELL, 2003). Esses dados demonstram que há uma relação do uso do Misoprostol ao surgimento de condições clínicas como a sequência de Moebius.

Segundo o Ministério da Saúde, a síndrome de Moebius é apontada como a principal sequela decorrente do uso ineficaz do Misoprostol (BRASIL, 2009). Segundo Magalhães (2006), a Síndrome de Moebius é um distúrbio neurológico muito raro. Ele transcorre da ampliação anormal dos nervos cranianos e possui como principal característica a perda total ou parcial dos movimentos dos músculos da face, responsáveis pelas expressões e motricidade ocular.

Dessa forma, o uso do medicamento de forma clandestina e sem o conhecimento sobre a dose adequada pode provocar problemas de saúde para a mãe e para o feto. Nesse contexto, é preciso um

controle maior sobre o comércio, assim como informar melhor as mulheres sobre as consequências do uso de Misoprostol.

De acordo Anjos *et al*. (2013), uma das problemáticas referentes ao aborto é a sua forma de realização, que ocorre, na maioria das vezes, de maneira clandestina e insegura, provocando várias implicações biopsicossociais à mulher. Essa prática realizada de forma insegura resulta em complicações graves como hemorragias, infecções, perfurações do útero, esterilidade e inclusive o óbito (BRASIL, 2010).

A inserção do Misoprostol no cenário do aborto inseguro no Brasil mudou a magnitude da morbimortalidade entre as mulheres. O uso frequente desse medicamento levou a um maior número de abortos completos e a menores índices de infecção e hemorragias, embora ainda com grande incidência de internações hospitalares por aborto incompleto (COSTA; VESSEY, 1993; FONSECA *et al*., 1996). No entanto, o comércio ilegal do medicamento e sua adulteração comprometem sua eficácia e expõe as mulheres a riscos. (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

FATORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS AO PROCESSO DE ABORTAMENTO

As mulheres que passam pela experiência traumática de abortamento passam por efeitos psicológicos negativos e variados. Sendo os mais comuns: o sentimento de culpa, ideias suicidas, ansiedade, depressão, conflitos religiosos internos, raiva, desespero/desamparo, aumento de interesse em questões relacionadas à bebês, desejo de interromper o relacionamento conjugal, redução de libido sexual, dificuldade de auto perdão, nervosismos, pesadelos, tonturas, tremores, sentimento de estar sendo explorada, e uma série de perturbações a níveis físicos. Por esses motivos todos os profissionais envolvidos devem estar preparados para atendê-las da melhor forma possível, atendendo às suas necessidades e compreendendo sua situação (SILVA, 2015).

No processo de assistência à saúde da mulher em situação de abortamento predomina o cuidado centrado no atendimento às necessidades físicas. Tal prática pode ser decorrente de que preparados para o evento da vida e para sua preservação sob as condições mais saudáveis possíveis, os profissionais da saúde quando presenciam a morte inelutável, sentem-se despreparados e constrangidos (MARIUTTI; FUREGATO, 2019).

É preciso transpor o modelo clínico tradicional de saúde, facilitando o acesso à informação dessas mulheres e ao cuidado específico, respeitando sua autonomia e sua individualidade. Ao buscar identificar os fatores de risco para a depressão e de proteção à saúde da mulher em abortamento, destacam-se elementos que podem dar subsídios para promoção de sua saúde mental, sendo que os

aspectos emocionais desencadeados pelo abortamento são inúmeros. Esses são sempre muito particulares, mas todos levam ao mesmo fim - final de um sonho, de uma gestação, de uma etapa, de uma angústia. Trata-se aqui de se lidar com a dualidade, com os opostos: início e fim, vida e morte (BENUTE *et al*., 2009).

O abortamento pode causar conflitos internos nas mulheres que o praticam, sendo uma situação complexa e desgastante. As mulheres que optam pela interrupção da gravidez podem entrar em conflito interno com suas crenças, princípios religiosos e sociais. Além disso, podem conviver com o medo do julgamento de seus parceiros e familiares, fato que contribui, diretamente, para o surgimento de sentimento de culpa (BENUTE *et al*., 2009).

Dessa maneira, os profissionais de saúde, entre eles a equipe de enfermagem precisa ter uma postura humanizada e acolhedora no atendimento às mulheres em situação de abortamento.

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO

O Brasil é signatário dos documentos de conferências e de tratados internacionais de direitos humanos, com destaque para a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979) e para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994).

Segundo estimativas da OMS, uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento para interromper gestações indesejadas. Nos países desenvolvidos a ocorrência de aborto vem diminuindo ao longo dos anos passando de 10 milhões, em 1995, para 6,6 milhões em 2003. Na Europa, o número caiu de 7,7 milhões para 4,3 milhões. A queda mais acentuada se deu no leste europeu, onde o aborto já é seguro e descriminalizado, na maioria dos países (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 2008). Por outro lado, em países onde o aborto é proibido, por lei ou norma religiosa, não há queda na taxa total de abortos, ocorrendo um efeito direto entre a proibição e o aumento das taxas de abortamentos clandestinos e inseguros, e logo, da mortalidade materna (AGI, 2004; 2008; BRASIL, 2006; DREZETT, 2008).

Neste contexto, a equipe de saúde deve estar preparada tecnicamente e psicologicamente para lidar com a situação do abortamento. Devido ao sigilo profissional diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público. O não cumprimento da norma legal pode ensejar

procedimento criminal, civil e ético-profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher.

Assim, segundo o código penal é considerado crime a revelação de alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pela Constituição Federal (1988) são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação.

O aborto é um evento impactante na vida das mulheres que o realizam, desta forma, o papel da equipe de enfermagem no acolhimento e assistência a essas mulheres é fundamental durante todo o processo. É preciso oferecer um atendimento e tratamento de qualidade e competência desde o momento do diagnóstico até a total recuperação. A transmissão de confiança e segurança durante o processo de abortamento faz com que a mulher passe por esses momentos com maior facilidade, inclusive promovendo uma melhor recuperação física e psicológica (ALFARO-LEFEVRE, 2005; FRANCO *et al*., 2010).

A equipe de enfermagem está mais próxima a essas pacientes, sendo preciso escutá-las de forma qualificada, compreendendo e entendendo o momento vivido (SILVA, 2015). Da mesma forma é preciso saber identificar as principais informações a respeito do aborto na vida dessas mulheres, além de planejar e realizar um cuidado humanizado para diminuir os possíveis danos que possam vir a ocorrer durante todo esse processo.

A compreensão da história de vida das mulheres em situação de abortamento, suas realidades e limitações, por parte dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem, promove a criação de laços de confiança em um momento de vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Assim, é fundamental realizar um trabalho com responsabilidade e competência, de forma humanizada, sem julgamentos e/ou preconceitos, com priorização dos aspectos culturais e sociais dessas mulheres (LIPINSKI, *et. al*. 2000).

É visto que o processo de abortamento é algo muito delicado na vida das mulheres, provocando diversos sentimentos, os quais são difíceis de lidar. Exatamente por esse motivo, a equipe de enfermagem deve estar preparada para lidar com as dualidades, conflitos e desafios que essa situação representa, tendo a empatia de compreender que cada mulher tem uma história.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática abordada neste estudo, ainda causa controvérsia e discussões na sociedade brasileira e na comunidade científica. As mulheres que recorrem ao aborto induzido no Brasil são, em sua grande maioria, jovens, com companheiros fixos e nível escolaridade médio, fato que chama atenção para possíveis falhas no processo de educação em saúde reprodutiva no país. Os resultados mostram a necessidade de maior capacitação dos profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem, no cuidado à mulher em situação de abortamento, sem emissão de juízo de valores, respeitando a ética profissional e de forma humanizada.

REFERÊNCIAS

AHMAN, E.; SHAH, I.H. News estimatives and trends regardings unsafe abortion mortality. Int J Gynaecol Obst, v. 115, n. 2, p. 121-126, 2011.

ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção no cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

ANJOS, K.F.; SANTOS, V.C.; SOUZAS, R.; EUGÊNIO, B.G. Aborto e saúde pública no Brasil reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, 2013.

BARBOSA, R.M.; ARRILHA, M. The Brazilian experience with Cytotec. Stud Fam Plann, v. 24, n. 4, p. 236-240. 1993.

BENUTE, G.R.G.; NOMURA, R.M.Y.; PEREIRA, P.P.; LUCIA, M.C.S.; ZUGAIB, M. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. Rev Assoc Med Bras, v. 5, n. 3, p. 322-327, 2009.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2006. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 19 abr 2020.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. Lei Federal Artigo 128 do Decreto-Lei n°2.848 de 07 de dezembro de 1940. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2016.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Casa Civil, República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo. Brasília, 2010. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_ da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf. Acesso em: 20 fev 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. 2007. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 17 mai 2020.

CARDOSO, B.B.; VIEIRA, F.M.S.B.; SARACENI, B. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? Cad Saúde Pública, v. 36, Sup. 1, 2020.

CARVALHO FILHA, F.S.S.; NASCIMENTO, E.F.; SANTOS, J.C.; SILVA, M.V.R. S.; SILVA, J.D.C.; SILVA, E.A.C. Abortamento: como é a atuação dos profissionais de saúde diante da situação? Rev Eletrôn Acerv Saúde, v. 9, n. 4, p.1159-64, 2017.

COELHO, K.E.F.A. et al. Misoprostol embryotoxicity: clinical evaluation of fifteen patients with anthrogryposis. Am J Med Genet, v. 95, p. 297-3001, 2000.

CORRÊA, M.C.D.V.; MASTRELLA, M. Aborto e Misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica, Ciênc Saúde Coletiva, v. 17, n. 7, p. 1777-1784, 2012.

CORREIA, R.A.; ARAÚJO, H.C.; FURTADO, B.M.A.; BONFIM, C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). Rev Bras Enfer, v. 64, n. 1, 2011.

COSTA, S.H.; VESSEY, M.P. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. Lancet, v. 341, n. 8855, p. 1258-1261, 1993.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Cien Saúde Colet, v. 15, p. 959-966, 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa nacional de aborto 2016. Cienc Saúde Col, v. 22, p. 653-660, 2017.

DOMINGUES, R.M.S.M.; FONSECA, S.C.; LEAL, M.C.; AQUINO, E.M. L.; MENEZES, G.M.S. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. Cad Saúde Pub, v. 36, 2020.

DREZETT, J. Painel de descriminalização do aborto. Brasília, 2005. Realizado em Brasília e promovido pela Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Disponível em:

http://www.ipas.org.br/arquivos/jefferson/problema_saude05.doc. Acesso em: 17 nov 2008.

FAÚNDES, A. Uso de Misoprostol em obstetrícia e ginecologia. 2 ed. São Paulo:

FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S.N. Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

FONSECA, W. et al. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pub, v. 30, n. 1, p.13-8, 1996.

FRANCO, J.N. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. Rev Bras Enfer, v. 63, n. 6, p. 927-932, 2010.

GANATRA, B.; TUNÇALP, O.; JOHNSTON, H.B.; JOHNSON, B.R.; GÜLMEZOGLU, A.; TMMERMAN, M. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. Bull World Health Organ, v. 92, p. 155, 2014.

GENEST, D.R.; DI SALVO, D.; ROSENBLATT, M.J.; HOLMES, L.B. Terminal transverse limb defects with tethering and omphalocele in a 17-week fetus following first trimester Misoprostol exposure. Clin Dysmorphol, v. 8, p. 53-58, 1999.

GONZALEZ, C.H. et al. Limb deficiency with or without Möbius sequence in seven Brazilian children associated with Misoprostol use in first trimester of pregnancy. Am J Med Genet, v. 47, p. 59-64, 1993.

HARDY, E.; ALVES, G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. Cad Saude Pub, v. 8, n. 2, p. 454-458, 1992.

KATZUNG, B.G. Farmacologia: Básica & Clínica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KLASING, A. Decisão do Supremo Tribunal Federal sobre Aborto é um Passo Positivo avalia Human Rights Watch (HRW). Católicas pelo Direito de Decidir. 2012. Disponível em: http://catolicasonline.org.br/noticias/conteudo.asp?cod=3412. Acesso em: 12 abr 2020.

LIPINSKI, J.M., et. al. Assistência de enfermagem a mulheres que provocam aborto problematizada por enfermeiras. Rev Texto e Contexto Enferm, p. 427-35, 2000.

LIZE, G.L. Mulheres que recorrem ao aborto inseguro no Brasil: uma revisão integrativa. 2018. 47f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2018.

MAGALHÃES, R.S. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. Rev Bras Enfer, Brasília, v. 63, n. 2, p. 183-189, 2006.

MARIUTTI, M.; FUREGATO, A. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. Rev Bras Enferm, v. 63, n. 2, p. 183-189, 2010.

MARTINS-MELO, F.R. et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. Rev Saúde Pub, Fortaleza, v. 48, n. 3, p.508-520, 2014.

MENEZES, G.; AQUINO, E.M.L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Cad Saúde Pub, v. 25, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília, DF, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/. Acesso em: 29 ago. 2021.

MISAGO, C.; FONSECA, W.; CORREIA, L.; FERNANDES, L.M.; CAMPBELL, O. Determinants of abortion among women admitted to hospitals in Fortaleza, Northesthern Brazil. Int J Epidemiol. v. 27, n. 5, p. 833-9, 1998.

MITCHELL, A.A. Systematic identification of drugs that case birth: a new opportunity. N Engl J Med, v. 349, n. 26, p. 2556-2559, 2003.

MORAIS, L.R.A Legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. Senatus, Brasília, v. 6, n. 1, p. 50-58, 2008.

NADER, P.R.A; BLANDINO, V.R.P; MACIE, E.L.N. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra – ES. Rev Bras Epid, São Paulo, v. 10, n. 4. p. 615-624, 2007.

OLIVEIRA, R.B.O. O aborto sob o contexto da saúde pública. 2019. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito), Centro Universitário Toledo, Araçatuba, 2019.

OPALEYE, E.S.; COELHO, H.L.L.; SCHÜLER-FACCINI, L.; ALMEIDA, P.C.; SANTOS,

E.C.; RIBEIRO, A.J.V.; COSTA, F.S. Avaliação de riscos teratogênicos em gestações expostas ao Misoprostol. Rev Bras Ginec Obstet, Fortaleza, v. 32, n. 1, p.19-25, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a technical Working Group. Geneva: Autor, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. Genebra: OMS, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2 ed. Uruguai: OMS, 2013.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saúde Pub, Rio de Janeiro, n. 14, Supl. 1, p. 25-32, 1998.

PASTUSZAK A.L., et al. Use of Misoprostol during pregnancy and Möbius' syndrome in infants. N Engl J Med, v. 338, n. 26, p. 1881-5, 1998.

PINHO, A.A.; BARBOSA, R.M.; SANTOS, N.J.S.; FELIPE, E.V.; VILLELA, W.V.; AIDAR, T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/ AIDS no Brasil. Cien Saude Colet, v. 14, n.4, p. 1085-99, 2009.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M.; FLOWER, R.J.; HENDERSON, G. Farmacologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Elservier, 2007.

REY, L. Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SANTANA, D.S.; CECATTI, J.G.; PARPINELLI, M.A.; HADDAD, S.M.; COSTA, M.L.; SOUSA, M.H. Severe maternal morbidity due to abortion prospectively identified in a surveillance network in Brazil. Int J Gynaecol Obstet, v. 119, n. 1, p. 44-48, 2012.

SANTOS, V.C.; ANJOS, K.F.; SOUZAS, R.; EUGÊNIO, B.C. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública, Rev Bioética, v. 21, n. 3, p. 494-508, 2013.

SILVA, E.F. Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: a percepção de profissionais de enfermagem. Rev Enferm UFSM, v. 5, n. 3, p. 454-464, 2015.

SILVA, F.P.R.; RAMOS, M.S.; PARTATA, A.K Misoprostol: Propriedades gerais e uso clínico. Rev Cient do ITPAC, Araguaína, v. 6, n. 4, Pub. 3, 2013.

SONG, J. Use of Misoprostol in obstetrics and gynecology. Obstet Gynecol Surv, v. 55, n. 8, p. 503-10, 2000.

TEIXEIRA, L.B.; GUIMARÃES, J.P. Abortamento inseguro no Brasil: magnitude do problema, atendimento emergencial e uso de contracepção de emergência. Revi Saúde Desen, v.1, n.2, p. 95-115, 2012.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Facts on Induced Abortion Worldwide. The Allan Guttmacher Institute, 2008. (Special report). Disponível em: http://www.gutt macher.org/pubs/fb_IAW.pdf. Acesso em: 17 nov 2020.

Capítulo 6

10.37423/220605982

SIGNIFICADOS E VALOR DA COMUNICAÇÃO PARA O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA FERRAMENTA INTERACIONAL

Josiane Fernandes Gomes Antunes — *Universidade Federal de Sergipe*

Cristiane Franca Lisboa Góes — *Universidade Federal de Sergipe*

Maria Pontes de Aguiar Campos — *Universidade Federal de Sergipe*

Maria Cláudia Tavares de Mattos — *Universidade Federal de Sergipe*

Resumo: A comunicação é uma necessidade básica do ser humano e utilizada em todas as circunstâncias. Na Estratégia Saúde da Família (ESF), é muito empregada por se tratar de um trabalho pautado na lógica de vínculos, desvelando-se aliada a equipe de enfermagem por facilitar a integração e auxílio no cuidado. Este trabalho teve como objetivo descrever os significados em comunicação e a sua importância para os enfermeiros da ESF. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em Aracaju/SE, com oito enfermeiros da ESF, utilizando-se a técnica de grupo focal para coleta de dados e análise de conteúdo à luz da teoria da comunicação A análise revelou que os enfermeiros acreditam que a comunicação é sinônimo de interação e entendimento, ações que podem ser construídas a partir de ideias e opiniões subjetivas e consideradas um caminho para a efetiva comunicação. Observou-se que a comunicação na ESF é importante por auxiliar na construção e fortalecimento do trabalho em equipe, além de ser muito utilizada em espaços coletivos através de reuniões com os membros da equipe de saúde, profissionais da Unidade de Saúde e pacientes. Conclui-se que os enfermeiros da ESF valorizam a comunicação, evidenciada através do conhecimento que dispõem sobre o tema. O principal significado de comunicação é interação, consonante com os achados da literatura. É necessário, para tanto, que os espaços de trabalho e as pessoas nele envolvidas estejam disponíveis para o uso adequado de códigos na comunicação e que possibilitem concordância entre fonte da informação e receptor no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Comunicação, Enfermeiro, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A comunicação é uma necessidade básica do ser humano e utilizada em todos os momentos e circunstâncias. Nas organizações de trabalho é considerada mais complexa que a interpessoal ou grupal, já que há mais canais de comunicação, mais pessoas com as quais se comunicar, mais informações a serem transmitidas e novas tecnologias (MARQUIS, HOUSTON, 2015)

Comunicação e informação podem ser empregados com o mesmo sentido, porém possuem significados diferentes. O primeiro, a partir da origem da palavra, oriunda do latim *comunicare*, que quer dizer comunhão, estar com, partilha de alguma coisa. O segundo, embora também seja derivado da mesma raiz etimológica, é entendido na perspectiva de dar conhecimento às pessoas de alguma coisa, informar (OLIVEIRA, 2000).

A interação e o conhecimento entre os membros de equipe, são necessários para que todos possam respeitar as individualidades de cada um dentro do seu campo de saber. Assim a comunicação através de trocas e diálogos no ambiente de trabalho abre possibilidades para um trabalho resolutivo e comprometido com as necessidades de saúde da população (DUARTE, BOECK, 2015).

No trabalho da equipe de enfermagem, que é interdependente, a comunicação assume um importante papel, pois esses profissionais cuidam de maneira integrada. Assim, a comunicação é uma importante aliada para facilitar essa integração e consequentemente auxiliar no cuidado (BROCA e FERREIRA, 2012).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), devido a lógica de um trabalho pautado no estabelecimento de vínculos concretos no estabelecimento de planos de ação, espera-se que esta ligação apresente-se como uma via de mão dupla, em que todos os atores envolvidos contribuam para a ação comunicativa (MARINUS *et. al*, 2015)

Com a pretensão de de contribuir com novas reflexões acerca desse objeto que está ligado ao contexto da Atenção Primária de Saúde, através do aprofundamento da questão do processo de comunicação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, bem como melhorar a atuação do enfermeiro junto aos profissionais de saúde, o presente trabalho tem como objetivo descrever os significados de comunicação para os enfermeiros da ESF do município de Aracaju - Sergipe e identificar a importância que a comunicação assume em seu processo de trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa realizada no período de setembro e outubro de 2017, em oito Unidades de Saúde da Família (USF's) do município de Aracaju – SE Participaram da pesquisa oito enfermeiros da ESF, que prestam assistência em USF's neste município. Para seleção dos participantes, foi realizada incialmente entrevista prévia com os profissionais das Unidades de Saúde. Os sujeitos de pesquisa que participaram da entrevista com a finalidade de seleção para o grupo focal, atenderam os seguintes critérios de inclusão: serem do sexo feminino e estarem no momento da coleta de dados em atuação profissional, ou seja, não estarem afastados do trabalho temporariamente devido à licenças e férias, e não estarem presentes devido a folgas e faltas. Para participação do grupo focal os critérios de inclusão foram: interesse pela temática e disponibilidade para participar dos encontros.

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada e a técnica de grupo focal através do uso de um programa de voz, via aparelho celular.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, através da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011) Esta técnica permite obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Seguindo a estruturação proposta pela técnica, as entrevistas foram analisadas em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Após essa etapa houve a codificação dos dados, através da formação das Unidades de Registro e a Categorização e subcategorização dos dados, que foram descritos a fim de se buscar a compreensão dos dados à luz da Teoria da Comunicação (BERLO, 2003)

As falas ilustrativas dos debates no grupo focal são identificadas como E1 (Enfermeiro 1), E2 (Enfermeiro 2) e assim sucessivamente.

O projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e aprovado sob o número da CAE 65729317.50000.5546 em 18/04/2017, tendo atendido todos os princípios éticos requeridos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

SIGNIFICADOS EM COMUNICAÇÃO

Os profissionais enfermeiros da ESF, foram questionados sobre o que seria para eles “comunicação”. Eles explicaram com o auxílio de uma dinâmica e expressaram por meio de desenhos o que entendem sobre comunicação e o que fazem para percorrer o caminho para uma boa comunicação.

Os resultados foram elencados em quatro subcategorias, a saber: a) Comunicação é interação; b) Comunicação é entendimento; c) Comunicação é subjetividade; e d) Comunicação é ideia.

a) Comunicação é interação

A percepção de comunicação como interação foi o significado mais citado, na visão dos enfermeiros. Eles acreditam que a verdadeira comunicação ocorre quando existe uma interação entre as partes comunicantes. A interação pode ocorrer através de um olhar, fala, ou ainda do silêncio, como pode ser visto nas falas a seguir:

“... É uma forma de passar, de interagir, né? De mostrar o que você está sentindo, pensando, desejando. Você olha para a pessoa e sabe mais ou menos o que ela está sentindo, o que ela está tentando expressar pela fisionomia dela...” (E6)

“A gente coloca numa reunião...porque é a questão deles (os agentes comunitários de saúde) estarem interagindo...” (E7)

É possível inferir que a visão dos enfermeiros sobre o que seja uma verdadeira comunicação, é coerente com os conceitos encontrados na literatura. Interação trata-se da influência recíproca entre dois ou mais elementos. É um fenômeno que permite a certo número de indivíduos constituir-se em grupos e que consiste no fato de que o comportamento de cada indivíduo se torna estímulo para outro (FERREIRA, 2018).

O termo “interação” denomina o processo de adoção recíproca de papéis, o desempenho mútuo de comportamentos empáticos. É possível se comunicar sem interagir, porém para que a comunicação produza mensagens que tenham sentidos para emissor e receptor das mensagens, faz-se necessário que seja interativa. Quando se interage é possível se colocar no lugar do outro e perceber o mundo como o outro percebe. O objetivo da interação é a fusão da pessoa e do outro, a total capacidade de antecipar, de predizer e comportar-se de acordo com as necessidades conjuntas da pessoa e do outro, sendo objetivo da comunicação humana (BERLO, 2003).

Para Silva (2015), o homem encontra-se em constante interação com seu meio e, para isso, ele se utiliza da comunicação. Interagir, segundo a autora envolve elementos psicológicos e sociais que ocorrem entre as pessoas e dentro de cada uma delas, em contextos interpessoais, grupais, organizacionais e de massa. Ela concorda com Berlo (2003), quando refere que os comunicadores em todos os níveis afetam a si mesmo e aos outros.

Matuda e colaboradores (2015), descreveram em seu trabalho uma categoria denominada "Interação profissional". Em estudo realizado com profissionais de diversas categorias da Estratégia Saúde da Família, os entrevistados destacaram suas perspectivas a respeito de como os profissionais traduzem características de interação na produção do cuidado, para o trabalho compartilhado na ESF. A reunião de equipe foi relatado por eles como uma atividade da ESF que significa interação.

Firmino e colaboradores (2016), destacam que a comunicação entre a equipe é de fundamental importância para que haja a interação e um real trabalho entre a equipe, descentralizada, levando os profissionais a se sentirem responsáveis pelas metas e tarefas para o êxito da ESF.

b) Comunicação é entendimento

O ponto de partida para atingir o objetivo da comunicação, segundo as pesquisadas é a compreensão, pois, a partir dela se pode entender os outros e se fazer entender. O entendimento acontece por meio da fala, gestos ou símbolos, veja na fala a seguir:

"Para mim, para haver comunicação é necessário haver um entendimento do que se captou. Pode ser através da voz, do olhar, símbolos..." (E4)

No entanto, mesmo em face do desejo de entendimento, haverá momentos em que a comunicação não se estabelecerá, tanto devido a problemas inerentes à fonte, quanto à desajustes por parte do receptor. Essa inviabilidade de comunicação, conforme descreve E3, não deve ser considerada permanente, pois, o entendimento virá em algum momento entre ambos:

"Em alguns momentos a gente vai ter alguns percalços e a comunicação não vai ser entendida, não pode ter o entendimento das duas partes, seja porque eu não soube me expressar bem, ou porque o outro não conseguiu entender a forma que eu me expressei, isso não quer dizer que em nenhum momento da nossa caminhada a gente não possa chegar a um consenso e entendimento." (E3)

As finalidades básicas da comunicação são entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e à realidade (SILVA, 2015). A própria fala mostra que o entendimento ocorre

a partir do momento em que ocorre uma mudança de si mesmo e do outro e que o processo de transformação gera a chegada de um consenso.

A falta de entendimento em um processo de comunicação pode ser explicada pelo uso de códigos utilizados das fontes inteligíveis do receptor. A fonte de comunicação precisa escolher códigos que o receptor entenda e seja fácil de decodificar, bem como escolher conteúdos que sejam pertinentes ao seu interesse e suas necessidades, a fim de fazer com que o receptor realize a atividade. O tratamento dado a mensagem também deve ser levado em consideração: por quais meios a fonte escolheu os códigos e o conteúdo, quais foram as razões? Ou seja, o entendimento no processo de comunicação ocorre quando a fonte valoriza o código, o conteúdo e o tratamento utilizado na mensagem a ser destinada ao receptor (BERLO, 2003)

Quanto ao receptor, se ele não conhecer o código, não entenderá a mensagem. Se nada sabe sobre o conteúdo da mensagem não poderá entendê-la. Um dos pontos mais importantes da teoria da comunicação de Berlo (2003), é o receptor, pois em uma comunicação efetiva, *o receptor é o elo mais importante do processo de comunicação*. Se o receptor não entender a mensagem de nada adiantou envia-la.

c) Comunicação é subjetividade

O significado de comunicação foi colocado como algo “subjetivo”. Os enfermeiros disseram que por se tratar de uma ação singular a cada indivíduo, para que haja entendimento é necessária uma construção baseada em diversas opiniões. E como o trabalho envolve situações diferentes, o processo de comunicação é diversificado e varia conforme a relação, seja ela com os colegas ou com a comunidade. Entendimento observado nas falas a seguir:

“Comunicação é algo subjetivo, é inerente a cada um. Precisa-se de vários argumentos para que se chegue a um denominador comum.” (E1)

“E eu acho que a comunicação interpessoal, eu acredito que deva ser essa parte de subjetividade mesmo, da situação. Do trabalho. Do trabalho, com a parte subjetiva demais...São as relações com os profissionais, com os colegas e com a própria comunidade. Então cada situação vai nortear a gente para que lado se vai...” (E2)

Não existe comunicação totalmente objetiva. Ela se faz entre as pessoas e cada pessoa é um mundo à parte com seu subjetivismo, suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas. A percepção pessoal condiciona a mensagem segundo a própria lente (SILVA, 2015).

O indivíduo "empreendedor de si" deve lançar mão das técnicas de comunicação para ser mais eficaz e produtivo, não apenas dentro do ambiente empresarial, mas, no âmbito geral das relações interpessoais Comunicar exige o estabelecimento de um quadro comum de sentidos, uma interface que permite o encontro de subjetividades, de experiências, pontos de vista. Assim, o contexto de interação não é um "aparte", mas um "entorno" construído simultaneamente às práticas interativas dos indivíduos em comunidade (DARDOT, 2016; MARTINO e MARQUES, 2015).

d) Comunicação é ideia

A comunicação foi colocada por uma enfermeira como uma forma de expressão de um pensamento, uma opinião, um conceito. A ideia é formulada e exprimida através da comunicação:

"Comunicação parte de uma ideia que a gente coloca em sequência, para explicar essa ideia." (E1)

A comunicação vista sob essa ótica, sugere a relação entre comunicação e linguagem. Trata-se de construir a comunicação além de um fenômeno fundamentalmente intersubjetivo. Sem a linguagem, o homem não pode tornar comum sua visão de mundo, não pode transmitir o seu conhecimento e a respeito disso Martinet (1970), refere que além da linguagem comunicar e servir para o homem se expressar, ela é o suporte do pensamento humano. Russel (1971) diz que: "Todos os pensamentos bem elaborados requerem palavras".

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os enfermeiros também falaram sobre a importância que a comunicação assume na organização do processo de trabalho, no contexto da ESF. Como o enfermeiro lida com a complexidade e os desafios da comunicação com diferentes grupos de pessoas no espaço organizacional, sua principal utilização ocorre nas reuniões da Unidade de Saúde da Família, sejam elas referentes à reuniões com a equipe multidisciplinar, seja em reuniões gerais da Unidade com todos os profissionais que nela atuam, ou ainda em reuniões de grupo com os pacientes:

"Eu acho que em nosso meio de trabalho se exige realmente a questão da comunicação... A gente se depara muito com reuniões de equipes, reunião de grupo..." (E7)

"É ... reunião de equipe acontece... mas, seria reunião da unidade..." (E1)

Para a construção do trabalho em equipe, é necessária interação, comunicação e capacidade para colocar-se no lugar do outro, entendendo os diferentes saberes, em cada especificidade. Deve-se considerar que os todos são portadores de diferentes histórias de vida, perfis culturais e profissionais,

ideológicos ou políticos e que as funções da comunicação agem no sentido de transformar essas diferenças em uma variável positiva para o trabalho em equipe, sem desconsiderar o perfil específico e a individualidade de seus membros (DUARTE e BOECK, 2015; OLIVEIRA, 2000).

Assim, as diversas dificuldades e singularidades no processo de comunicação da equipe multidisciplinar da estratégia saúde da família, tendem a serem assumidos pelo enfermeiro, enquanto gestor de equipe na ESF. No entanto, as peculiaridades do contexto comuncativo também perpassam pela responsabilidade que cada membro assume nesse processo, a fim de que ela seja bem utilizada no ambiente de trabalho. Quando os enfermeiros foram questionados sobre quais seriam os sujeitos responsáveis por uma comunicação eficaz no ambiente de trabalho, eles responderam:

"Os membros da equipe em primeiro lugar, porque é uma celulazinha pequena e que depois vai para a Unidade, né? Para as outras equipes...Mas, a princípio, aquele pequenininho, a equipe. Começar pela equipe, que depois vai para as outras equipes, que vai para o gerente..." (E1)

"Se cada um conhece seu papel, eu acho que funciona..." (E2)

Rowlands e Callen (2012), destacaram que a comunicação fortalece o trabalho em equipe. Isso ocorre quando os membros da equipe entendem o seu papel e o papel do outro, aumentando a conscientização acerca da sua importância no local de trabalho. As falas a seguir ilustram a afirmativa:

"E se ele também não entendesse que a culpa não era dele, que ela não tinha nada haver. Ela podia né...desistir... Poderia se retrair não ter iniciativa... Quando eu disse: não rapaz, faz parte da doença, a paciente está com medo, ela precisa de ajuda! Aí ele gastou a manhã toda com ela. Porque eu tinha dito a ele assim: você vá! Se ela não marcou o exame, pega a papelada que eu vou marcar... Aí ele disse: "olha não se preocupe não, que ela vai...". Aí eu disse (para si mesma): como a comunicação é importante! A forma como ele interpretou a situação. Tudo tem a ver com as várias formas de comunicação!" (E2)

O diálogo entre enfermeira e Agente Comunitário de Saúde (ACS), tornou mais clara a importância do papel para o ACS, enquanto membro de equipe, que parecia não dar importância ao estado de saúde de uma paciente. O resultado foi a atuação eficiente deste profissional, que por sua vez, repercutiu positivamente na assistência à paciente que ele orientou.

Neste sentido, outra enfermeira descreve mais um diálogo positivo com os agentes comunitários de saúde:

"...quando eu cheguei na área, os agentes de saúde não estavam realizando as visitas né? ... No segundo dia eu me reuni com eles, me apresentei. Aí eu contei a importância do agente de saúde... Disse: - Vocês não tem desculpas! Aqui o pessoal é bem acolhedor e a maioria são idosos e eles necessitam de atenção... Pensem, você chegar em certa idade, você estar precisando de uma Unidade de Saúde, não ter um cartão.... Se vocês estão insatisfeitos com a profissão de vocês, vocês podem utilizar esse tempo hábil e gastar estudando para um concurso ou coisas que vocês se sintam melhor...né? Começaram:- Ah, é porque a prefeitura não dá material, não tem caneta... Aí nisso, fui conversando, conversando... Aí hoje quando eu fui fazer uma visita, que foi a uma paciente que tem cem anos, ela agradeceu, porque a agente de saúde me levou lá. – Olhe, meus parabéns, estou aqui utilizando esse posto e vi um enfermeiro caminhando com o agente de saúde naus ruas... É a primeira vez nesses anos que estou aqui utilizando esse posto, que veio uma enfermeira me fazer uma visita!" (E5)

O resultado da conversa foi a produção de um atendimento de qualidade aos pacientes da área, demonstrado pelo elogio de um paciente da área à enfermeira da equipe, pela sua atuação junto aos agentes comunitários de saúde. Rowlands e Callen (2012) identificaram em seu estudo que quando ocorre uma comunicação entre profissionais de saúde e enfermeiros, os resultados são satisfatórios contribuindo para a melhoria da assistência em enfermagem.

O cuidado com os ACS reflete a atenção do enfermeiro com os membros da equipe. Através da comunicação o profissional de saúde busca identificar as necessidades, desejos, informar sobre procedimentos, técnicas, realizar educação em saúde, trocar e compartilhar experiências, de modo que essas ações promovam a conscientização e influencie em mudanças de comportamento (PONTES et.al., 2014).

CONCLUSÃO

A comunicação é ferramenta importante em todos níveis de atenção em saúde, pois todas as equipes necessitam dos modos de se comunicar para efetivar o cuidado prestado. A Enfermagem, inclusive, utiliza-se dos fundamentos do ato de se comunicar, no ensino-aprendizagem para profissionais e pacientes, constituindo-se de importante ferramenta para a integração e o cuidado na ESF. O presente estudo demonstrou o uso da comunicação junto aos usuários da Atenção Primária em Saúde e aos seus membros de equipe, como por exemplo o ACS. E desta forma, pode contribuir com a melhoria de indicadores da assistência prestada neste nível de atenção.

É necessário que os espaços de trabalho e as pessoas nele envolvidas estejam disponíveis para o uso adequado de códigos na comunicação e que possibilite concordância entre fonte da informação e receptor no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BERLO. D.K. O processo de Comunicação: introdução à teoria e à prática. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003

BROCA, P. V.; FERREIRA, M.A.F. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem (Brasília), v.65, n.1, p. 97-103, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/14.pdf> Acesso em: 05 de abril de 2016.

DARDOT, P.L.C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo: 2016.

DUARTE, M.L.C.; BOECK. J.N.; O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades na Estratégia Saúde da Família. Trabalho. Educação. Saúde (Rio de Janeiro), v.13, n.3, p. 709 -720, Set / Dec. 2015.

FERREIRA, A.B.H. de. Dicionário Aurélio Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018 Disponível em < https://dicionariodoaurelio.com/interacao > Acesso em: 11 de abril de 2018

FIRMINO, A.A.; MORAES, M.C.; NASCIMENTO, P.E.A.; PAIVA, S.M.P de; SILVEIRA, C.A. Atuação de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em um município de Minas Gerais. Revista Saúde (Santa Maria). v. 42, n.1, p. 49-58, jan./jun. 2016.

MARINUS, M.W.L.de C.; ANDRADE, R.S de; MORENO, L.R.; LIMA, L.S de; Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. Interface comunicação Saúde Educação (Botucatu), v.19, n.53, p. 311-324, 2015. Disponível em : < http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180139468008> Acesso em: 30 de janeiro de 2018

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MARTINET, A. Elementos de Lingüística Geral. Ed. Livraria Sá da Costa.2.ed.1970

MARTINO, L. M. S.; MARQUES, A. C. S. Teorias da Comunicação: processos, desafios e limites. São Paulo: Plêiade, 2015. Disponível em:

<https://casperlibero.edu.br/wp-content/uploads/2016/05/livro1-online.pdf.> Acesso em: 12 de abril de 2018

MATUDA.C.G.; PINTO, N.R. SILVA da; MARTINS, C.L.; FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciência e Saúde Coletiva (Rio de Janeiro), v.20, n.8, p.2511-2521, 2015.

OLIVEIRA, V.C. Comunicação, informação e ação social. In: Brasil. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília. OPAS, p. 65-74, 2000

PONTES, E. P., COUTO, D. L.; LARA, H.M.S.; SANTANA, J.C.B. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. Revista Mineira de enfermagem (Belo Horizonte) v.18, n.1, p.152-163, 2014.

ROWLANDS, S.; CALLEN, J. A qualitative analysis of communication betwen members of a hospital – based multidisciplinary lung câncer team. European Journal of Cancer Care (Engl). v.22. n.1, p.20-31, 2012 Disponível em: < https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ecc.12004> Acesso em: 09 de abril de 2018

RUSSEL, B. Apud: LEONTIEV, A. Linguagem e Razão Humana, 1971, p. 148

SILVA, M.J.P. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.10.ed. São Paulo: Loyola, 2015.

Capítulo 7

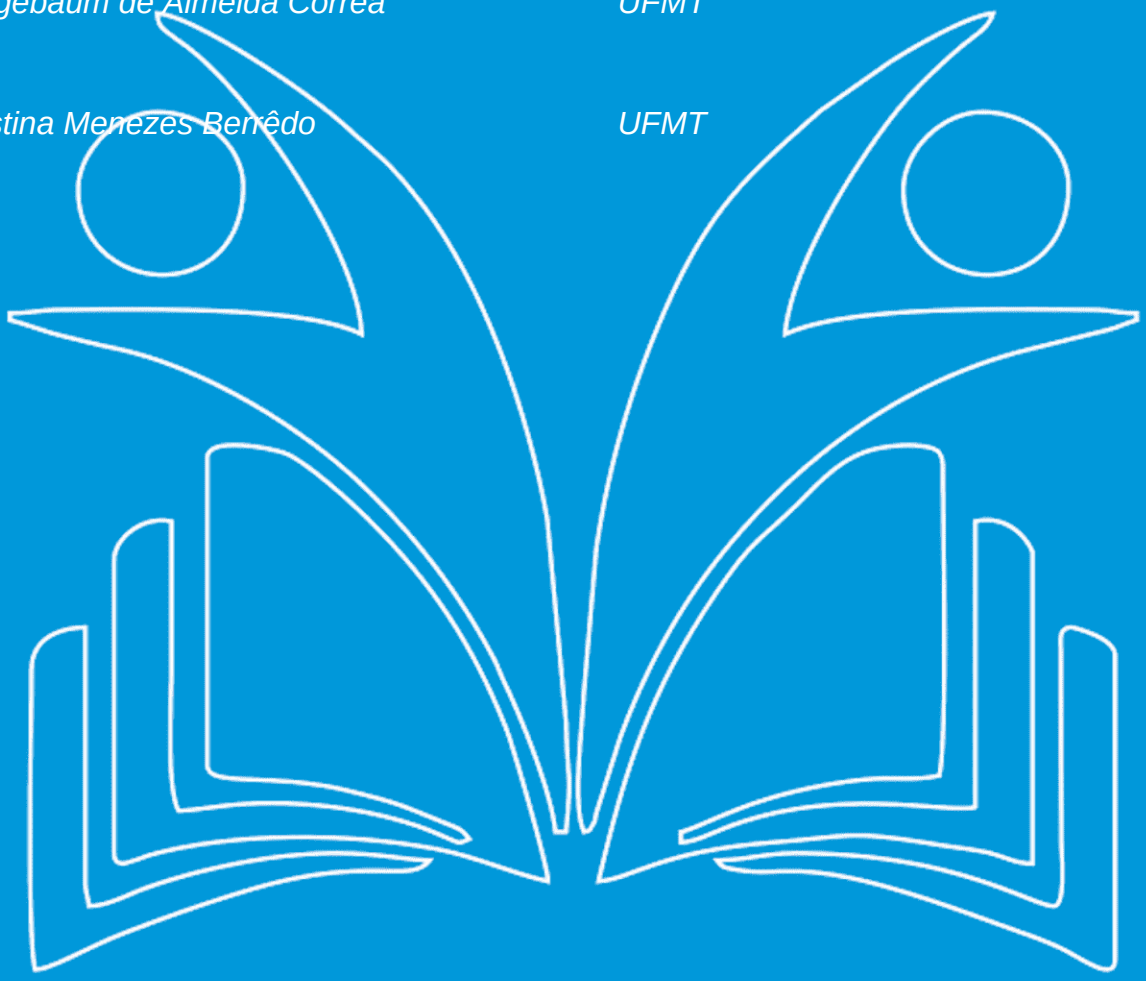
10.37423/220606001

DESENVOLVIMENTO DE UM PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR NO CAPS DE RONDONÓPOLIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

João Victor Castelhano de Paula — *UFMT*

Elton Hoeltgebaum de Almeida Correa — *UFMT*

Valéria Cristina Menezes Berrêdo — *UFMT*



Resumo: Introdução: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma importante estratégia de organização do cuidado humanizado utilizada nos serviços de atenção à saúde mental, em especial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois essa ferramenta possibilita além da clínica interdisciplinar, a reinserção do indivíduo em seu meio sociocultural, promovendo maior autonomia deste usuário. **Objetivo**: Relatar a experiência da formulação de uma proposta de um PTS elaborado para um usuário de um CAPS II do Município de Rondonópolis-MT, passível de implementação, com um olhar holístico e com enfoque nas Necessidades Humanas Básicas, identificando diagnósticos de enfermagem por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). **Método:** Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir das vivências de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), durante o primeiro semestre de 2020. Nesse sentido, estudantes da Disciplina de Enfermagem em Saúde Mental desenvolveram um PTS para um usuário de um CAPS II do Município de Rondonópolis-MT, onde ocorreram as atividades práticas, como forma de avaliação parcial da referida disciplina; sendo utilizado um modelo de PTS disponibilizado pela professora. **Resultados:** Foi possível elaborar um PTS para um usuário de um CAPS II do Município de Rondonópolis-MT, com um olhar holístico. Após o levantamento de problemas foram elencados quatro diagnósticos de enfermagem apresentados no artigo por meio da SAE, os quais direcionaram a formulação do PTS. Além disso, após o acolhimento do paciente foi possível realizar o exame mental. A construção do PTS constou de quatro fases, a saber: *Acolhimento, Avaliação de Enfermagem, Estudo da Psicopatologia e Plano de Tratamento.* **Conclusão:** A formulação desse PTS, ao longo da Disciplina Enfermagem em Saúde Mental, foi um desafio estimulante. Se tratou de uma experiência nova, em que se utilizou os conhecimentos sobre os sintomas clínicos do transtorno mental que o paciente apresentava e a SAE para elaboração do PTS do mesmo, o que garantiu um olhar holístico para o usuário e a elaboração de uma proposta de cuidado mais direcionada para suas reais necessidades.

Palavras chave: Assistência à saúde mental, Relato de experiência, Enfermagem psiquiátrica.

1 INTRODUÇÃO

É notável que a Reforma Psiquiátrica foi o principal movimento que transformou a saúde mental no Brasil e no mundo, em vista da mudança na abordagem utilizada; passando de um modelo de assistência hospitalocêntrico e centrado na doença, desconsiderando o sujeito, para o modelo de atenção psicossocial, que garante direitos às pessoas com sofrimento psíquico e promove um cuidado que leva em conta o indivíduo em todas suas dimensões, tornando-o um agente participativo de seu próprio tratamento, e em que a internação hospitalar tornou-se o último recurso de tratamento.

Para tanto, foi sancionada a Lei 10.216/2001 que "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e com isso no artigo 3º desta lei é destacada a criação dos Centros de Apoio Psicossocial, que se trata de unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Os CAPS oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros especialistas. Assim, a finalidade principal desses centros é a favorecer a autonomia e reinserção social dos usuários por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos e deveres civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, sendo dessa forma substitutivos das internações psiquiátricas.

Portanto, a Reforma Psiquiátrica traz em suas diretrizes o direito à autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais a partir da rede de assistência em saúde mental, e com o apoio da família e sociedade, se torna um agente participativo desse processo. No alcance deste objetivo, o CAPS utiliza como ferramenta auxiliar o Projeto Terapêutico Singular, que se trata de um instrumento que considera o histórico do usuário, assim como suas necessidades individuais. Nesse sentido, Grigolo,et al (2014) afirmam que o PTS pode ser compreendido como uma tecnologia para a gestão do cuidado, sendo um **Projeto**, porque é algo em desenvolvimento, com aspectos a serem concluídos ou modificados, aberto a remodelamentos, **Terapêutico**, pois retrata o cuidado como uma construção de sentidos das práticas de saúde, e **Singular**, pois insere o sujeito/família na produção do cuidado de si.

O Projeto Terapêutico Singular é uma importante estratégia de organização do cuidado humanizado utilizada nos serviços de atenção à saúde mental, em especial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois essa ferramenta possibilita a clínica interdisciplinar, a reinserção do indivíduo em seu meio sociocultural, promovendo maior autonomia desse usuário.

Nesses termos, sabendo-se que a pessoa em sofrimento psíquico deve receber uma abordagem terapêutica com base nos preceitos da reforma psiquiátrica, objetivamos relatar a experiência da formulação de uma proposta de um PTS elaborado para um usuário de um CAPS II do Município de Rondonópolis-MT, passível de implementação, com um olhar holístico e com enfoque nas Necessidades Humanas Básicas, identificando diagnósticos de enfermagem por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.

2 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir das vivências de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Rondonópolis – UFR, durante o primeiro semestre de 2020. Nesse sentido, estudantes da Disciplina de Enfermagem em Saúde Mental desenvolveram um PTS para um usuário de um CAPS II do Município de Rondonópolis-MT, onde ocorreram as atividades práticas, como forma de avaliação parcial da referida disciplina; sendo utilizado um modelo de PTS disponibilizado pela professora.

Por ser um relato de experiência de atividade prática como exigência de uma disciplina acadêmica, desenvolvida em campo prático, não existiu a necessidade da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as diretrizes da Resolução Nacional de Saúde n. 466/2012 (BRASIL, 2012).

Os dados foram coletados por meio das informações no prontuário do paciente e um total de três entrevistas realizadas no mês de fevereiro de 2020. O paciente foi selecionado aleatoriamente e convidado a participar do estudo, logo durante o primeiro dia de estágio na instituição, em um momento em que todos os usuários estavam reunidos. Posteriormente, com o aceite do paciente, realizamos três encontros, onde aplicou-se o Mini Exame do Estado Mental, realizou-se as entrevistas com o usuário e colheu-se informações no prontuário, o que possibilitou a coleta de dados. Após a coleta de dados, deu-se início a identificação dos diagnósticos de enfermagem para elaboração da SAE e construção do PTS que constou de quatro fases, a saber: *Acolhimento, Avaliação de Enfermagem, Estudo da Psicopatologia e Plano de Tratamento.*

No acolhimento foram descritos breves dados de identificação do usuário acerca de sua idade, religião, grau de escolaridade, relações familiares e seu endereço. Em seguida, na avaliação de enfermagem foi onde o estudo tornou-se mais desenvolvido, sendo separado em subtópicos: *Acesso aos Serviços de Saúde, Redes Sociais Comunitárias, História do Desenvolvimento Psicossocial e Cognitivo, História Familiar e Exame Mental.* Sobre o *Acesso aos Serviços de Saúde* foi questionado acerca de sua rede de

atenção à saúde em que se analisa como o usuário utiliza os níveis de atenção à saúde desde atenção primária até níveis mais complexos. Em *Redes Sociais Comunitárias* buscamos analisar o modo que ele interage com seus círculos sociais, buscando conhecer seus amigos, familiares, assim como qualquer um desses círculos que ele se relaciona e mantém um contato, essa vivência é importante pois a partir daí foi possível traçar sua rede de apoio. Quanto ao subtópico *História do Desenvolvimento Psicossocial e Cognitivo* foi traçado sua trajetória de vida elencando com possíveis eventos traumáticos e de importância na vida do usuário, que influenciaram sua personalidade e modo de ser. Já no *Histórico Familiar* buscamos conhecer sua vida e relações familiares, a fim de descobrir se havia algum histórico de transtornos mentais na família em vista que certos agravos podem ser de caráter hereditário, tornando assim um aspecto importante a ser analisado. Em seguida, no *Exame Mental* descrevemos como foi realizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), onde foram abordados os itens: *Julgamento, Orientação, Funcionamento Intelectual, Memória e Aparência* (BERGERET *ET AL.*, 2006).

No tópico chamado *Estudo da Psicopatologia* foi feito um apanhado geral da doença pois abordou seus principais aspectos, impactos culturais, formas de diagnóstico e sintomas.

Como também foi buscado a classificação na CID-10, a fim de conceitualizá-la, ressaltando que esta informação foi obtida através do prontuário. Em seguida, foram listados todos os fármacos utilizados pelo paciente, onde foram descritos os nomes dos medicamentos, a indicação para seu uso, posologia e Efeitos Adversos. A partir disso, estabelecemos um plano singular de cuidados de enfermagem relacionado a terapêutica farmacológica, a fim de evitar interação medicamentosas, efeitos adversos entre outros.

Na última etapa do projeto denominada Plano de Tratamento, foram levantados os problemas de enfermagem baseados nas Necessidades Humanas Básicas, onde após a análise dos riscos e problemas de enfermagem foram elencados os diagnósticos de enfermagem (DOENGES, MOORHOUSE & MURR, 2018), conforme os Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I. Neste plano de tratamento, foram apresentadas as *Justificativas, Diagnóstico, Planejamento* e a *Proposta de Implementação.* Nesse sentido, com base em todo o material coletado, e após estabelecermos os quatro diagnósticos de enfermagem e as propostas de intervenções o PTS foi enviado para a professora da disciplina que o analisou e em um encontro com o grupo de alunos foram discutidos as possibilidades e potencialidades de todo o conteúdo elaborado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível elaborar um Projeto Terapêutico Singular para um usuário de um CAPS II do Município de Rondonópolis-MT, passível de implementação, com um olhar holístico e com enfoque nas Necessidades Humanas Básicas, identificando diagnósticos de enfermagem por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Após o levantamento de problemas foram elencados quatro diagnósticos de enfermagem dispostos na tabela 1 por meio da SAE, os quais direcionaram a formulação do PTS. Além disso, após o acolhimento do paciente foi possível realizar o exame mental. A construção do PTS constou de quatro fases, a saber: *Acolhimento, Avaliação de Enfermagem, Estudo da Psicopatologia e Plano de Tratamento.* Destas quatro fases, optou-se por não apresentar somente a fase de Estudo da Psicopatologia, já contemplada no item introdução, deste capítulo. As demais fases estão descritas a seguir.

Tabela 1 - Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I

Tabela 1. SAE	
NHB afetada	Regulação de humor
Justificativa	Sua doença de base provoca irritabilidade.
Diagnóstico	Regulação do humor prejudicada relacionado à doença de base evidenciado por diagnóstico de transtorno psicológico e utilização de fármacos ansiolíticos e hipnóticos.
Planejamento	**Meta:** Evitar que ocorram oscilações no humor do paciente. **Objetivo: O paciente deverá:** -O paciente deverá manter-se calmo durante um período de 1 mês sem ficar irritado por questões levianas; -O paciente irá sentir-se mais calmo e tranquilo ao longo de seu tratamento; -O paciente se mostrará menos agressivo e passível de escutar e conversar tranquilamente.

Proposta/Implementação	-Orientar tomar suas medicações conforme prescrição; -Realizar acompanhamento com a equipe multiprofissional juntamente ao CAPS - PT; -Estimular que o paciente participe de rodas de conversas com outros pacientes que sofrem do mesmo problema; -Explorar junto ao paciente a causa de sua irritabilidade se ela é algo irracional questionando a natureza do problema.
NHB afetada	Eliminação
Justificativa	Medicações com efeito adverso de constipação.
Diagnóstico	Risco de constipação, relacionado às medicações com este efeito adverso.
Planejamento	**Meta:** Manter bom funcionamento gastrointestinal e evitar episódios de constipação. **Objetivo: - O paciente deverá:** - Ter dieta rica em fibras e alimentos laxativos; - Manter ingesta hídrica abundante; - Observar atentamente o funcionamento gastrointestinal; - Prática regular de exercícios físicos.
Proposta/Implementação	- Orientar paciente quais os alimentos ricos em fibras e com função laxativa e estimular consumo; - Elencar possíveis efeitos colaterais, com ênfase na constipação; - Incentivar ingesta hídrica e pratica de exercícios físicos diária, como no mínimo 30min de caminhada; - Investigar funcionamento gastrointestinal.
NHB afetada	Autoestima
Justificativa	Relato de episódios de choro sozinho.
Diagnóstico	Baixa estima situacional, relacionado a padrão de desamparo e CID 10 F23.0, manifestado por episódios de choro.
Planejamento	**Meta:** Evitar episódios de choro. **Objetivos: - O paciente deverá:** - Deverá relatar que não sentiu tristeza no

	período de 1 mês; - Praticar exercícios físicos com regularidade; - Fazer uso correto das medicações, conforme prescrição;
Proposta/Implementação	- Incentivar a pratica diária de exercício físico, como no mínimo 30min de caminha; - Orientar sobre adesão a terapia medicamentosa; - Realizar oficina terapêutica e roda de conversa no CAPS – PT; - Indicar atendimento individual com psicólogo para compartilhar seus sentimentos;
NHB afetada	Crenças religiosas
Justificativa	Distanciamento da religião
Diagnóstico	Risco de religiosidade prejudicada relacionada afastamento da religião e católico não praticante.
Planejamento	**Meta:** reatar vínculo com a religião. **Objetivos: - O paciente deverá:** -Relatar o porquê do afastamento; -Buscar a religião como ponto de apoio; -Apresentar bem estar espiritual.
Proposta/Implementação	-Incentivar cliente a ir à igreja; -Orientar o cliente a fazer leitura da bíblia e rezar; -Incentivar o cliente a participar do grupo de oração do CAPS-PT; -Facilitar o crescimento espiritual; -Rezar e Orar juntamente com o cliente; -Orientar sobre a importância de manter sua fé para melhora do tratamento.

3.1 ACOLHIMENTO

É notável que o acolhimento por ser a primeira etapa do PTS se torna um limiar decisivo na relação que será estabelecida com o usuário, pois este momento se trata de aproximação, ficar junto, se envolver ou seja, a fim de proporcionar este momento de inclusão, e que é necessário em todos os momentos de relação e encontros, sendo observados todos os aspectos pertinentes à comunicação.

Nesse sentido, a potencialização do dispositivo relacional do acolhimento é uma das formas de se fazer saúde, uma vez que o acolhimento permeia toda terapêutica e, desse modo, propicia um cuidado integral ao usuário (JORGE *et al*., 2011). Esta etapa é importante, pois torna possível observar o cliente em sua particularidade, em suas especificidades, diferenças, como percebe a vida, sua visão de mundo, alegrias e tristezas. E no que tange a área da saúde, estabelece os caminhos para o vínculo, a escuta terapêutica qualificada e, também, garante o acesso do usuário com responsabilização e resolubilidade.

Portanto, o vínculo é constituído por uma via de mão dupla, estabelecida entre o profissional e o paciente. Por meio dele há a possibilidade de troca de saberes entre o profissional e o paciente, o saber científico e popular, culminado com um processo de cuidado que leva em conta o que há de singular em cada coletivo e em cada individualidade (SANTOS, ASSIS & NASCIMENTO, 2011). O vínculo promove um ótimo canal de ligação entre o usuário e a equipe, pois promove uma relação de afetividade e compromisso que torna possível essa conexão e um relacionamento de confiança para o usuário se abrir, assim, quando o vínculo é estabelecido ele permite uma maior colaboração que possibilita a identificação de suas necessidades impossíveis de serem reconhecidas através de outro método. Portanto, estará mais sensível à escuta atenta e à identificação de vulnerabilidades e riscos, possibilitando a construção de intervenções terapêuticas que realmente estejam de acordo com as necessidades elencadas.

Destarte, no momento de acolhimento os discentes se apresentaram e expuseram do que se tratava o referido projeto, explicando as possibilidades que o projeto proporciona e como seria conduzido caso fosse aceita sua participação. Isso foi muito importante, pois neste momento o profissional do acolhimento realiza uma escuta acolhedora do usuário ou familiar que busca o serviço de saúde e identificará sua necessidade (PINTO *et al*., 2011). O usuário logo demonstrou interesse e ficou entusiasmado de participar, como também se mostrou bem receptivo aos alunos. Então após a construção do vínculo, foi possível que o cliente se sentisse à vontade para relatar o que julgasse mais importante, e isso nos possibilitou construir uma história cronológica de sua trajetória de vida, desde a sua vinda de outro estado como também pudemos conhecer seu círculo de amizades e familiares a fim de relacionarmos com seu sofrimento psíquico.

Segundo Carvalho, et al (2012) é interessante notar que os usuários sentem quando não há envolvimento na relação com os profissionais, quando não há retorno, eles falam também que, mesmo tendo um significado para a ação, esta ação pode alienar o outro e precisa ser pensada em

seus objetivos, em seus efeitos para o outro. Para a construção do projeto terapêutico singular é importante conhecer a história de vida, a condição clínica e social do usuário, suas relações interpessoais, ou seja, é necessário permitir-se, aproximar-se, inclinar-se, estar junto, por meio de uma escuta aprimorada a fim de criar vínculos terapêuticos, numa relação de confiança que dê ênfase ao diálogo e que possa tornar o cuidado possível.

> (...) o cuidado deve ser entendido como uma forma de estar e de se relacionar com o mundo e com o outro; nesse processo aquele que cuida e aquele que é cuidado vivenciam experiências que proporcionam o crescimento e o fortalecimento individual dando significados às suas existências. (CONEJO, COLVERO, 2005, p. 208).

Sempre ao encerrarmos as entrevistas, era explicado ao usuário a importância do PTS e o potencial deste para a melhoria no seu tratamento. Com isso, notamos maior entusiasmo do mesmo, o que acreditamos resultar de sua participação no seu tratamento.

3.2 PLANO DE TRATAMENTO

O Ministério da Saúde (2008) orienta que o PTS contém quatro momentos distintos: *diagnóstico orgânico, psicológico e social; definição de metas de curto, médio e longo prazo; divisão de responsabilidades e reavaliação e que o vínculo entre equipe de referência, usuário e família*, este é considerado um dos aspectos mais importante no desenvolvimento do PTS. Nesse sentido, levamos isso em conta e produzimos metas possíveis de serem alcançadas e que estivessem de acordo com as necessidades do usuário, haja vista que a definição de objetivos inalcançáveis inviabiliza todo o processo, pois dessa forma não há a adesão do usuário ao plano de tratamentos. Outrossim, o PTS visa possibilitar a discussão nas reuniões de equipe com um "novo olhar" sobre os modos de isolamento e distanciamento dos familiares em seus saberes e recursos promovendo discussões frequentes sobre o modo de estabelecer estas relações entre todos os envolvidos. Assim, após toda a coleta de dados os integrantes do projeto se reuniram e fizeram um "*brainstorm*" onde foram discutidas as necessidades verbalizadas pelo usuário, as necessidades observadas pelos participantes, o que poderia ser implementado e o que deveria ser descartado, a partir daí o documento foi redigido.

Um aspecto importante levado em conta durante a construção do projeto, foi considerar o usuário em sua individualidade, a fim de tornar esse plano de tratamento algo singular e único, diferente de pessoa a pessoa, destoando do modelo biomédico onde o atendimento era roteirizado, valendo notar que Oliveira (2007) alerta para que a construção de roteiros estruturados de PTS não se transforme em normatizações ou protocolos de operacionalização, que se opõem à perspectiva de singularização

e de movimento permanente. Todavia, a produção do projeto ocorreu com sucesso, pois estava de acordo com as necessidades do usuário e com os objetivos propostos pela disciplina.

3.3 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

É notável que a Avaliação constitui a última etapa do processo de enfermagem, portanto "neste momento é analisado se as intervenções/atividades de enfermagem realizadas alcançaram o resultado esperado, bem como a necessidade de mudanças ou adaptações, se os resultados não foram alcançados ou se novos dados foram evidenciados (BARROS et al, 2015)". Assim, observa-se que este momento propicia a constante adaptação do plano a fim de observar se o que foi implementado surtiu efeito e também se necessita de novas intervenções.

Contudo isso demanda um tempo de acompanhamento disciplinar e cuidadoso, e que, entretanto, não foi possível neste estudo pois as atividades propostas demandariam um tempo maior do que os pesquisadores dispunham, haja vista que o período de campo prático dos estudantes foi de apenas 3 semanas.

4 CONCLUSÃO

A formulação desse PTS, ao longo da Disciplina Enfermagem em Saúde Mental, foi um desafio estimulante. Se tratou de uma experiência nova, em que se utilizou os conhecimentos sobre os sintomas clínicos do transtorno mental que o paciente apresentava e a SAE para elaboração do PTS do mesmo, o que garantiu um olhar holístico para o usuário e a elaboração de uma proposta de cuidado mais direcionada para suas reais necessidades.

Outrossim, este estudo teve algumas limitações, entre elas a impossibilidade de contato com os familiares do cliente, a impossibilidade de avaliação das medidas implementadas, como também a dificuldade de discussão com os profissionais de outras áreas devido o horário em que eram realizados os encontros. Contudo, foi possível experienciar o potencial transformador que a clínica ampliada pode oferecer, concomitantemente com a autonomia que o PTS consegue fornecer ao usuário, favorecendo sua reinserção social e desenvolvimento de sua cidadania. Vale destacar, que a aprendizagem adquirida ao longo deste estudo transformou a nossa visão como estudantes da saúde, pois mostrou um olhar mais amplo para o cenário da saúde mental, contribuindo para o desenvolvimento das habilidades na resolução de problemas de enfermagem, por meio do uso do PTS.

Com essa vivência foi possível observar a importância do Processo de Reforma Psiquiátrica, na prática e a importância de que todas as mudanças preconizadas sejam implementadas. Entretanto, este modelo precisa avançar para que a pessoa com transtorno mental possa dispor de uma rede de assistência que não necessite mais da instituição hospitalar como opção para internação. Considera-se, ainda, inegável a falta de incentivos financeiros e estruturais que acabam dificultando a concretização da Reforma Psiquiátrica. No entanto, estimular estudantes da graduação a utilizar ferramentas como o PTS são maneiras de transformar os profissionais do futuro, pois somente assim será possível cumprir o desafio de elencar o que é proposto na teoria e implementá-lo na prática.

Assim, devem ser reconhecidas as potencialidades do PTS como ferramenta para assistência à saúde mental, sendo este uma forma para enfermeiro assistir cada aspecto da vida do paciente e considerar não só os sintomas clínicos do transtorno mental que ele apresenta, mas também aqueles sintomas que advêm do isolamento social e dos problemas do cotidiano da vida que afetam suas emoções e a sua saúde mental, por conseguinte. Desta forma, notamos a importância do uso da SAE na identificação de problemas de enfermagem e na elaboração do PTS, bem como a importância deste no processo de tratamento do usuário, favorecendo sua melhora e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, 2005

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

6. BERGERET, J. et al. Psicopatologia: teoria e clínica. 9.ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

7. CARVALHO, L.G.P.; MOREIRA, M.D.S.; RÉZIO, L.A.; TEIXEIRA, N.Z.F. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. O mundo da Saúde, São Paulo, 2012.

8. COSTA-ROSA A. O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 141-68.

9. DOENGES, MARILYNN E; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C. Diagnósticos de enfermagem. 14. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

10. CUNHA, G. T. A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2004.

11. DIMENSTEIN, Magda; CEDRAZ, Ariadne. Oficinas Terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? Revista mal-estar e subjetividade. Fortaleza. V.5, N.2. p. 300-327. Set.2005.

12. OLIVEIRA, G. N. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. São Paulo: Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2007. p. 202.

13. ONOCKO, R. & GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G.W.S e Guerrero, A. V.P. Manual de Práticas de Atenção Básica, HUCITEC, São Paulo, 2008. 14. ZERBETTO, Sonia Regina; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 13, n. 1, p. 112-117, 2005.

15. NASCIMENTO, Maria Salete S. Pontieri et al. Atuação dos enfermeiros nos centros de atenção psicossocial-Revisão de Literatura. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, v. 4, n. 2, p. 155-169, 2015. 16. CONEJO, Silvia Helena; COLVERO, Luciana de Almeida. O cuidado à família de portadores de transtorno mental: visão dos trabalhadores. Revista Mineira de Enfermagem, v. 9, n. 3, p. 206-211,

2005. 17. PINTO, Diego Muniz et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 20, n. 3, p. 493-502, 2011. BARROS, A. L. B. L. et al. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-2015SP,.

18. GRIGOLO, Tânia Maris et al. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 7, n. 15, p. 53-73, 2015.

19. PIRES, Joyce Finato; DE RESENDE, Laura Lemes. Um outro olhar sobre a loucura: a luta antimanicomial no Brasil e a Lei 10.216/2001. Cadernos da Escola de Direito, v. 2, n. 25, p. 34-47, 2016.

20. BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 16 n. 1, p. 071-079, jan-abr 2000.

Capítulo 8

10.37423/220606005

BENEFÍCIOS PERCEBIDOS DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM UM GRUPO DE UM PROJETO DE GINÁSTICA

Kristiane Mesquita Barros Franchi — *Universidade Estadual do Ceará*

Ana Livia Vasconcelos Barbosa — *Universidade Estadual do Ceará*

Priscila Maria Cavalcante Alves — *Universidade Estadual do Ceará*

Jaina Bezerra de Aguiar — *Universidade Estadual do Ceará*

Ana Luisa Batista Santos — *Universidade Estadual do Ceará*

José Fernando Costa — *Universidade Estadual do Ceará*

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, houve um constante aumento da expectativa de vida, isso por sua vez resulta no aumento significativo de pessoas idosas inseridas ativamente na sociedade. Entretanto, diante dessa realidade, são necessárias estratégias que garantam bem estar e qualidade de vida para essa população, visto que o processo de envelhecimento resulta em um declínio funcional, além de alterações no sistema cardiorrespiratório, desempenho motor, assim como em aspectos sociais e psicológicos (BLAIN et al., 2017).

Um fator importante para ter um envelhecimento saudável é estar ativo, incluindo não só a prática de exercícios físicos, mas também exercícios mentais, individuais e grupais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a prática regular de exercícios contribui para a prevenção e a minimização de muitos dos problemas que frequentemente acompanham o processo de envelhecimento (ROCHA, 2017).

No contexto atual, um dos maiores problemas relacionados à saúde pública é o aumento exacerbado dos casos das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS). Essa condição surge no organismo de forma discreta e pode gerar complicações irreversíveis. Entretanto, é sabido que à prática regular de atividade física é uma estratégia eficaz para à prevenção das DANTS, uma vez que à mesma possui um efeito protetor contra patologias dessa natureza (PEREIRA et al., 2017).

Além disso, a partir dos 30 anos de idade inicia-se o processo de sarcopenia e também um considerável aumento do percentual de gordura. Junto a isso, há geralmente perda de mobilidade e elasticidade das articulações, lesões degenerativas que comprometem o sistema ósseo e alterações nos sistemas respiratórios e cardiovascular. Diante disso, a prática habitual de exercícios físicos contribui diretamente na reabilitação de patologias associadas ao aumento dos índices de morbidade e da mortalidade (FERRER; COSTA, 2018).

A atividade física orientada tem visíveis efeitos benéficos, visto que auxiliam no retardo dos efeitos do envelhecimento, amplia a capacidade funcional dos idosos, previne doenças, além de diminuir o sedentarismo e potencializar o empoderamento e à melhora da concepção da imagem corporal, auto estima e relações sócio afetivas, contribuindo de forma significativamente positiva para a qualidade de vida desses indivíduos (FERRARO; CÂNDIDO, 2017)

É importante que os benefícios da prática regular de exercícios sejam reconhecidos nos praticantes pois assim haverá uma maior adesão e continuidade desta prática. O presente trabalho tem como

proposta central investigar a percepção de alunos, participante de um projeto de ginástica para a comunidade, em relação aos benefícios que a prática de atividade física proporciona para os mesmos.

2. METODOLOGIA

O método de pesquisa utilizado para nortear este trabalho foi o descritivo\quantitativo. Para Silva & Menezes (2000, p.21), "a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática".

O estudo foi realizado em um projeto de extensão da Universidade Estadual do Ceará (UECE), o Projeto de Ginástica para à Comunidade (PROGINC) que tem como cargo chefe à realização de aulas de ginástica aeróbica, ritmos, circuitos para a comunidade, além de momentos de alongamento e relaxamento. O público do projeto é composto por homens e mulheres com idades variadas entre 26 a 74 anos (média de 51,8 anos). Atualmente o projeto acontece duas vezes na semana e possui duas turmas, uma no turno da manhã e outra no turno da tarde.

Para investigar o entendimento dos idosos em relação aos benefícios da prática regular de atividade física foi utilizado como instrumento a Escala de Percepção de Benefícios e Barreiras para a Atividade Física (EBBS) desenvolvida originalmente por Sechrist no ano de 1987.

No Brasil o EBBS precisou ser traduzido e adaptado transculturalmente. As mudanças consistiram na troca de termos como *exercise* por Atividade Física em todos os itens, a adição de exemplos em perguntas que apresentavam termos específicos da educação física e a exclusão de um item que quando traduzido para o português apresentava o mesmo significado (VICTOR et al., 2012).

Originalmente o instrumento conta com 42 itens, sendo 14 itens na escala de barreiras e 28 itens na escala de benefícios, entretanto, para esse estudo foi utilizada somente a escala de benefícios e foram retiradas 7 questões, permanecendo no total 21 itens no questionário.

As escala original tinha como padrão de respostas escores que variam de 1 a 4: (1) Discordo totalmente, (2) Discordo, (3) Concordo e (4) Concordo totalmente. Porém, tendo em vista que os participantes poderiam não saber responder algum item e evitando tendenciar as respostas, foi acrescentado nas respostas a opção neutra (Nem concordo, nem discordo), agora variando as escores de 1 a 5: (1) Discordo totalmente, (2) Discordo, (3) Nem concordo nem discordo, (4) Concordo, e (5) Concordo totalmente (SOUSA, 2016). E para a obtenção da pontuação final foi feita a soma das respostas de cada questão, podendo variar escores de 21 a 105.

O instrumento foi aplicado no dia 12/03/2020 nas duas turmas (manhã e tarde) e obteve- se uma amostra final composta por 29 alunos participantes do projeto.

Todos os dados e resultados foram tabulados e analisados em planilhas do Excel, e os itens do questionário foram agrupados em cinco domínios: Melhoria da qualidade de vida (8 itens), Desempenho físico (6 itens), Perspectiva psicológica (3 itens), Interação social (2 itens) e Saúde preventiva (2 itens). (Tabela 1)

3. RESULTADOS

Os resultados encontrados diante da Escala de Benefícios da prática de atividade física atingiu média geral de 93,9 ± 8,7, sendo à escalada de variabilidade de 21 a 105 e o total de escores de todos os participantes totalizando 2.723 escores, ficando 1.049 escores para Melhoria da Qualidade de Vida, 773 escores para Desempenho Físico, 397 escores para Perspectiva Psicológica, 248 escores para Interação Social e 256 escores para Saúde Preventiva. Ao analisar os escores de cada domínio obtivemos as médias 131,1 ± 128,8 ± 132,3 ± 124 ± 128 respectivamente.

TABELA 2. Descrição dos domínios da Escala de Percepção dos Benefícios da prática de atividade física.

Domínio	Itens	Escores	Média
Melhoria da Qualidade de Vida	1,6,10,12,13,14,18, 20	1.049	131,12
Desempenho Físico	4, 9,11,15,16,21	773	128,83
Perspectiva Psicológica	2, 5,17	397	132,3
Interação Social	7, 19	248	124
Saúde Preventiva	3, 8	256	128

Fonte: elaborada pelos autores

Na análise do domínio Melhoria da Qualidade de Vida, entre os 8 itens o que se mais se destacou com a pontuação de 135 foi o item 12, o qual trata-se do benefício na melhora da disposição do praticante

de atividade física. Em concordância com o achado, Filho et al. (2019) relata em seu estudo que com a prática de atividade física a uma melhora na qualidade de vida, aumentando a energia e disposição do praticante, além de facilitar a execução das atividades do dia a dia.

No domínio Desempenho Físico os resultados mais significativos estão relacionados às perguntas quatro e onze que tratam respectivamente do aumento da resistência muscular e melhora da flexibilidade, ambas obtiveram 131 escores, refletindo esses aspectos como fatores eminentes para à melhora do desempenho físico dos praticantes. Para Victor et al. (2008) à prática de atividade física em idosos resulta na melhora da densidade mineral óssea, da força, da flexibilidade articular, do equilíbrio, da marcha, entre outros.

Observando os dois itens presentes no domínio Perspectiva Psicológica, o que se sobressai com maior pontuação, com 134 escores totais, trata do benefício relacionado ao aumento da autoestima. Em um estudo realizado por Freire et al. (2014) ressalta-se que a prática de atividade física traz benefícios psicológicos para qualquer fase da vida, melhorando a ansiedade, agressividade e a depressão.

No domínio Interação Social, obteve-se maiores escores no item sete, com pontuação total de 126, tratando-se de que a atividade física facilita o contato com amigos e próximos. Dessa forma, entrando em concordância com o resultado encontrado, Venturieri e Lima (2015) ressaltam que atividades físicas com o caráter coletivo, são essenciais para a criação de laços afetivos de amizade, para obter desfrutar momentos de lazer, além de, partilhar experiências, aprimorar suas potencialidades, desenvolver o lado emocional, entre outros.

Os valores encontrados no domínio Saúde Preventiva revelam que o item três é o que possui o resultado mais alto, no qual fala da prevenção de doenças do coração ao praticar atividade física, totalizando 129 escores. Segundo ESTRELA e BAUER (2017) a realização de atividade física regular reduz os riscos de doenças cardiovasculares, dessa forma, contribui efetivamente para o controle da pressão arterial.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste experimento pode-se observar como a Escala de Percepção dos Benefícios da atividade física é importante, não só para saber como anda a percepção motora, emocional e sentimental dos alunos do projeto, mas também para contribuir na realização e elaboração de novos trabalhos.

Os resultados obtidos nos mostram como os alunos percebem que a prática de atividade física melhora a disposição, a qualidade de vida e como ela reduz o estresse e a ansiedade. Não é a toa que na maioria das questões o número de escore foi alto, fazendo com que nossas expectativas fossem alcançadas.

A aplicação do questionário da EBBS possibilitou informações importantes sobre a percepção do grupo de alunos, proporcionando assim, o fortalecimento de ações e estratégias utilizadas em nosso cotidiano.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, P C; VICTOR, J F; XIMENES, L B. Adaptação transcultural para o Brasil da Exercise Benefi ts/Barriers Scale (EBBS) para aplicação em idosos: uma avaliação semântica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(12):2852-2860, dez, 2008.

2. ALVES, J. G. B. et al. Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, Pernambuco. v. 26, n. 3, p. 543-56, 2010.

3. Blain H, Jaussent A, Picot MC, Maimoun L, Coste O, Masud T et al. Effect of a 6- month brisk walking program on walking endurance in sedentary and physically deconditioned women aged 60 or older: A randomized trial. J Nutr Health Aging 2017;21(10):1183-9.

4. CHARIGLIONE, I P F S; FILHO, E R A. Percepção dos idosos quanto aos benefícios da prática da atividade física: um estudo

nos Pontos de Encontro Comunitário do Distrito Federal. Rev. Bras. Ciênc. Esporte. vol.41 no.2 Porto Alegre Apr./June 2019 Epub July 04, 2019.

5. FERRARO, N S.; CÂNDIDO, A S.C. Percepção dos Idosos Acerca da Atividade Física na Terceira Idade. Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 2017, vol.11, n.38, p.597- 611. ISSN: 1981-1179.

6. FERRER K M S, Costa E B. Atividade física como prática saudável na terceira idade. Rev. Enferm. UFPI [internet]. 2018 [acesso em: 31/03/20];7(3):23-8. Disponivel em: https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.26694%2F2 238-7234.7323-28 .

7. FILHO, J A F; FREIRE, R S; NEPOMUCENO, M O. Prática Regular da Atividade Física: Estudo de Base Populacional no Norte de Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Esporte – Vol. 20, No 5 – Set/Out, 2014.

8. ROCHA, R C M S. Atividade física para os idosos, quais os benefícios?: revisão de literatura. 2017. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Pessoa Idosa)—Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

9. SILVA, E L.; MENEZES, E M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. Florianópolis: UFSC/PPGEP/LED, 2000, 118 p.

10. PEREIRA, D S, et al. A atividade física na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. RGS. 2017 nov; 17 (Supl 1): 1-9.

11. VENTURIERI, B; LIMA, V S. A importância da atividade física na promoção da saúde sob o ponto de vista dos idosos no município de Castanhal- PA. REBES - ISSN 2358-2391 - (Pombal – PB, Brasil), v. 5, n. 4, p. 48-53, Out- Dez, 2015.

12. FREIRE, R S et al. PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO NORTE DE MINAS GERAIS, BRASIL. Revista Brasileira Medicina do Esporte , [s. l.], v. Vol. 20, ed. N°5, 2014.

13. ESTRELA, A; BAUER, M. Envelhecimento saudável e atividade física: uma revisão sistemática sobre os efeitos do exercício nas doenças cardiovasculares. Scientia Medica, [s. l.], v. 27, ed. 1, Março 2017. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5907018. Acesso em: 31 mar. 2020.

Capítulo 9

10.37423/220606009

BARREIRAS PERCEBIDAS DE UM GRUPO PRATICANTE DE UM PROJETO DE GINÁSTICA

Kristiane Mesquita Barros Franchi — *Universidade Estadual do Ceará*

Letícia Lopes Marques — *Universidade Estadual do Ceará*

Thaís Ferreira Lima — *Universidade Estadual do Ceará*

Ilze Nobre de Mesquita — *Universidade Estadual do Ceará*

Vanessa Aguiar Alves — *Universidade Estadual do Ceará*

Ana Luisa Batista Santos — *Universidade Estadual do Ceará*

Jaina Bezerra de Aguiar — *Universidade Estadual do Ceará*

1. INTRODUÇÃO

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento do corpo que envolva esforço, resultando no gasto energético maior que os níveis de repouso. Tarefas simples do dia-a-dia podem se caracterizar como atividade física, tais como: subir escadas e os afazeres domésticos, contudo esses tipos de atividade não são consideradas adequadas para manter ou melhorar o condicionamento físico. O exercício físico é uma forma mais direcionada de atividade física, promovendo a melhora da saúde e qualidade de vida, o exercício de forma regular é eficaz na diminuição do risco de doenças, além de proporcionar sensação de bem-estar e o aumento do condicionamento físico relacionadas às capacidades físicas, sendo elas: agilidade, velocidade, força, coordenação e equilíbrio (BUSHMAN, 2016).

É notório, que um estilo de vida saudável com a prática regular de exercícios físicos trazem benefícios intrínsecos, como a melhora da saúde física, mental e os sentimentos de bem-estar, e os extrínsecos, que são as interações sociais (FONSECA et al, 2012), podendo partir de influências dos familiares, dos colegas e amigos passando a ser determinantes para colaborar, reforçar ou limitar a participação na prática de atividade física (SALVADOR et al, 2016), essas percepções positivas sobre a prática de atividade física, podem ser um fator facilitador e encorajador para que as pessoas pratiquem exercícios físicos regularmente. Embora a prática de atividade física nos manifeste tantos benefícios à saúde, os níveis de inatividade física só aumentam ao redor do mundo, devido ao grande comportamento sedentário da população.

O sedentarismo é um fator contribuinte para a ausência de saúde podendo exercer um efeito destrutivo no sistema musculoesquelético (MANCIN et al, 2008). A inatividade física é o quarto principal fator de risco de morte no mundo, cerca de 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano por falta de atividade física (OMS, 2014). O estilo de vida sedentário vem aumentando de forma alarmante nas últimas décadas em países como Estados Unidos da América, Reino Unido, Brasil, Índia e China. O que implica num estilo de vida com pouca ou nenhuma atividade física, tanto na população adulta como na mais jovem (SALVADOR, 2016).

Alguns fatores ambientais podem desestimular o aumento da atividade dos praticantes, tais como: violência, falta de parques, calçadas irregulares e instalações inadequadas para a prática esportiva e lazer (OMS, 2014). As principais barreiras para a prática de atividade física encontradas por jovens são relacionadas a falta de tempo, falta de motivação, falta de companhia, possuir doença ou lesão

(SANTOS et al,2010). Já as barreiras enfrentadas por idosos são comumente as de limitação física, medo de quedas, falta de disposição e de segurança, nunca ter praticado atividades físicas, excesso de cuidado por parte da família, falta de companhia e até mesmo não gostar de praticar atividades físicas (KRUG et al,2015).

Pensando nessas barreiras e como forma de quebrá-las, é importante estimular a prática de atividade física da população. Deste modo, as atividades físicas oferecidas em espaços como praças, parques, centros comunitários se tornam estratégias interessantes para a busca de qualidade de vida. Assim se torna de extrema importância a implantação de políticas públicas para a promoção desses espaços, de forma gratuita, visando um grande número de participantes (MELO et al,2015).

O PROGINC é um projeto de extensão de ginástica para a comunidade gratuito, vinculado ao curso de Educação Física da Universidade Estadual do Ceará (UECE), que atende idosos e adultos, com aulas de ginástica que tem como objetivo: melhorar a força, a agilidade, o equilíbrio, a coordenação motora, a resistência cardiorrespiratória e muscular localizada, a flexibilidade e o bem-estar dos alunos. As estratégias utilizadas nas aulas são: circuitos aeróbicos, ginástica aeróbica, alongamentos e ritmos. As aulas do projeto acontecem duas vezes por semana em duas turmas, uma pela manhã e outra pela tarde, as turmas são mistas, entre adultos e idosos, homens e mulheres. Este trabalho tem como objetivo investigar as barreiras percebidas, para a prática regular de atividade física dos participantes do projeto.

2. METODOLOGIA

O presente estudo constou de um modelo descritivo com abordagem quantitativa que tem como objetivo investigar as barreiras que influenciam no comportamento fisicamente ativo dos praticantes do projeto. Utilizamos a Escala de Percepção de Barreiras e Benefícios para a prática regular de Atividades Físicas - EBBS (SECHRIST,1987), esse é um instrumento válido e fiável para adolescentes e adultos.

A tradução e a adaptação transcultural da EBBS foi realizada por uma amostra de idosos brasileiros. As adaptações consistem em substituições de termos como *exercise* por atividade física nos itens, a incorporação de exemplos em itens que apresentavam termos específicos da Educação Física, assim como a exclusão de um item que traduzido para o português apresentou o mesmo significado. A versão traduzida e adaptada é composta por 42 perguntas, com um formato do tipo Likert de escolha de quatro respostas possíveis, com escores variando de 1 a 4: DT - Discordo Totalmente (1); D -

Discordo (2); Concordo (3) e CT - Concordo Totalmente (4), variando os escores de 14 a 56 , representando melhor percepção sobre as barreiras (VICTOR et.al, 2008).

Para a realização deste trabalho foram utilizadas as perguntas voltadas apenas para as barreiras na prática regular de atividade física. Sendo assim, o teste foi realizado com 14 perguntas (Tabela 1), com um formato do tipo Likert de escolha de cinco respostas, foi acrescentado nas opções de respostas um ponto neutro (N - nem concordo, nem discordo), visto que o participante poderia não saber responder ou não entender determinada pergunta, de forma que o participante não fosse tendencioso na resposta (SOUSA, 2016). Desta maneira, os escores variaram de 1 a 5: DT - Discordo Totalmente (1); D - Discordo (2); N - Nem concordo nem discordo; Concordo (4) e CT - Concordo Totalmente (5). Ficando a pontuação mínima de 14 e a máxima de 70, representando pior ou melhor percepção sobre as barreiras percebidas.

O questionário foi aplicado no dia 12/03/2020 nas duas turmas, pela manhã e pela tarde. A amostra foi composta por 29 alunos participantes do projeto. O grupo é composto por Adultos e Idosos entre 26 a 74 anos (média de 51,8) de ambos os sexos, sendo 86,2% do sexo feminino e 13,7% do sexo masculino. Alguns alunos, cerca de 10%, precisaram de ajuda na realização do questionário, pois alguns participantes não sabiam ler. Dessa maneira, os monitores do projeto, ajudaram de forma a não induzir as respostas dos mesmos. Os dados foram tabulados em planilha do excell, durante a análise dos dados, consideramos dividir as catorze perguntas do questionário de Barreiras em três aspectos que julgamos ser adequados para cada pergunta, sendo eles: Acessibilidade, Físico e Sentimental (Tabela 2), das quais ficaram cinco, duas e sete perguntas para cada aspecto respectivamente.

Tabela 1 - Referente às perguntas sobre Barreiras

Item	Descrição do item
04	Praticar atividade física toma muito tempo
06	Atividade física causa cansaço
09	Os locais para praticar atividade física são distantes
12	Sinto vergonha para praticar atividade física
14	Praticar atividade física custa caro
16	Não tenho horário conveniente para praticar atividade física
19	Ao praticar atividade física sinto cansaço
21	Meu esposo (a) ou as pessoas importantes para mim não me incentiva a fazer atividade física
23	Praticar atividade física toma muito tempo de estar com a família
27	Acho que as roupas para praticar atividade física mostram muito o corpo
32	As pessoas da família não me incentivam a praticar atividade física
36	Atividade física toma muito tempo das responsabilidades familiares
39	Praticar atividade física é uma tarefa difícil
41	Existem poucos lugares para praticar atividade física

Fonte: VICTOR, 2012.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados sobre as Barreiras percebidas para a prática de atividade física, obteve média geral de 26,82 ± 6,42, com uma escala com variabilidade de 14 a 70 e totalizando no geral de todos os participantes, 778 escores, sendo 294 escores referente a Acessibilidade, 135 escores para o Físico e 389 escores no Sentimental. Dentre os resultados encontrados em cada aspecto Acessibilidade, Físico e Sentimental, obtivemos as médias 2,02 ± 0,2; 2,32 ± 0,07 e 1,91 ± 0,22 respectivamente (Tabela 2). Sousa (2014), em seu estudo obteve uma média geral (36,98 ± 7,74, com uma escala com variabilidade de 14 a 70) maior do que o presente estudo, o mesmo dividiu seu trabalho em quatro aspectos referentes às barreiras percebidas, sendo elas: Exercício e Ambiente; Tempo Disponível; Esforço Físico e Encorajamento Familiar, encontrando médias de 13,05; 11,04; 8,21 e 4,69 respectivamente.

Tabela 2 - Referente a Percepção de Barreiras para a prática de atividade física, média, desvio padrão e escores das perguntas de cada aspecto.

Aspectos	Perguntas	Média	Desvio Padrão	Escores
Acessibilidade	04; 09; 14; 16 e 41	2,02	0,23	294
Físico	06 e 19	2,32	0,07	135
Sentimental	12; 21; 23; 27; 32; 36 e 39	1,91	0,22	389

Observamos, que em nosso estudo diminuímos um aspecto e encontramos em cada um deles, algumas questões que se destacaram com uma pontuação elevada. Analisando todas as cinco perguntas que compõem o aspecto de barreiras sobre a acessibilidade do grupo, vemos que a questão relacionada aos locais para a prática de atividade física serem distantes de suas residências se mostra a barreira de maior pontuação dentre as perguntas, de 68 pontos e média de 2,34. Em um estudo realizado por Gomes (2019) entre mulheres adultas e idosas praticantes e não praticantes de um programa de exercícios físicos da Atenção Básica de Saúde, podemos encontrar resultados relativamente próximos ao deste estudo referentes a falta de um lugar apropriado para se exercitar perto de casa, sendo estes cerca de 49,5% para as participantes e 43,6% para as não praticantes.

Em análise, as duas perguntas que compõem o aspecto de barreiras físicas, a primeira que trata o cansaço *causado* nas atividades físicas totaliza 69 (sessenta e nove) pontos e média 2,37. Enquanto a outra pergunta retrata sobre o cansaço que os praticantes *sentem* ao exercer alguma atividade física,

tem um total de 66 (sessenta e seis) pontos com média 2,27. Gomes (2019), em seu mesmo estudo, apresentou as principais barreiras para que as mulheres não praticantes de atividade física de seu estudo não fossem fisicamente ativas, que foram, a falta de energia (38,7%) e sentir-se muito cansado ou desmotivado (38,2%). Comparando ainda as mulheres não participantes, sendo indivíduos com idade < 59 anos apresentaram menos barreiras quando comparados com indivíduos com idade acima de ≥ 60 anos. O que não ocorreu no presente estudo, já que, adultos e os idosos participantes obtiveram o mesmo nível de percepção de barreiras neste aspecto.

Tendo em vista as perguntas que abordam o aspecto das barreiras sentimentais, as três que obtiveram maior destaque dentre as sete, foram as que tratam sobre o(a) companheiro (a) do praticante não incentivar que o participante do projeto seja ativo fisicamente; a família não oferecer incentivo à prática de atividades físicas e a prática de atividades influencia na redução do tempo com a família; respectivamente 65 pontos com média 2,24; 62 pontos com média de 2,13 e 58 pontos e média de 2. Cassou et. al (2008) encontrou em sua pesquisa com idosos que cerca de 10,8% não possui suporte social para a prática regular de atividade física e outros 15,4% destacaram o isolamento social como barreira. Já no estudo feito por Pinheiro (2010), a fim de identificar as barreiras percebidas na prática de musculação em adultos desistentes da prática, encontrou-se que 32,4% tinham seus compromissos familiares como principal barreira na desistência dos mesmos, além de 12,4% não obterem incentivo por parte de amigos e familiares.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste trabalho demonstram que as barreiras percebidas dos praticantes de um projeto de ginástica se caracterizam em cinco categorias principais, sendo elas: a distância do local da realização de atividades física de suas residências, o cansaço causado pelo exercício e o cansaço sentido pelos alunos durante as aulas e questões relacionadas ao não incentivo e o tempo que a atividade física *reduz* com familiares e amigos. Como visto em outros estudos, barreiras ligadas a falta de incentivo dos familiares e amigos são as mais encontradas e que tem maiores escores, favorecendo assim a desistência de adultos e idosos a serem fisicamente ativos. Os resultados irão auxiliar o planejamento das atividades do projeto e inclusão de eventos que possam atrair os familiares e amigos que não participam do projeto.

5. REFERÊNCIAS

BUSHMAN, B. Manual completo de condicionamento físico e saúde do ACSM. 1.ed. - São Paulo: Phorte,2016.

CASSOU. A.C.N. et al. Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. R. da Educação Física/UEM; Maringá, v. 19, n. 3, p. 353-360, 3. trim. 2008.

FONSECA, J.V. et. al. Confiabilidade e validade da Exercise Benefits/Barriers scale em idosos. Acta Paul Enferm. 2012;25 (Número Especial 1):48-53.

GOMES, G.A. et al. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. Rev. Bras Ciênc Esporte. 2019;41(3):263-270.

KRUG, R.R; LOPES,M,A; MAZO.G.Z. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas fisicamente. Rev Bras Med Esporte – Vol. 21, N o 1 – Jan/Fev, 2015.

MANCIN, G.B. et.al. Análise da influência do sedentarismo sobre a qualidade de vida de pacientes portadores de dor lombar crônica.ConScientiae Saúde, vol. 7, núm. 4, 2008, pp. 441-448.

MELO, C. G.; RIBEIRO, T.; PACHECO, T. T. B.; RODRIGUES, J. P. Programas Públicos de Atividade Física e Lazer em espaços não formais de educação: comparando as experiências das cidades de Valinhos/SP e Jundiaí/SP. Revista Brasileira de Estudos do Lazer. Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 83-100, set./dez. 2015.

OMS. Atividade Física - Folha Informativa N° 385 - Fevereiro de 2014

PINHEIRO. K.C.et al. Barreiras percebidas para prática de musculação em adultos desistentes da modalidade. Rev. Bras. de Atividade Física e Saúde. v. 15, n. 3, p. 157-162, 2010.

SALVADOR, M.I.B. Percepção das barreiras e benefícios para a atividade física, níveis de atividade física e proficiência em habilidades motoras. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação para obtenção do grau de Mestre em Exercício e Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. 2016: http://hdl.handle.net/10198/13892

SANTOS, M.S. et.al. Barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. Um estudo por grupos focais. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum 2010, 12(3):137-143.

SECHRIST, K.R; WALKER,S.N; PENDER, N.J. Development and psychometric evaluation of the exercise benefits/barriers scale. Res Nurs Health. 1987. 10:357-65.

SOUSA, F.C. Prática de atividade física em idosos: Autoeficácia, Benefícios e Barreiras Percebidas. Dissertação apresentada à Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Educação Física. Brasília, 2014.

VICTOR, J.F; XIMENES, L.B; ALMEIDA, P.C. Adaptação transcultural para o Brasil da Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) para aplicação em idosos:uma avaliação semântica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(12):2852-2860, dez, 2008.

VICTOR, J.F; XIMENES, L.B; ALMEIDA, P.C. Confiabilidade e validade da Exercise Benefits/Barreiers scale em idosos. Acta Paul Enferm. 2012; 25(Número Especial 1):48-53.

Capítulo 10

10.37423/220606019

THOUGHTS ON THE DEVELOPMENT OF CHINA'S MEDICAL E-COMMERCE INDUSTRY UNDER THE IMPACT OF COVID-19

Yanzi Chen — *City University of Macau*

Zixin Guan — *City University of Macau*

Yihua Lv — *City University of Macau*

Kunyuan Xie — *City University of Macau*



INTRODUCTION

In 2020, COVID-19 broke out and the spread of the epidemic led to the difficulty of traditional medical face-to-face interaction mode. The channels for obtaining medicine and epidemic prevention products have decreased, which stimulated the online demand for medicine and protection. The medical e-commerce cooperates three social subjects: medical institutions, medical information service providers and third-party institutions, which depends on modern information technology such as computer and network technology. Medical e-commerce can effectively exchange pharmaceutical products and provide related services. Moreover, compared with the limitations of traditional medical services, the development of medical e-commerce is undoubtedly a great achievement in today's Internet era. Therefore, our group members discussed and studied the topic of *"Thoughts on the Development of China's Medical E-commerce Industry under the Impact of COVID-19"*.

Research objectives:

① Analyze the disadvantages of traditional medical sales;

② Analyze the development potential of the current medical e-commerce industry;

③ How to use the e-commerce model to promote the overall development of the medical industry and further build a huge medical and health ecosystem system;

④ With the trend of the era, we will take the medical e-commerce as the benchmark to better promote the development of the health industry.

THEORETICAL FRAMEWORK

Theory 1:

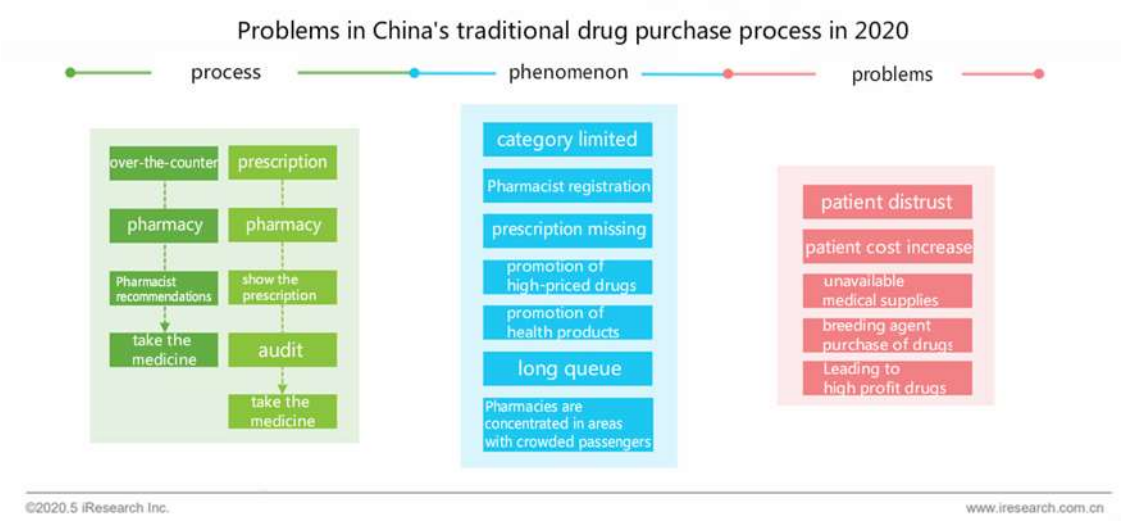
Traditional medicine purchase method has lots of pain points, offline drugstores are limited by the form of physical stores: the variety is restricted, and the sense of profit-driven promotion is strong. Compared with the single sales model of traditional medical industry, medical e-commerce alleviates these pain points, while online channels make up the deficiency of offline medicine and improve the transparency of the prices.

Existing theoretical support of theory 1:

In many cases, many Chinese citizens are increasingly finding less time to navigate a complex healthcare market, and are off-put by expensive medical services. It is only natural then that self-

medication and traditional medicine have remained very common methods of healthcare in China. E-pharmacy services offer a clear solution to the current Chinese lifestyle and desire for rapid product delivery. (Matthieu David, 2018)

Figure 1



Theory 2:

Development Trend: After the COVID-19 outbreak, major medical e-commerce platforms have become an important channel for residents to purchase medicines. With the exponential growth of the demand for medical supplies, the medical e-commerce platform has developed rapidly and its value has become more and more prominent.

Existing theoretical support of theory 2 :

According to KPMG China's industry report "*The Industry Impact and Future Trends of COVID-19 Epidemic*" released in March 2020, the Healthcare and Life Sciences section mentioned the rapid development of Internet healthcare.

Driven by the epidemic, Internet hospitals, online diagnosis and treatment, and all kinds of online pharmacies have attracted unprecedented attention. The government, industry and the public have gained a better understanding of the emerging channels, and also solved the problems of seeking medical treatment and dispensing for many patients with non-emergency chronic diseases and common diseases in special periods.

Therefore, emerging treatment such as online pharmacy and medical e-commerce's application and development of the future will be better.

The data source 1 of theory 2:

Prospective Economist (China Industy & Planning Consulting Leader)

During the Spring Festival in 2020, due to the impact of COVID-19, the number of daily active people in medical e-commerce was much higher than that in normal times, which reached a peak of 1,482,100, with a year-on-year growth rate of up to 10.11%. During the outbreak, e-commerce platforms have become an important way for consumers to snap up protective products such as masks, disinfectants, gloves, alcohol, and preventive and antiviral drugs.

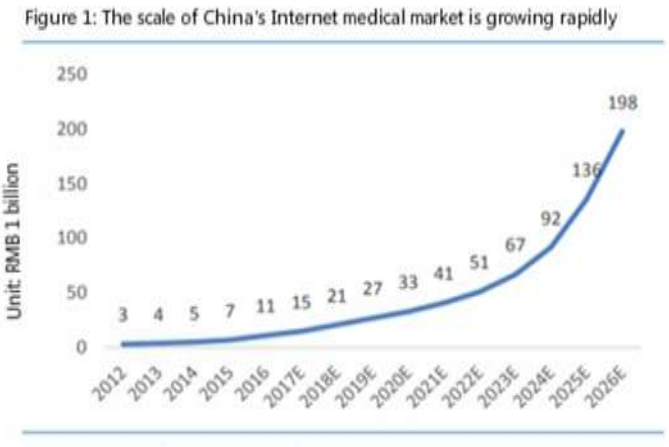
Figure 2

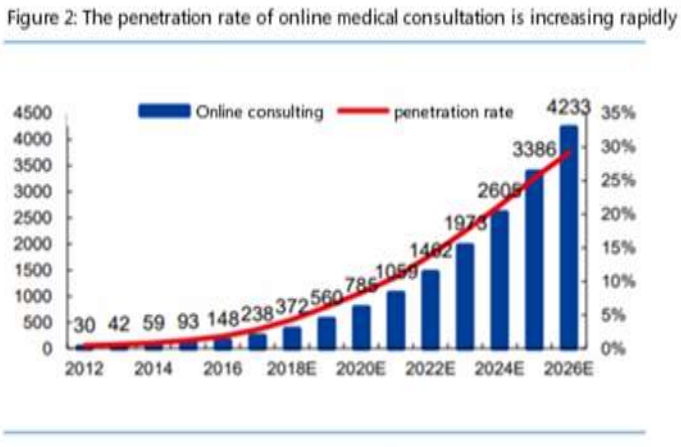


The data source 2 of theory 2 ：

Huajin Securities Research Institute - Industry dynamics analysis

Figure 3





From the perspective of industry stage, the Internet medical industry has a broad prospect and a large market space. According to Frost Sullivan, the size of China's health market is 10.8 trillion yuan in 2018 and is expected to reach 26.8 trillion yuan in 2026, with a compound annual growth rate of about 12%. (Pei-Hsuan Hsieh, 2019)

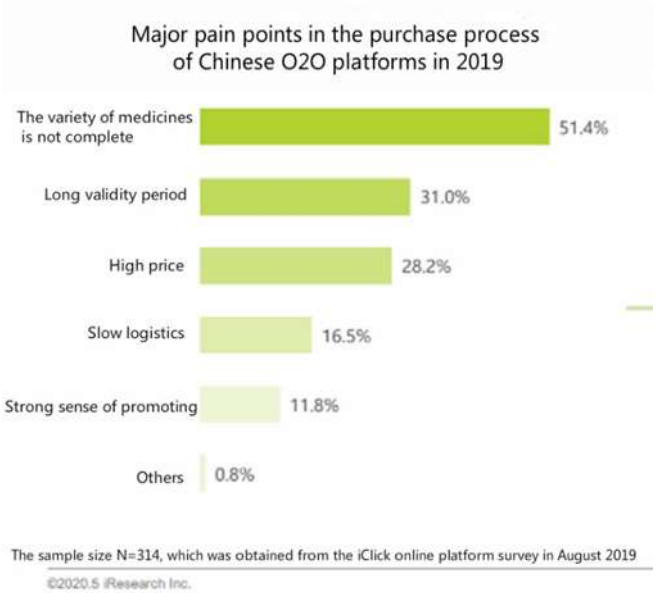
Theory 3:

The epidemic has also exposed many pain points in the medical e-commerce industry, such as the inability to sell prescription medicine, inefficient medicine distribution, imperfect logistics system, leakage of consumer privacy, and civil damages for fake medicine sold online. Medicine is an industry with complex knowledge and high barriers to entry, Medicine + Internet requires a long-term run-in process.

The data source 1 of theory 3:

iClick online platform survey:

Figure 4



Existing theoretical support of theory 3:

Hospital Network Security Challenges:

A large number of mobile terminals need to implement access control and ensure that they can maintain a unified configuration and strategy in all corners of the hospital. Medical e-commerce encourages doctors to use tablets and mobile phones for remote consultations, and these built-in devices need to be secure when communicating.

Security challenges of medical e-commerce platform:

During the epidemic, strict restrictions on the flow and gathering of people had a severe impact on offline businesses such as retail, with a large number of pharmaceutical companies flooding into e-commerce platforms.

Therefore, the availability of e-commerce platforms and the security of data become more and more important. Once data leakage or other data security incidents occur, great social concern will be aroused, which will have a negative influence on the operating income and reputation of enterprises, and even the entire e-commerce industry. (IDC, 2020)

Materials and methods

Comparative analysis

Before the epidemic:

People often choose to buy medicine offline and go to hospital to solve their daily health problems. Due to relevant factors such as policy regulations and public consumption habits, the development of medical e-commerce before the epidemic was very limited.

But with the COVID-19 epidemic sweeping the world in 2020, the traditional medical model seems to have entered a bottleneck period. Based on the external environment, face-to-face interaction, offline purchase of medicine, and medical consultation have evolved into the dangerous actions of increasing the risk of infection, which makes people fear to hear, and hospitals have also evolved into high-risk areas.

During the epidemic ：

1. Residents responded positively to quarantine measures and stayed at home. However, small pains and diseases cannot be avoided. Masks, alcohol, disinfectant and other epidemic prevention materials are even more needed. In such an emergency period, no one would dare to go to hospitals or brick-and-mortar pharmacies to buy medicine. Therefore, major medical e-commerce platforms have become an important channel for residents to buy medicine. As Douglas E. Goldstein (2000) has mentioned that, e-commerce is the driving force of change for health care business processes.

Various B2C Internet medical e-commerce companies such as Ali Health and Jingdong Health, as well as O2O such as Yiyao, Dingdong Kuaiyao and Kuaifang, have all witnessed a significant increase in traffic, active person-times and purchases.

Offline brick-and-mortar drugstores also actively take advantage of various online platforms to enter O2O platforms, such as Meituan, Eleme, or self-built platforms (Apps, WeChat mini program), so as to better provide medicine purchase services for new and old customers and obtain additional sales.

With the rapid growth of online consultation platforms, current research is dedicated to enriching the eHealth literature and serves as the basis for future investigations. (Wei Xing et al., 2019)

Quantitative analysis

According to Figure 2, during the Spring Festival alone (24th-30th January), the number of active pharmaceutical e-commerce reached a peak of 1.4821 million, with an average growth of 5.44%.

By the end of March this year, the number of active pharmaceutical e-commerce has maintained a continuous rising trend, reaching 5.67 million, up 7.3% from the previous month, and up 86.3% compared with 3.043 million in the same period last year.

Figure 5

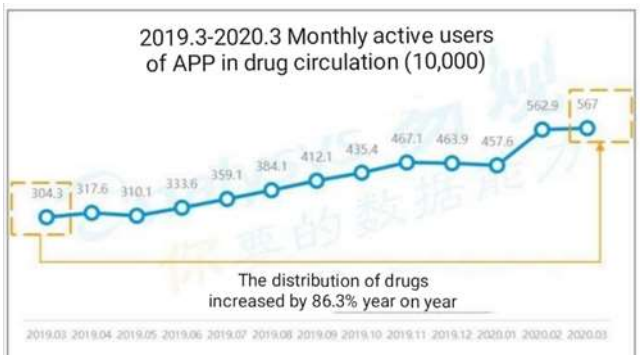
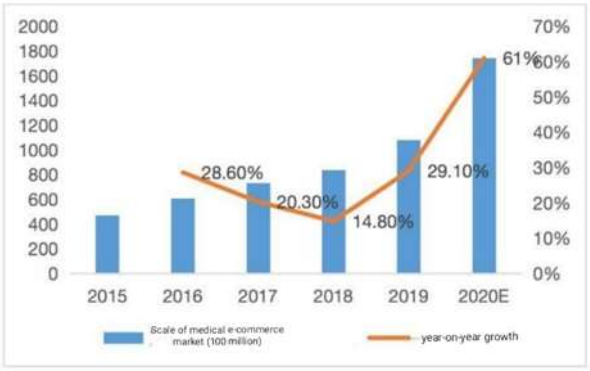


Figure 6



By The end of March this year, the number of active pharmaceutical e-commerce has maintained a continuous rising trend, reaching 5.67 million, up 7.3% from the previous month, and up 86.3% compared with 3.043 million in the same period last year. It can be seen that consumers have initially

formed the habit of purchasing drugs through medical e-commerce platforms, and the value of medical e-commerce is increasingly prominent. According to Huajin Securities, the scale of pharmaceutical e-commerce is expected to expand further in 2020, with an estimated year-on-year growth rate of 61%.

FUNCTIONAL ANALYSIS

1. Object of analysis: Medical e-commerce in the epidemic

2. Internal functions: There is an interactive relationship between epidemic situation and medical e-commerce. E-commerce is based on the Internet, and the Internet takes the epidemic as the development medium.

3. External functions: The overall impact and role of medical e-commerce on the society:

① To find high-quality doctor resources for patients: from face-to-face diagnosis to exclusive private doctors and medical consultants, a series of services such as graphic consultation, telephone consultation, remote outpatient service and inpatient consultation have been established. Major Internet medical platforms have provided basic services to expand the medical reception of the masses during the epidemic.

② Implement the health service system: It makes inspection and testing services easier, provide more universal emergency treatment and more accurate public health services, and improve the uneven distribution of medical resources.

③ Through efforts to build an online platform, docking multilateral markets and changeable demands, opening up its own system both online and offline, taking the demands of consumers, medical insurance and hospitals as the primary needs, and other demands as the secondary needs driven and integrated, a huge system of medicine, medical treatment and health ecosystem can be built.

EXPERIENCE SUMMARY METHOD:

The epidemic poses a great threat to the lives and health of the whole nation and even the whole world, and has also had a negative impact on the economy. But the extra purchasing power invested in complementary online health care has created opportunities for the development of e-commerce. But at the same time, due to the impact of the epidemic on transportation and production, customers will consider whether medical supplies or commodities can be delivered on time, which will affect their choices.

In addition, under the current epidemic conditions, some e-commerce entities have taken advantage of the characteristics of e-commerce to cheat consumers, sell fake goods, force returns and overlord terms, which undoubtedly also greatly damaged the reputation of e-commerce.

It is precisely because of the problems and defects exposed by these e-commerce in the epidemic situation that medical e-commerce can be further promoted to a more mature and standardized road. This is both a challenge and an opportunity to give full play to the advantages of e-commerce in the special period of the epidemic, so as to better improve and develop itself.

RESULTS AND DISCUSSION

SWOT analysis:

Strength :

1. Transformation of medical e-commerce sales model: From the B2B sales model before the epidemic to a new sales model combining B2B and B2C. B2C model provides more channels for consumers to purchase medicine, and also increases the market liquidity and price transparency of medicine.

2. The combination of Medical e-commerce public welfare treatment and medicine buying: More and more medical e-commerce platform adopted Public welfare treatment + buy medicine marketing methods, chose to cooperate with each famous doctors, which provided online medical service to patients.

3. Convenience and quickness: When consumers need medicine, they can place orders online immediately, effectively solving the problem of inconvenient travel for patients. It saves people's time and energy, and more payment methods provide people with more choices.

4. Wide coverage: Medical e-commerce businesses conduct e-commerce business through Internet platforms, breaking regional restrictions and including regions beyond the reach of physical stores.

5. Complete types: Medical e-commerce has a large number and variety of drugs, which can avoid the out-of-stock situation of patients coming to the store and provide convenience for consumers to compare prices.

Weakness:

1. Medical e-commerce fiercely contested, obtain customer cost becomes higher, the guest list and is not high, with the development of the market increasingly mature, especially the development of the market has attracted the attention of the government and especially introduced the related

management regulations, some Internet giant enterprises also entered, and then to ensure the flow of their own platform to make the price rise rapidly.

2. Compared with other e-commerce companies, medical e-commerce companies have only just begun to arouse users' attention, and they are still relatively weak in purchasing medicine and conducting treatment online.

Opportunity:

1. Consumption pattern: The development of the Internet era changes people's consumption habits, and the offline face-to-face interaction mode is gradually replaced by the new online shopping mode which provides a huge opportunity for the development of medical e-commerce.

2. Internet Era: With the development of science and technology, the Internet plays an indispensable role nowadays. This undoubtedly provides strong technical support for the development of medical e-commerce.

3. Epidemic Promotion: In the context of the epidemic spread in 2020, medical e-commerce has ushered in unprecedented development opportunities as we have already mentioned in the previous paragraphs.

4. Medical electrical dealer market have become a new blue ocean: In general, medical e-commerce platform is still developing, industry competition is small, however, because of the industry high barriers to entry (related certificates and business license), limiting new entrants at the same time, escorting supplier quality.

Threats:

1. Medical e-commerce is subject to China's medical service system and medical insurance payment rules. After being included by payers, the real beneficiaries of Internet medical treatment are still offline medical institutions, rather than pure medical e-commerce.

2. The localized management of medical insurance and the regional characteristics of medical institutions' services make offline medical institutions more sticky, which makes it easier for offline medical institutions to acquire and retain customers, especially for chronic diseases, which require regular treatment.

3. With the advancement of medical institutions, the medical insurance quota of grassroots and small and medium-sized medical institutions has been integrated into the medical community. Online

institutions are no longer able to seek partners in counties and below, and the medical e-commerce partners are relatively single.

Strategic analysis:

SO	WO
1. The development of the Internet age has changed people's consumption habits, and e-commerce is meeting the trend of the new era. 2. Medical e-commerce has become the future business trend under the support of economic, political and social elements.	1. The change of people's consumption habits has increased the number of potential customers of medical e-commerce. 2. The Internet era and the new Blue Ocean situation have alleviated the competition to some extent.
ST	**WT**
1. Due to the huge development trend of medical e-commerce under the Internet era, many well-known doctors and medical institutions can seize the potential to seek cooperation with medical e-commerce entities, which can solve the problem of single partners. 2. Online chronic disease management platform break the information isolation, improve diagnosis efficiency and provide comprehensive health popularization from dietary nutrition to mental health, which are not limited by time and space and solve many traditional medical pain points.	1.Environmental constraints: The competitive environment is fierce and the market cost is expensive. In the context of policies, the scope of benefits is limited by the medical service system and the payment rules of medical insurance. 2. Development time: At the beginning of the market position, the development time is short and the market share is not high. Besides, the partner is relatively single and the customer stickiness is low.

FINAL CONSIDERATIONS

We discuss this segment by taking **PEST Analysis** to put the Medical e-commerce industry into final consideration and future development trend:

1. Politics:

① The social value of Internet medicine and health is recognized by the public and the state. The state's support for the Internet + medical and health industry continues to increase, which will help it usher in unprecedented opportunities for development. The inclusion of Internet medical insurance payment is expected to become normal and the national license of medical e-commerce not only provides institutional guarantee, but also solves the problem of industry compliance.

② In February 2020, the National Health Commission issued three documents related to Internet medical treatment, proposing to give full fulfill to the advantages of Internet hospitals, diagnosis and treatment, encourage online follow-up of some common diseases and chronic diseases and medicine distribution services, etc.

③ With the support of the national government departments, many provinces and cities have also issued favorable policies in response to the development of the medical e-commerce, providing policy securities for the development of Internet medical.

Relevant policies of the medical e-commerce industry in different provinces and cities		
Region	Release time	Policies
Shanghai	2019.09	*Measures of Shanghai on the Administration of Internet Hospitals*
Zhejiang	2018.12	*Suggestions on the Implementation of promoting the development of "Internet + Medical Health*
Shandong	2019.11	*Suggestions on the Implementation of the "Internet +" medical service price and Medical Insurance Payment Policy*
Hunan	2019.01	*Suggestions on the Implementation of promoting the development of "Internet + Medical Health*
Shanxi	2019.07	*Notice on improving Internet medical services*
Fujian	2019.08	*Notice on the Improvement of charges for "Internet + Remote Diagnosis and Treatment*

2. Economics:

① At present, China is undergoing digital economic transformation, it is necessary to strengthen new drivers of the real economy and develop the business development mode integrating online and offline. The combination of traditional offline drug purchase and online sales not only opens up new jobs, but also activates new consumer markets to drive the economic development.

② The emergence of medical e-commerce can realize the sharing of medical information and make use of Internet technology to allocate medical resources more efficiently and rationally, thus alleviating the contradiction between the imbalance of medical resources and people's increasing demands for health care in the overall economic environment of China.

③ With the improvement of Internet popularity, the number of online shopping users, online shopping penetration rate and online shopping transaction amount in China have been increasing steadily every year. According to the forecast, by 2020, the number of online shopping users in China will reach 659 million, while the penetration rate of online shopping will reach 79.5% and the transaction value will reach 6.82 trillion yuan.

3. Sociology:

① Population growth brings demand:

According to the data of the United Nations Population Development Program, China, as the largest country in population, will continue to grow at a medium and low speed in the future, and is expected to reach its peak in 2025. As of today, China's population is still expanding, with an annual growth rate of 5.7 million.

② The popularity of the Internet has increased, and online shopping has developed rapidly:

According to the forecast, in 2020, the number of online shopping users in China will reach 659 million, the online shopping penetration rate will reach 79.5%, and the transaction amount will reach 6.82 trillion yuan. With the development of China's e-commerce platform becoming more mature and high quality, the medical e-commerce industry will also get further development.

③ Health care expenditure is increasing:

From 2013 to 2019, the per capita health care expenditure of Chinese residents has been increasing. In 2019, the per capita medical and health care expenditure of Chinese residents was 1902 yuan, with a year-on-year increase of 12.9%, which was the fastest growth among different types of Chinese residents. People's increasing expenditure on health care also indirectly drives the development of medical e-commerce industry.

④ The population structure faces the aging trend:

In 2019, the number of people over 60 in China will reach 254 million, accounting for 18.1% of the total population. Among all kinds of people, the elderly need more medical care. Therefore, the needs of the elderly in the treatment of common diseases, chronic diseases and daily health care will promote the development of medical e-commerce industry.

⑤ The number of patients with chronic diseases increased:

In 2018, there were more than 300 million patients with chronic diseases in China, of which 60% were over 60 years old. Chinese residents of all ages are facing the risk of chronic diseases, and under the influence of aging population structure, the number of chronic patients in the total population will continue to rise, and people's demand for health and medical care will continue to increase.

4. Technology:

① Application of Internet technology:

Internet + refers to the new format developed by the Internet under the impetus of innovation 2.0.The new collision of the Internet plus medical industry, which better use of information and communication technology and Internet platform, let the Internet and medical industry deeply integrate, create new development ecology and effectively improve productivity and innovation.

② Development of pharmaceutical cold chain logistics:

With the continuous expansion of China's pharmaceutical circulation scale, the pharmaceutical cold chain, which was originally used as a supplement to the drug circulation supply chain, shows great development prospects.

In 2019, the scale of China's cold chain logistics market has reached 378 billion yuan, and is expected to reach 485 billion yuan in 2020. Moreover, China's pharmaceutical logistics market is increasing at a rate of about 10% every year, and it is estimated that the market size will be expanded to 3.8 trillion yuan in 2020. (JingDai, Wen Che, Jiajia Lim, Yongyi Shou, 2020)

REFERENCES

1. Anonymous, (May 7th, 2020). *The epidemic crisis highlights the importance of "trust in the future".* IDC

2. Dai, J., Che, W., Lim, J. J., & Shou, Y. (2020). *Service innovation of cold chain logistics service providers: A multiple-case study in China.* Industrial Marketing Management, 89, 143-156.

3. Goldstein, D. E. (2000). *E-healthcare: Harness the Power of Internet E-commerce & E-care.* Jones & Bartlett Learning

4. Hsieh, P. H. (July, 2019). *A Study of Models for Forecasting E-Commerce Sales During a Price War in the Medical Product Industry.* In International Conference on Human-Computer Interaction (pp. 3-21). Springer, Cham.

5. KPMG, (March, 2020). *The Industry Impact and Future Trends of COVID-19 Epidemic,* from https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/cn/pdf/zh/2020/02/how-novel-coronavirus-affects-various-industries-and-future-development-trends.pdf

6. Matthieu D. (December 5th, 2018). *E-Pharmacy in Mainland China: The Health Shift Online,* from https://daxueconsulting.com/e-pharmacy-in-china/

7. Xing, W., Hsu, P. Y., Chang, Y. W., & Shiau, W. L. (2019). *How does online doctor–patient interaction affect online consultation and offline medical treatment?.* Industrial Management & Data Systems.

Capítulo 11

10.37423/220606023

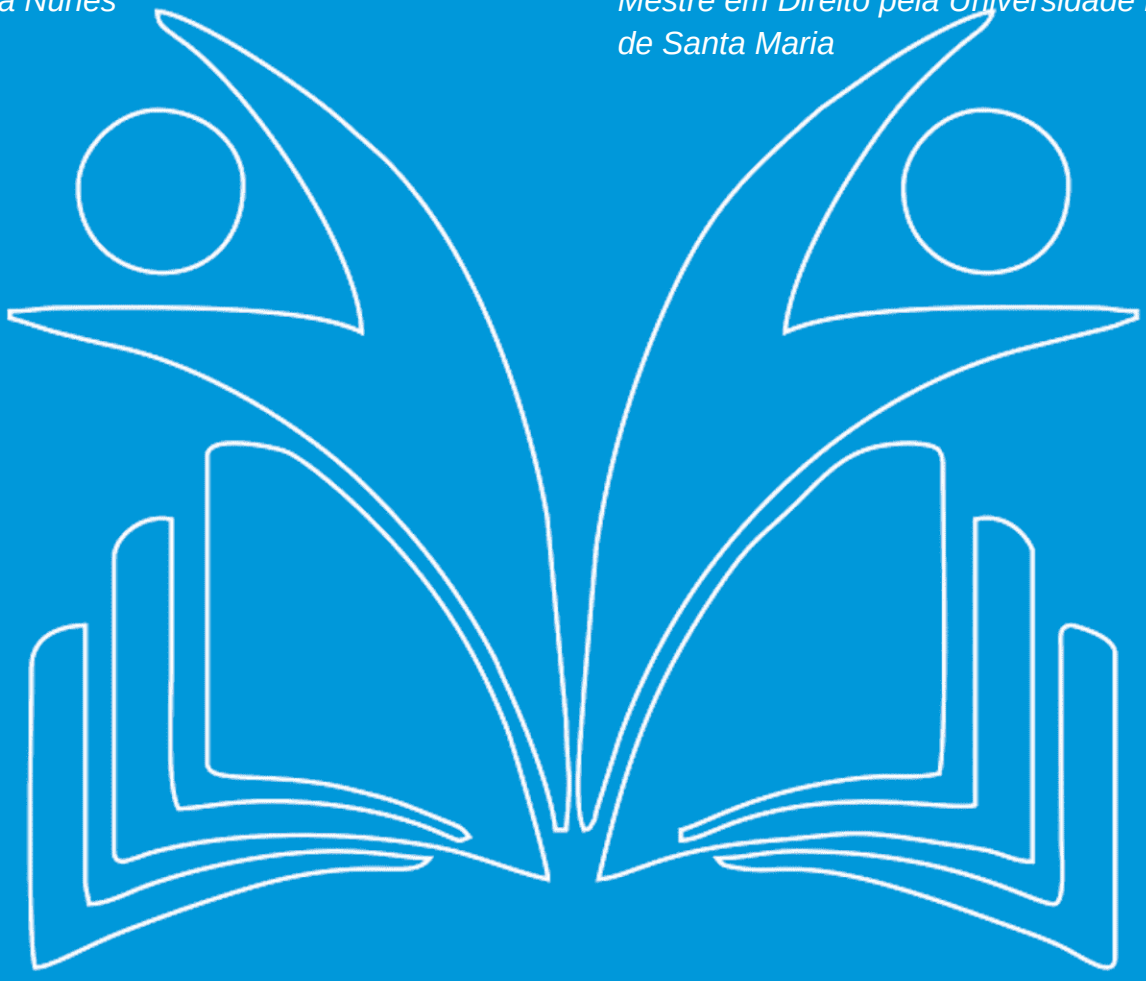
AS FILAS DE ESPERA DO SUS PELO ATENDIMENTO AO DIREITO À SAÚDE

Caroline Berguetti Costa

Bacharel em Direito pela Universidade do Estado de Mato Grosso

Denise Silva Nunes

Mestre em Direito pela Universidade Federal de Santa Maria



As imensas filas do SUS retratam a situação da saúde no Brasil, em que muitas vezes a vida humana é determinada pela capacidade financeira do ser humano, sendo que assim aquele que possui condições consegue acesso à saúde privada e aqueles os quais dependem do governo para suprir suas necessidades seja de procedimentos cirúrgicos, consultas ou exames, acabam passando por filas extensas após sua regulação no sistema único de saúde. O direito à saúde é um dos direitos fundamentais estabelecidos na Constituição Federal de 1988, assim como cabe ao Poder Público a sua prestação. No entanto, verificam-se muitas situações de não fornecimento/atendimento à saúde, inclusive com riscos de morte na fila de espera do SUS, abrangendo o fato de se tratar de dinheiro público envolvido no atendimento à saúde. Neste contexto, o trabalho discutirá a judicialização da saúde, direcionando a análise jurídica para a demanda cardiológica do Estado de Mato Grosso. Objetiva-se apresentar a problemática enfrentada pelo Estado na condição em que os índices de demanda cardiológica têm superado a capacidade de oferta. Para tanto, foi utilizada a metodologia de pesquisa descritiva, qualitativa e quantitativa para que haja a possibilidade de uma maior capacidade teórico-metodológica. Justifica-se a delimitação no Estado de Mato Grosso, por se tratar de uma problemática atual, e devido às proporções que esta questão tem afetado à população, o que demonstra a relevância da temática. A incompatibilidade da demanda e oferta é a causa das filas constantes na rede do Sistemas Único de Saúde. Segundo Hugo de Brito Machado (2004, p.7), o qual explorou as origens e consequências das filas no âmbito da saúde, é possível compreender que a fila é originária de três fatores, sejam estes: governamental refletido na questão orçamentária da saúde. Em seguida o fator das autoridades individuais, que efetuam as tomadas de decisões acompanhadas de instituições médicas, científicas, jurídicas e empresariais atuantes no setor, estas que tratam dos prazos de execução, benefícios e custos relativos à forma de execução, e como serão realizados os procedimentos. E, por fim, o fator relativo aos profissionais da saúde que determinam do que o paciente precisa. Os referidos fatores em conjunto refletem diretamente no fornecimento dos procedimentos gerando exaustivas filas na rede SUS quando não havendo esforço para saná-la. A Constituição em seu artigo 6° apresenta o direito à saúde no rol dos direitos sociais, tal determinação denota a categoria de priorização na prestação de assistência. O artigo 196 dispõe como dever do Estado através de políticas sociais e econômicas, estabelecendo que esta assistência seja concedida de maneira igualitária com acesso universal. Este artigo é determinante devido ao fato de estabelecer que a saúde deva ser prestada sem que haja possibilidade de os entes-políticos se esquivarem do fornecimento. O autor Luiz Roberto Barroso (2009, p. 10-11) menciona que os três Poderes – Legislativo, Executivo e Judiciário – têm o dever de realizar os direitos fundamentais, na maior

extensão possível, tendo como limite mínimo o núcleo essencial desses direitos. Entretanto, a Constituição veda o início de programas ou projetos não inclusos na lei orçamentária anual (LOA) (art. 167, inc. I), a realização de despesas que excedam os créditos orçamentários (art. 167, inc. II), bem como a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programação para outra ou de um órgão para outro, sem prévia autorização legislativa (art. 167, inc. VI). Observa-se que o legislativo buscou planejar as despesas realizadas pelo Poder público. O princípio da reserva do possível regula a possibilidade e a extensão da atuação estatal no que se refere à efetivação de alguns direitos sociais e fundamentais, tais como o direito à saúde, condicionando a prestação do Estado à existência de recursos públicos disponíveis. Porém, o magistrado possui autonomia para ordenar que o gestor público realize determinada despesa na saúde. No contexto de não atendimento à saúde, a judicialização revela-se como uma possibilidade de acesso de medicamentos e procedimentos de forma mais célere. Porém, o fenômeno da judicialização à saúde revela um cenário de excesso de demandas judiciais, tendo decisões dispares, e casos sem a razoável duração do processo, colocando à vida em risco. Tendo em vista que observamos no processo a inclusão dos pacientes ao SISREG (Sistema de Regulação) este que coloca o nome do paciente na fila de espera direcionando ao Hospital que melhor atenderia a demanda, sendo que em casos tais como o procedimento cardiológico no instante que se manifesta a necessidade cirúrgica o paciente passa a correr contra o relógio e sua vida passa a depender da agilidade de liberação da vaga para que o mesmo tenha chances de sobreviver. Como considerações finais destaca-se que a Constituição dispõe sobre o direito à saúde, à vida e à dignidade da pessoa humana estabelecendo, no plano formal, um rol de garantias para que o fornecimento/atendimento à saúde seja da forma mais breve possível. Logo, espera-se que a legislação e as ações do Poder Público proporcionem a efetivação do direito à saúde, com o fim das filas do SUS, e evitando os riscos de vida à pessoa humana.

Palavras-chave: Direito à saúde; filas do SUS; Judicialização.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso: 10 set.2021.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso: 25 set.2021.

MACHADO. Hugo de Brito. Os Princípios Jurídicos da Tributação na Constituição de 1988. São Paulo: RT, 1989.

Capítulo 12

10.37423/220606029

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA MORTALIDADE PRECOCE APÓS FRATURA DE QUADRIL NO IDOSO: ESTUDO PROSPECTIVO

Juliano Rocha Ferreira — *CRER - Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo*

Marco Antônio Lemes Cruz — *CRER - Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo*

Gabriel Fonseca de Oliveira Costa — *CRER - Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo*

Márcio de Oliveira Calábria — *CRER - Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo*

Leonardo Goulart Brasileiro — *CRER - Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo*

Luciano Lucindo da Silva — *CRER - Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo*

Lenadro Alves de Oliveira — *CRER - Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo*

Lorenzo Fagotti — *CRER - Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo*

Resumo: Para avaliar a mortalidade precoce de idosos que apresentaram fraturas do quadril tratadas cirurgicamente neste hospital, no período de 11 de dezembro de 2020 a 30 de abril de 2021, foram realizados interrogatórios em busca de fatores que poderiam estar relacionados a esse desfecho, como sexo, idade, tipo de fratura, cirurgia realizada, comorbidades, tempo de internação até a cirurgia, tempo de internação total e complicações, incluindo óbito. Com uma amostra final de 74 (setenta e quatro) pacientes, 16 (dezesseis), 21,5%, evoluíram com morte nos primeiros 90 (noventa) dias. Este estudo demonstrou que elevados risco cirúrgico, tempo de internação hospitalar e tempo entre a data do trauma e o procedimento cirúrgico contribuíram para o aumento da morbimortalidade nesses pacientes. Além disso, a maioria desses pacientes eram mulheres e receberam transfusão sanguínea. Assim, é importante reduzir o tempo total de hospitalização e evitar transfusão sanguínea em pacientes sem sintomas de anemia ou com níveis de Hb ≥ de 8 g/dl.

Palavras-chave: Fratura de quadril. Mortalidade. Comorbidade. Idade. Tempo de internação. Transfusão sanguínea. SARS-COVID19.

INTRODUÇÃO

A fratura de quadril apresenta alta taxa de mortalidade, estimada entre 14 e 36% [1]. Em indivíduos acima de 80 anos, a incidência de fratura de quadril para mulheres pode ser cinco vezes maior em comparação à população geral, e para homens, essa taxa pode ser oito vezes maior [2]. O objetivo do presente estudo é avaliar a mortalidade precoce de pacientes idosos com fraturas de quadril operados no CRER entre dezembro de 2020 e abril de 2021.

MATERIAL E MÉTODOS

Os pacientes que tiveram fratura do quadril operados no CRER a partir de 11 de dezembro de 2020 até 30 de abril de 2021 foram avaliados no ambulatório de cirurgia de quadril do CRER. Para aqueles pacientes que não compareceram à consulta, foi realizado contato telefônico para saber o motivo do não comparecimento. Os dados incluídos na avaliação foram: sexo, idade, tipo de fratura, tipo de cirurgia realizada, comorbidades, tempo de internação até a cirurgia, tempo de internação total, presença de comorbidades e complicações, incluindo óbito. Os critérios de inclusão foram pacientes adultos com 60 anos ou mais de idade internados no CRER para tratamento cirúrgico da fratura de quadril. Os critérios de exclusão foram pacientes abaixo de 60 anos, que não realizaram tratamento cirúrgico, ou que realizaram cirurgia prévia no mesmo quadril. Foi utilizado o programa Excel para a tabulação dos dados e construção dos gráficos. O estudo apresenta aprovação do CEP sob o número 50187921.5.0000.5082.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total 79 pacientes preencheram os critérios de inclusão e foram avaliados para elegibilidade. Destes, cinco pacientes perderam seguimento ou não puderam ser contatados. Ao todo 74 pacientes foram incluídos na amostra final. Destes, 16 evoluíram a óbito nos primeiros 90 dias após o tratamento cirúrgico da fratura do quadril, resultando em uma taxa de mortalidade para a população estudada de 21.5%. Dos 16 casos de óbito, 10 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino, com idade média de 83 anos. Doze pacientes apresentaram fraturas extracapsulares (10 transtrocanterianas e 2 subtrocanterianas) e quatro pacientes apresentaram fraturas intracapsulares (colo femoral). O tempo médio de internação total dos pacientes foi de 20 ± 23 dias, sendo 9 ± 3.5 dias o tempo médio do trauma até o tratamento definitivo. O tempo médio de internação hospitalar até a cirurgia foi de 5.5 ± 3.5 dias. Apenas dois (12,5%) dos pacientes apresentaram infecção confirmada para SARS-COVID19. Hipertensão arterial sistêmica foi encontrada em 75% dos casos, diabetes mellitus em 31%,

cardiopatia em 25% e antecedente de tabagismo em 18%. A classificação de risco cirúrgico da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) para os pacientes incluídos foi predominantemente de ASA II (50%), seguida de ASA III (43%), e ASA IV (7%). Doze pacientes (75%) receberam pelo menos um concentrado de hemácias durante a internação hospitalar, e 11 (69%) dos pacientes receberam ácido tranexâmico durante o procedimento cirúrgico.

Este estudo mostra que os pacientes que evoluíram para óbito apresentavam risco cirúrgico e tempo de internação hospitalar elevados. O tempo entre a data do trauma e o procedimento cirúrgico também foi elevado (9 ± 3.5 dias). A associação desses fatores pode contribuir para o aumento de morbidade e mortalidade nesses pacientes, que muitas vezes dependem de um tratamento precoce para uma boa evolução clínica [3,4]. A maioria dos pacientes eram mulheres, e receberam transfusão sanguínea. A literatura mostra que uma estratégia liberal de transfusão sanguínea em pacientes de alto risco que realizaram cirurgia de quadril não foi superior a uma estratégia conservadora, sendo razoável não realizar a transfusão em pacientes de alto risco e sem sintomas de anemia ou com níveis de Hb ≥ que 8 g/dl [5].

CONCLUSÃO

Pacientes idosos com fraturas de quadril que evoluíram a óbito apresentavam elevado tempo de internação e em sua maioria receberam transfusão sanguínea durante a internação.

REFERÊNCIAS

1. Zuckerman JD. Hip fracture. N Engl J Med. 1996 Jumn 6; 334(23):1519-25

2. Banks E, Reeves GK, Beral V, Balkwill A, Liu B, Roddam A; Million Women Study Collaborators. Hip fracture incidence in relation to age, menopausal status, and age at menopause: prospective analysis. PLoS Med. 2009 Nov;6(11):e1000181

3. Klestil T, Röder C, Stotter C, et al. Impact of timing of surgery in elderly hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2018;8(1):13933. Published 2018 Sep 17. doi:10.1038/s41598-018-32098-7

4. Mears SC, Kates SL. A guide to improving the care of patients with fragility fractures, edition 2. Geriatr Orthop Surg Rehabil. 2015;6(2):58–120

5. Carson JL, Terrin ML, Noveck H, Sanders DW, Chaitman BR, Rhoads GG, Nemo G, Dragert K, Beaupre L, Hildebrand K, Macaulay W, Lewis C, Cook DR, Dobbin G, Zakriya KJ, Apple FS, Horney RA, Magaziner J; FOCUS Investigators. Liberal or restrictive transfusion in high-risk patients after hip surgery. N Engl J Med. 2011 Dec 29;365(26):2453-62.

Capítulo 13

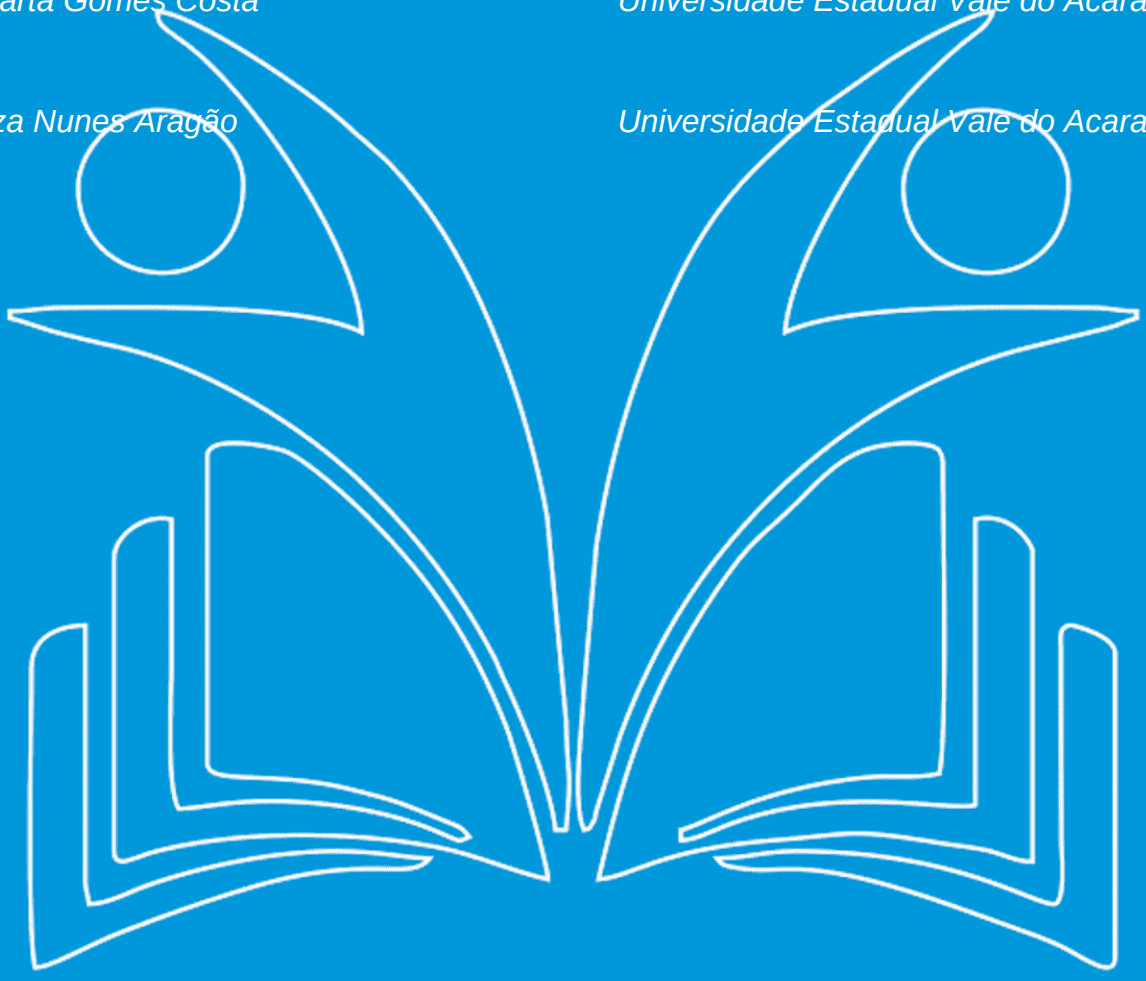
10.37423/220606060

POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL DE APOIO À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

Antonio Vanderley Moreira — *Universidade Federal do Ceará - UFC*

Benedita Marta Gomes Costa — *Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA*

Joyce Mazza Nunes Aragão — *Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA*



Resumo: A avaliação de políticas e programas governamentais assumiu grande relevância para as funções de planejamento e gestão governamentais. Nessa perspectiva, o presente artigo busca avaliar uma política municipal de combate à mortalidade infantil, tendo como referência o município Sobral-CE, que se caracterizava até o início da década de 2000 por taxas elevadas. Nesse cenário, é feita a implementação do Programa Trevo de Quatro Folhas, vinculado à Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de combater a mortalidade infantil no município. Visando compreender as ações desenvolvidas, o estudo busca avaliar as ações do Programa Trevo de Quatro Folhas na redução das taxas no município de Sobra-CE, na visão dos gestores que atuaram no período de 2007 a 2017. Para tanto, foi desenvolvido um estudo qualitativo com aplicação de questionário semiestruturado aos gestores, buscando compreender os aspectos que envolvem a assistência à saúde materno-infantil e combate à mortalidade infantil. Foi possível perceber que o combate contempla, uma combinação de estratégias, que englobam diferentes atores institucionais, propiciando a construção de ambientes solidários e de sustentação de redes sociais.

Palavras-Chave: Trevo de quatro folhas; Políticas Públicas de Saúde; Grupo Gestor.

INTRODUÇÃO

De acordo o com relatório da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2018) a taxa da mortalidade infantil (TMI) brasileira, que se mantinha em queda há 26 anos, apresentou um aumento de 4,8% em 2016, em parte devido à epidemia do vírus Zika a partir de 2015. Mesmo diante desse novo cenário, o município de Sobral situado no Estado do Ceará em que 81,52% dos municípios encontram-se circunscrito na região semiárida (COSTA, 2012), mantém seu índice em queda de 8,84%, em 2016, para 7,8% em 2017(SOBRAL, 2017).

O Estado apresentava em 2016 o maior IDH (0,726) dentre os demais residentes na Região Nordeste. Por outro lado, a má distribuição de renda e da infraestrutura na área da saúde tem promovido um cenário diversificado no âmbito da mortalidade infantil. No ano de 2016, a TMI no Estado do Ceará foi de 12,9 por mil nascidos vivos, a menor registrada nos últimos anos. Contudo, não há uma homogeneidade deste índice. Dos 184 municípios, 24 (13%) atingiram TMI superior a 22,8 para cada mil nascidos vivos, indicando que parte da região – especificamente dos municípios situados no semiárido, "estaria próxima às estimativas registradas em países do Oriente Médio e do Norte da África no mesmo período" (SILVA, 2017, p. 83).

Para compreender o processo de elaboração do Programa Trevo de Quatro Folhas (PTQF), deve-se compreender que no início da década de 2000, a TMI de Sobral era de 39,0 óbitos por mil nascidos vivos (PNUD, 2010). Diante desse contexto, foi implantado no ano de 2001, pela Secretaria da Saúde e Ação Social do município, a Estratégia Trevo de Quatro Folhas (ALBUQUERQUE, 2016) . E, diante dos resultados obtidos, foi alçado à categoria de programa e interligado a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A alusão ao "trevo de quatro folhas", além da representação da boa sorte, se dá em função da significação na assistência à saúde da mãe e do bebê, como frisa Sousa *et al.* (2012, p. 61): a 1ª pétala representa a gestão do cuidado no período pré-natal, a 2ª corresponde à gestão do cuidado ao parto e ao puerpério, a 3ª representa a assistência no nascimento e período neonatal e, a 4ª refere-se assistência nos dois primeiros anos de vida do bebê.

A proposta desse Projeto e suas fases estão alinhadas com os princípios da ESF, que envolve um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde

(BRASIL, 2017) apoiados na lógica do trabalho em rede, envolvendo profissionais e equipes de Saúde, creches, escolas etc.

Isto posto, o PTQF é transformado em política pública através da Lei 1.041 de 24 de novembro de 2010 que dispõe sobre a instituição da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Política Pública de Apoio às Gestantes, Mães e Incentivo a Vida no Município de Sobral, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir o apoio à mulher no exercício da maternidade (SOBRAL, 2010).

Moreira (2018) informa que desde a sua implantação já foram atendidas 2.637 famílias; redução da taxa de mortalidade infantil, quando em 2001 esta taxa era de 29,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos (nv) e, em 2015, o índice caiu para 8,4 óbitos por 1.000 nv.

O feito despertou o interesse de um estudo sobre a manutenção desse cenário, considerando como principal instrumento no combate à mortalidade infantil no município, o Programa Trevo de Quatro Folhas (PTQF).

Nessa perspectiva, busca-se avaliar o PTQF no município de Sobral como uma política pública municipal responsável pela redução da mortalidade infantil no município, sob a percepção dos gestores que atuaram no referido programa. Com esse norte, o presente estudo adota a análise do PTOF sob a ótica da avaliação de processo, pois ela nos permite investigar desde a implementação do programa e a dimensão da gestão, se está sendo realizado conforme o previsto e atendendo o público-alvo. Ou seja, o objetivo é dar suporte e melhorar a gestão, a implementação e o desenvolvimento das práticas considerando os aspectos organizacional e institucional, social e político. Essa modalidade busca acompanhar os processos internos, estimulando mudanças, quando necessárias (COHEN, 2004; FALEIROS, 2005) .

Na literatura existem estudos que analisam diferentes ações do PTQF: Sousa *et al.* (2012) que se limitou a apresentar e caracterizar o programa como ação efetiva de combate a redução da mortalidade infantil; Eloi *et al.* (2019) analisou o processo de trabalho das mães sociais; Alves *et al.* (2015) destacou a abordagem às gestantes usuárias de crack pelo PQTF; Abreu *et al.* (2017) que buscou descrever a descrever a importância às oficinas de Educação Permanente em Saúde com foco na atenção qualificada às gestantes na Estratégia de Saúde da Família; Freitas (2017) analisou a importância do PTQF mediante o papel do psicólogo e Albuquerque (2016), citou o PTQF sob a ótica de experiências exitosas em políticas públicas na área da saúde.

Essa literatura indica a importância do PQTF como política pública e ao mesmo tempo enfatiza para a necessidade de avaliar programas vinculados a ESF tendo em vista de se buscar o aprimoramento das ações desenvolvidas, bem como, possibilita que ao serem replicadas em outros entes federados os gestores apoderem-se de lições importantes quanto as oportunidades e desafios a serem enfrentados na implementação e manutenção das intervenções junto ao público-alvo.

MÉTODOS

Para atender ao objetivo da análise foi desenvolvido um estudo exploratório e descritivo de acordo com Gil (2008), do tipo estudo de caso conforme Yin (2010), de abordagem qualitativa a fim de compreender os aspectos que envolvem a assistência à saúde materno-infantil, combate à mortalidade infantil e gestão pública. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa vinculado ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal ofertado pela Universidade Aberta do em parceria com a Universidade Estadual do Ceará.

É pertinente esclarecer que, desde 2001 a 2017, o Trevo de Quatro Folhas teve à sua frente cinco gestores, todos graduados em Enfermagem. Cabe destacar que a opção por entrevistar somente os gestores do PTQF foi com intenção de conhecer os processos de gestão por meio da vivência e por estes apresentarem o conhecimento operacional na implementação das estratégias adotadas no desenvolvimento das ações e na implementação de políticas (FERREIRA JUNIOR, 2012).

As informações foram coletadas no período de outubro a novembro de 2018, através de questionário formado por questões abertas. O instrumento buscou compreender a percepção dos gestores quanto à assistência à saúde da gestante e do recém-nascido; experiências e dificuldades vivenciadas durante o período de gestão enquanto estava à frente do programa; possíveis impactos do programa enquanto política pública para melhoria do público-alvo. O instrumento foi enviado via e-mail para todos os ex-gestores, após contato inicial de forma presencial e mediante assinatura dos participantes da pesquisa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram organizados utilizando a técnica da análise de conteúdo, que parte de uma leitura do primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material, como aponta Minayo (2014, p. 308). As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três etapas básicas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (MINAYO, 2014).

A fim de contextualizar as análises, optamos por apresentar o relato dos Gestores através de identificação por período de gestão, conforme formato a seguir: *Gestor* (*ano inicial - ano final*).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das respostas apresentadas pelos gestores foi percebido que apesar de o Brasil apresentar uma estrutura de programas sociais implantados pelos diferentes entes federados nesta área, faz-se necessário que estes sejam ampliados. Todos os entrevistados foram unânimes em afirmar que é preciso, urgentemente, traçar novas estratégias na Atenção Primária à Saúde em âmbito nacional para atender às gestantes, puérperas e recém-nascidos, uma vez que os índices da mortalidade infantil no país têm aumentado.

Como exemplo no aumento desses índices os entrevistados destacaram que as mortes por asfixia ao nascimento, bem como a falta de melhoria na estrutura obstétrica dos hospitais e ainda o descuido das equipes de saúde da família no acompanhamento efetivo do pré-natal às gestantes e puérperas em situação de risco, são fatores consideráveis para o crescimento dos índices de mortalidade infantil no Brasil depois de 26 anos. As respostas evidenciadas pelos pesquisados mostram que estas condições, associadas à precarização do financiamento da saúde, permitem uma estatística de óbitos de recém-nascidos que seria possivelmente evitável, conforme Dias *et al.* (2017):

> Os altos índices da mortalidade infantil no Brasil, principalmente do componente neonatal, demandam estudos para avaliar a qualidade da assistência obstétrica ofertada nos serviços de saúde. Na pretensão de reduzir esses óbitos, e de avaliar a efetividade dos serviços obstétricos, recomenda-se inicialmente o reconhecimento das causas dos óbitos, de modo a classificar essas causas segundo sua evitabilidade e, consequentemente, evidenciar as causas potencialmente tratáveis. (p.10)

Assim, é possível constatar na resposta do *Gestor (2008-2011*), o que revela Dias *et al.* (2017), onde vários cuidados à saúde da mãe e do bebê são negligenciados e que contribuem para os índices do aumento da mortalidade infantil no Brasil:

> “Na realidade atual, ainda é observado baixa cobertura de pré-natal e de vacinação, bem como acesso dificultado ao pré-natal odontológico. A realidade da estrutura física inadequada de algumas UBS, em nível de Brasil, que não possibilitam acesso ao exame ginecológico ou a um adequado exame clínico. Apesar do Programa Saúde da Família ser uma boa estratégia, também há muito o que se melhorar no acompanhamento domiciliar pelos ACS. Em relação à assistência ao recém-nascido, também é preciso avançar muito, pois ainda existe grande número de casos de asfixia no nascimento e outros problemas evitáveis.”

Quanto às adversidades enfrentadas durante o período que atuaram como gestores, os entrevistados relataram que no primeiro momento, em 2001, com a atuação Comitê de Mortalidade Materno Infantil e a investigação dos óbitos maternos infantis, deparou-se com a falta de adesão e participação dos representantes hospitalares locais, sanada posteriormente.

Outra dificuldade apresentada foram às limitações de recursos financeiros e humanos para a execução das atividades do PQTF, além da ausência de uma comunicação eficaz entre ESF e hospitais; haja vista que as ações desenvolvidas por esta política pública demanda certa complexidade e o envolvimento de vários segmentos da assistência à saúde local. Diante dessas dificuldades citadas, fica evidenciada a necessidade de se ampliar a comunicação entre as diferentes instituições que integram ao PTQF e ESF, para que a conexão seja conduzida da melhor maneira possível. Nesse sentido, deve haver não apenas uma conexão entre a elaboração e a execução das ações, mas também em relação à atuação dos entes federados.

Ao analisarem os aspectos da gestão referente à continuidade das ações diante da troca de gestor ou implantação de novas estratégicas no período que estavam como gestor do PTQF, estes argumentaram existir continuidade das ações existentes, bem como a implantação de novas estratégias para o enfrentamento da mortalidade infantil no município. Como exemplo, dois gestores citaram que participaram da implementação de duas novas estratégias: o Projeto Flor do Mandacaru, criado em 2008, e o Projeto Coala, implantado em 2013, além da estruturação do Comitê de prevenção da mortalidade materna, fetal e infantil, o acolhimento, o acompanhamento das gestantes nas maternidades por enfermeiros do município e o acompanhamento às gestantes usuárias de crack.

Relataram também que para além das ações citadas, acrescentam-se a presença da mãe social, as visitas domiciliares de forma inter e multidisciplinar da equipe saúde da família, a atenção constante desta equipe em casos complexos, além do apoio alimentar, todas determinantes no combate à mortalidade infantil no município. Tal perspectiva foi relatada pelo *Gestor (2017-2018*) ao descrever as ações desenvolvidas junto ao público-alvo do PTQF, que citou como exemplo

> "o acompanhamento de gestantes, puérperas e crianças menores de dois anos em vulnerabilidade, por meio do apoio alimentar, apoio de mãe social, apoio à amamentação ou mesmo apoio da equipe de saúde da família no acompanhamento dos casos complexos."

No que se refere às ações de ordem assistencial, foi listado a aquisição de cestas básicas para o apoio alimentar às famílias mais carentes e a distribuição do *kit* gestante, contendo materiais de uso para

crianças, principalmente quando a mãe não tem acesso ao enxoval, que consiste em: fraldas, meias, mijãozinho, rede para o recém-nascido e artigos de higiene pessoal para a mãe e o bebê.

A adoção dessas atividades vai ao encontro do que determina a Lei Nº 1.041 de 24 de novembro de 2010, que tornou o PTQF uma política pública em Sobral, conforme aponta no segundo artigo, parágrafo primeiro:

> § 1° - O objetivo da referida Política Pública é o desenvolvimento de ações do poder público local em parceria com a rede de atenção materno-infantil do Município e a sociedade civil para reorganizar a atenção materno-infantil e garantir apoio social às gestantes, puérperas e crianças menores de dois anos, em situação de risco clínico e social.

Quanto à visão do gestor sobre a compreensão do impacto do PTQF na redução da mortalidade infantil em Sobral e na melhoria da qualidade de vida do público-alvo, das respostas obtidas, foi possível perceber que impacto é positivo e satisfatório, indo além de uma estratégia assistencialista, mas que compreende um meio de garantia de vida e de cidadania a uma parte da população desfavorecida e desamparada, cuja assistência é prevista na Constituição Federal em seu artigo 196, que diz "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 2016), assim incentivando a vida, conforme observado no relato abaixo:

> A Estratégia Trevo de Quatro Folhas ao longo dos anos vem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desse grupo (binômio mãe e filho), uma vez que através dos seus projetos consegue reunir ações de promoção à saúde. É dar a garantia à vida, nos casos de gestantes e puérperas e bebês de risco clínico e social que precisam de um apoio tão fundamental das ações do Trevo, como diz em seu lema: "Apoiando a mãe, incentivando a vida". *Gestor (2008-2011).*

Ainda no que diz respeito ao impacto das ações do Trevo de Quatro Folhas na mortalidade infantil, os gestores advogaram que esta política fortaleceu, também, um vínculo solidário entre os membros da comunidade. Segundo os entrevistados, esse fato se torna latente através da atuação voluntária das mães sociais, que são mulheres da própria comunidade que passam a conviver com famílias, até então percebidas apenas como moradores do bairro, sem nenhuma aproximação. As mães sociais são, em sua maioria, mulheres humildes, que acabam muitas vezes sendo as madrinhas dos bebês dos quais elas cuidam. Estas atitudes criam, para além de um trabalho de acompanhamento social, um laço afetivo e de ajuda às pessoas menos favorecidas do que elas, criando uma atmosfera de solidariedade

na comunidade em que atuam. Indiretamente, mas no mesmo contexto solidário, atuam de forma voluntária os padrinhos e madrinhas sociais com o apoio financeiro.

> [...]... apoio da Mãe Social aos casos de gestantes, puérperas e crianças de risco, sem apoio familiar, Madrinhas e Padrinhos Sociais para viabilizar, por meio de doações o apoio alimentar, às famílias com gestantes, puérperas e crianças de risco social, tudo isto vai gerando, também, uma atmosfera de solidariedade na comunidade" *Gestor* (*2008-2011)*.

Além de responder à questão central do trabalho, percebendo a redução da mortalidade infantil em Sobral como o principal impacto da política pública Trevo de Quatro Folhas, os gestores também revelam outros avanços que vieram como resultado desta política, como frisa o *Gestor* (*2001-2015)*:

> A redução da mortalidade infantil foi a principal delas, mas podemos citar outras como a estruturação do Pré-natal e da puericultura até dois anos de idade; a atuação das mães sociais junto às famílias acompanhadas; a entrevista realizada nas maternidades com 97% das puérperas residentes no município; a adesão ao pré-natal de gestantes usuárias de crack, o que resultou em melhora das condições do lar, etc.

O Comitê de Mortalidade Materno Infantil foi indicado, por todos os entrevistados, quando fora apresentando também como opções o Projeto Coala e o Projeto Flor do Mandacaru, como a estratégia mais importante para a redução da mortalidade infantil. Das respostas verificadas, todas mostram a importância do Comitê por analisar cada óbito com base nos prontuários e no relato da família, sendo possível identificar as causas e os problemas envolvidos, propondo ações para prevenção de novas ocorrências, como destaca o *Gestor* (*2017-2018*):

> O Comitê tem um diferencial, uma vez que permite a análise dos óbitos, reflexão sobre a prática profissional, bem como a discussão de recomendações pertinentes para a melhoria da atenção ofertada a esse grupo populacional. Tudo realizado de forma multiprofissional e intersetorial, o que garante uma visão ampla e complexa de todo o processo. É também através do Comitê que surgem todos os projetos da Estratégia Trevo, fruto das suas recomendações.

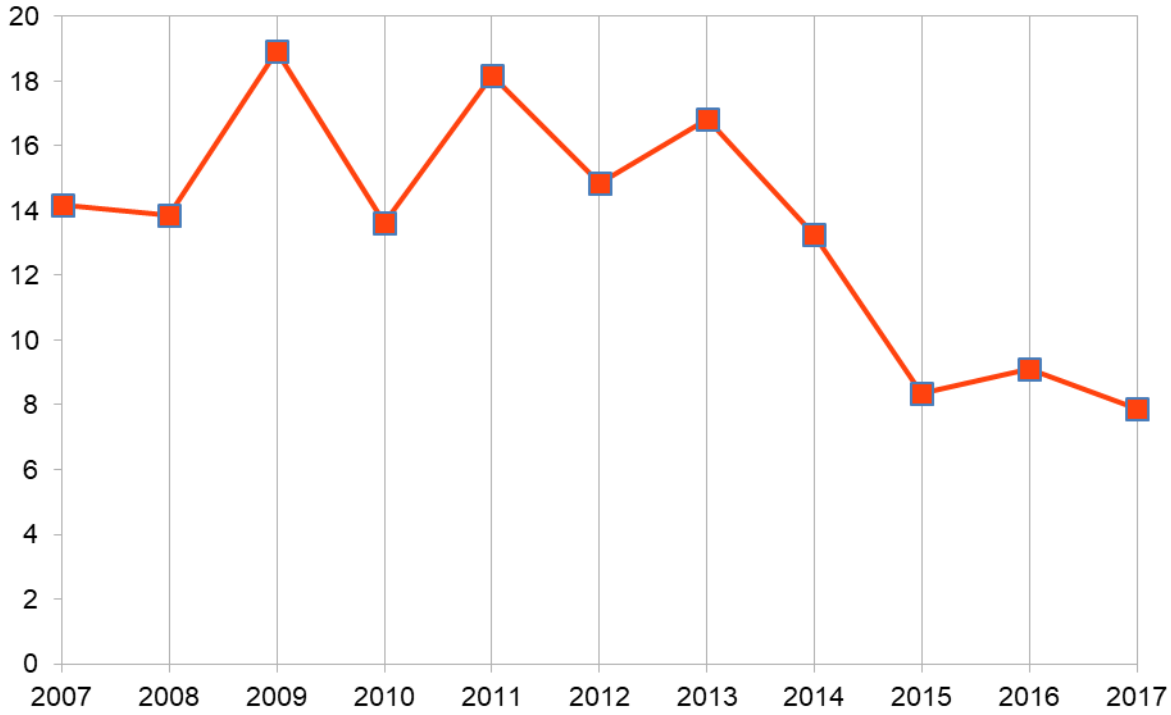
Ainda, considerando a importância do Trevo de Quatro Folhas, os gestores entrevistados acreditam que esta política pública municipal de Sobral pode ser replicada nos demais municípios da zona Norte. A justificativa é de que a sua implantação é factível e apresenta um custo-benefício muito positivo. Nesta análise específica, percebeu-se que o PTQF é de baixo custo frente aos resultados alcançados, pois utiliza mulheres da comunidade para atuar junto a outras mães, diante de situação de risco para a mãe ou o bebê. Além disso, fortalece a rede social primária e permite que durante o período de maior risco para a gestante ou o bebê ela tenha o apoio necessário. O Trevo de Quatro Folhas também propõe um mapeamento das famílias, oferecendo apoio para aquelas mais vulneráveis, como preconiza os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e como frisa Sousa *et al.* (2012):

> Esta experiência fundamenta-se nos princípios da acessibilidade, integralidade e equidade preconizados pelo SUS para garantir uma atenção especial às mulheres e crianças em situação de risco. Desta forma, não só se salvam vidas, como se melhora a qualidade dos vínculos entre profissionais de saúde, usuários e parceiros da rede, para a promoção da saúde e cidadania. (p.65)

Nos diversos aspectos, que envolvem uma política pública de saúde, o entendimento do Trevo de Quatro Folhas e o seu impacto na redução da mortalidade infantil no município de Sobral, no período de 2007 a 2017, ficou evidenciado entre os gestores que estiveram à frente desta política pública municipal de saúde, sua importância, bem como sua eficiência.

A sublimação do Trevo de Quatro Folhas, entretanto, acontece quando as suas ações de assistência foram tomadas como modelo para a implantação do Programa Rede Cegonha do Governo Federal (MOREIRA, 2018). Já a visibilidade, nacional e internacional desta política pública de Sobral, pode ser verificada através das menções honrosas e prêmios nacionais e internacionais recebidos pelo Trevo, conforme Sousa *et. al.* (2012, p. 63-64), como a II Mostra Nacional de Saúde da Mulher em 2004 e o Prêmio Maternidade Segura da Organização Pan Americana de Saúde, em 2011 (BRASIL, 2011).

Gráfico 1 - Índice de Mortalidade Infantil no município de Sobral-CE. Período de 2007 a 2017.



Fonte: Dados da pesquisa

Embora a finalidade e atuação do Trevo de Quatro Folhas estejam bem definidas para o combate à mortalidade infantil no município, conforme pode ser visualizado através dos índices anuais de mortalidade infantil no município em tela (Gráfico 1), esta política pública tem se configurado muito

mais do que uma estratégia de saúde exitosa a debelar simplesmente os óbitos infantis, mas também como uma poderosa ferramenta de inclusão social e cidadania nas camadas menos favorecidas do município, bem como um instrumento de solidariedade e mobilização social nas comunidades em que atua, como percebido pelos seus gestores durante a pesquisa aplicada neste trabalho.

Através da percepção dos gestores, também foi possível verificar as principais dificuldades para a execução do Trevo de Quatro Folhas, entre elas a complexidade das ações realizadas, a limitação de recursos financeiros e humanos, além da ausência de uma estreita comunicação e da interdisciplinaridade entre os atores da promoção de saúde no município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo foi possível perceber a importância do Trevo de Quatro Folhas para o combate à mortalidade infantil no município de Sobral, apoiando a Estratégia Saúde da Família, bem como o seu impacto na redução destes índices. Destaca-se, também, por meio desta pesquisa, a percepção dos gestores sobre a importância das ações do Trevo de Quatro Folhas para a melhoria da saúde do município e o impacto positivo destas ações para a inclusão social e a promoção da cidadania nas camadas sociais menos favorecidas. Quanto às adversidades citadas pelos gestores, foi possível perceber que a fluidez nos canais comunicação entre os diferentes atores institucionais que integram o PTQF se constitui em um dos desafios a serem vencidos.

Enfim, foi possível perceber que o combate à mortalidade infantil contempla uma combinação de estratégias, que demandam ações das diversas políticas públicas implantadas. Nessa perspectiva, as experiências vivenciadas pelos Gestores no PQTF permitem compreender que as ações processo de formulação e implementação de pautas sociais orientadas por uma agenda voltada para a saúde, tem propiciado o intercâmbio e a interação de ideias envolvendo diversos segmentos da sociedade (instituições pública e privadas, organizações governamentais e sociedade civil) com o objetivo de efetivar o compromisso com a construção de ambientes saudáveis e de sustentação de redes sociais.

Com base nesse cenário, o presente trabalho contribui com as discussões teóricas ao apresentar a avaliação de uma política pública municipal, especificamente o PTQF, sob o olhar dos gestores. Por fim, acredita-se que a partir deste estudo, novas pesquisas possam ser estimuladas, visando conhecer as percepções avaliativas dos demais participantes a exemplo do público-alvo e demais atores.

REFERÊNCIAS

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. (2018). Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br>. Acesso em: 16 jul. 2020.

ABREU, L. D. P. SILVA, M. A. M., ARAUJO, A. F., SANTANA, W. J., ROCHA, F. A. A., MENDONÇA, G. M. M., CAVALCANTE, V. O. M., TORRES, R. A. M. Educação permanente em saúde na atenção qualificada de gestantes na estratégia de saúde da família. Rev. E-ciência, v. 5, n. 2: 121-127, 2017. DOI: dx.doi.org/10.19095/rec.v5i2.303.

ALBUQUERQUE, I. M. N. (2016). O compromisso com as Políticas Públicas de Saúde: Experiências Exitosas em Sobral-Ce. SANARE, Sobral, 15(01), 06-07, jan./jun.

ALVES, P. P., SANTOS, V. R. C., CAVALCANTE, M. M. B., ARAGÃO, H. L., TEIXEIRA, M. A. (2015). Abordagem às Gestantes Usuárias de Crack pela "Estratégia Trevo de Quatro Folhas": Relato de Experiência. SANARE, 14(2), 98-103. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/832 Acesso: 30 jul 2020.

BRASIL. (2017). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial. República Federativa do Brasil.

BRASIL. (2016). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Brasil. (2011). Disponível em:

<http://www.odmbrasil.gov.br/noticias/2011/marco/pratica-do-ce-pela-reducao-da-mortalidade-materno-infantil-sera-replicada-pelo-governo-brasileiro>. Acesso em: 18 jul. 2020.

COSTA, B.M.G. (2012). Da bancada ao Bureau: análise do desenvolvimento da biotecnologia no Nordeste Brasileiro sob o enfoque de Sistema Regional de Inovação [tese]. Natal-RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Disponível em:

https://repositorio.ufrn.br/jspui/browse?type=author&value=Costa%2C+Benedita+Marta+Gomes&value_lang=pt_BR Acesso em: 19 jul. 2020.

COHEN, E., FRANCO, R. (2004). Avaliação de projetos sociais. Petrópolis: Vozes.

DIAS, B. A., SANTOS NETO, E. T., ANDRADE, M. A. C. (2017). Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões? Caderno de Saúde Pública, 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00125916.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

ELOI, S. M. C., VIEIRA, R. M., MENEZES, F. W. M., ELOIA, S. C., DIAS, M. S. A. (2019). Processo de Trabalho das Mães Sociais da Estratégia Trevo de Quatro Folhas. Essentia, 20 (2), 61-68.

Disponível em: https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/307 Acesso em: 10 maio 2020.

FALEIROS, J. J., KALIL, G. CASARIN, D. P., LAQUE JUNIOR, P. A., SANTOS, I. S. (2005). Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. Cad. Saúde Pública. 21(2), 482-489 Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/8afb/53fd39c185f3b12dae3b0b98a93739f6fbed.pdf Acesso em: 20 maio 2020.

FERREIRA JUNIOR, A. R., VIEIRA, L. J. E. S., BARROS, N.F. (2012). Entrevista com gestores como método pedagógico para o gerenciamento na enfermagem: conhecer para ser. Enfermaria Global, 2, 115-123.

Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/pt_docencia2.pdf. Acesso em: 20 jul 2020.

FREITAS, B. M. S. (2017). Relato de Experiência: A Importância do Trevo de Quatro Folhas do Município de Sobral-Ce Mediante o Papel do Psicólogo. Cadernos de Graduação, 3(5), 1-11.

GIL, A. C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas.

MINAYO, M. C. (2014). Apresentação. In: GOMES, R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio Libanês.

MOREIRA, A. V. (2018). Impacto da política pública trevo de quatro folhas na redução da mortalidade infantil no município de Sobral-CE. Especialização em Gestão Pública. UAB-UECE, 32p.

PNUD, IPEA, FJP. (2010). Perfil Sobral. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sobral_ce Acesso em 06 de Agosto de 2020.

SILVA, Diego José. (2017). Mortalidade Infantil no Semiárido Brasileiro: questionamentos sobre as estimativas oficiais. João Pessoa, 83p. Disponível em:

https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/2564/1/DJS05102017.pdf Acesso em: 28 jul 2020.

SOBRAL, Secretaria Municipal da Saúde. (2017). Coordenação da Educação na Saúde – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Plano Municipal de Saúde de Sobral 2018 a 2021. Sobral-Ce. 84p.

SOBRAL. Lei Nº 1041, de 24 de novembro de 2010. Dispõe sobre a instituição da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Política Pública de Apoio as Gestantes, Mães e Incentivo a Vida no Município de Sobral-CE, e dá outras providencias. Disponível em:

https://camarasobral.ce.gov.br/painel/files/docs/norma_lei/LO10412010201011240001pdf17062015094427.pdf Acesso em: 26 jul. 2020.

SOUSA, F. J. S., SUCUPIRA, A. C. S. L., AGUIAR, I. S. M., MESQUITA, V. A. L., SALES, E. N. B. G. (2012). Programa Trevo de Quatro Folhas: uma ação efetiva para a redução da mortalidade infantil em Sobral – Ceará. Revista Sanare, 11(1), 60-65.

YIN, R. K. (2010). Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman.

Capítulo 14

10.37423/220606069

IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DE PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE UM MUNICÍPIO SUL CATARINENSE

Sarah Galatto Cancillier — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*

João Vitor Guerra Machado — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*

Lucas Vieira Machado — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*

Luiza Caroline Netto Zanette — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*

Amanda Castro — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*

Kristian Madeira — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*

Resumo: Introdução: Durante o ano de 2020 foi vivenciado o início da pandemia do covid-19, que implicou consequências no cotidiano de toda a população mundial. Diante disso, a saúde mental das pessoas gerou preocupações. No caso dos professores, já era percebida a necessidade de estudos sobre este tema, devido aos afastamentos do trabalho por causa do adoecimento mental. Acredita-se que durante o período deste estudo, o cenário tenha se agravado, em consequência às modificações no modo de trabalho destes profissionais. O trabalho objetiva verificar a prevalência dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão em professores da rede municipal da cidade de Criciúma-Santa Catarina (SC), que atuaram no ensino fundamental II (6º ao 9º ano), durante o período de pandemia da covid-19. Métodos: Os dados foram coletados por meio de um questionário online, via *google forms*, composto por perguntas produzidas pelos autores e pelo questionário validado DASS-21. Foi realizada a análise no software IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de mediana e amplitude interquartil e média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. Resultados: A amostra se constituiu de 95 professores, com carga horária média de 28,83 (DP ± 9,85) horas semanais. Sobre o período de pandemia, relataram o aumento na quantidade de trabalho e ambiente de trabalho adequado em casa. Os graus severo e extremamente severo foram mais elevados para os sintomas ansiosos e de estresse, já para os depressivos se destacaram os casos leve e moderado. Conclusão: verificou-se prevalência significativa dos sintomas e evidências de fatores associados.

Palavras-chave: Estresse Psicológico; Depressão; Ansiedade; covid-19; Professores Escolares.

INTRODUÇÃO

A saúde mental é extremamente necessária para a homeostase do indivíduo, contudo vários fatores sociais, ambientais e biológicos podem a afetar, tais como: mudanças sociais e condições de trabalho estressantes, o qual esses fatores, enquanto patologia, afeta mais de 90% da população do mundo segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentando sintomas mentais (emocionais) e físicos, como por exemplo dificuldade para dormir e respirar. Apresenta-se como exemplo a depressão e a ansiedade. Estas psicopatologias já são consideradas muito comuns, a depressão afeta em torno de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, causando incapacidade para o trabalho e prejudicando a relação do indivíduo com as outras pessoas, e a ansiedade afeta aproximadamente 18,6 milhões de pessoas no Brasil. Ainda, há uma resistência para o uso de medicamentos no tratamento por conta de mitos existentes sobre eles, como: ficar viciado, impotente ou engordar[1-4].

Entre as classes dos professores já era percebido altos índices de psicopatologias, como apresentado em um estudo[5] que identificou prevalência de mais de 75% de distúrbios psíquicos menores e presença de sintomas depressivos em mais de 40% da população estudada. Com a pandemia da covid-19, a rotina de trabalho do professor necessitou ser adaptada, estes profissionais aderiram a novas responsabilidades. Destacam-se o uso de novas tecnologias, espaços de trabalho e novas metodologias voltadas principalmente para o psicossocial dos alunos e possibilitando a integração familiar[6].

Além dessas mudanças, o cenário social também sofreu consequências, tendo como características: isolamentos, mudança nas condições de trabalho, preocupações com contaminação e falecimentos. Em vista disso, os índices de sintomas de depressão e ansiedade aumentaram em todo o mundo[6].

Com a junção destes dois fatores, adaptações no trabalho e mudanças sociais, imaginou-se que os professores sejam afetados psicologicamente. Com isso este trabalho visou verificar a prevalência dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão em professores da rede municipal da cidade de Criciúma-Santa Catarina (SC), que atuaram no ensino fundamental II (6º ao 9º ano), durante o período de pandemia do COVID-19. Também pretendeu-se identificar variáveis associadas a estes, como perfil e adaptação à nova rotina de trabalho, em virtude de auxiliar em ações de combate e prevenção e gerando conhecimento para estudos posteriores.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é observacional transversal, com coleta de dados primários e abordagem quantitativa. Foi estudada a população de professores do fundamental II (6º ao 9º ano) das escolas municipais de um município do sul catarinense atuante no mês de julho do ano de 2020. O cálculo do tamanho mínimo da amostra foi realizado utilizando-se a fórmula proposta por Medronho[7]. Embora o tamanho mínimo da amostra tenha resultado em 273 professores, 95 profissionais responderam à pesquisa, indicando uma taxa de resposta de 34,8%.

O trabalho foi autorizado pelas Secretária Municipal de Educação do município do estudo, por meio da carta de aceite e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) com o parecer nº 4.133.875, em conformidade com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/2012 e 510/2016), sobre pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Por conseguinte, os participantes não foram identificados em nenhum momento do estudo. Os professores foram informados sobre a pesquisa e seus procedimentos, considerando a participação facultativa.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário online com o *Google Forms*, enviado pela coordenadora geral pedagógica da Secretaria Municipal de Educação da cidade de Criciúma/SC. O formulário foi dividido em perfil, rotina de trabalho e satisfação com as aulas não presenciais. Essa parte do instrumento foi elaborada pelos autores com base na bibliografia estudada. Além disso, incluiu-se o questionário validado DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scale*), que verificou a prevalência e severidade dos sintomas depressivos, ansiosos e de estresse. O período de coleta foi compreendido entre os meses de julho a agosto do ano de 2020.

Posteriormente à coleta, os dados foram analisados com auxílio do software IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de mediana e amplitude interquartil quando não apresentaram distribuição Normal e por média e desvio padrão quando seguiram esse tipo de distribuição. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, confiança de 95%. A distribuição dos dados quanto à normalidade foi avaliada por meio da aplicação do teste de Shapiro-Wilk. A comparação das variáveis quantitativas entre as severidades dos sintomas foi realizada por meio da aplicação do teste H de Kruskal-Wallis seguido do *post hoc* teste de Dunn quando

observada significância estatística. A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas e as variáveis qualitativas relativas aos sintomas foi efetuada por meio dos testes Qui-quadrado de Pearson e Razão de Verossimilhança, com posterior análise de resíduo quando observada significância estatística. Quando ambas eram qualitativas ordinais, foi utilizado o teste Associação Linear por Linear.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil da amostra de professores estudada apresentou uma média de idade de 39,06 anos (DP ± 10,38), predominância do sexo feminino (79,8%) e da cor branca (87,2%) (Tabela 1). Deste modo, concordando com um trabalho[8] que encontrou média de 40,43 (DP ± 9,37) anos e outro[5] composto majoritariamente por mulheres (78,85%).

Em relação a aspectos da saúde mental, foi verificado que 43,2% da amostra já havia sido diagnosticada com alguma doença psicológica, sendo a ansiedade a mais relatada (59,5%), em seguida depressão com 28,6%. Mais da metade (50,5%) relatou já ter sido violentado (a) verbalmente ou fisicamente por um aluno (Tabela 1).

Sobre a rotina de trabalho percebeu que todos os professores trabalhavam no turno matutino, 56,8% no turno vespertino e 7,4% no noturno (Tabela 2). Foi apresentada uma média de horas trabalhadas por semana como professor igual a 28,83 (DP ± 9,85) horas e predominantemente dois turnos (55,8%) (Tabela 2). Comparando a um estudo[5], este apresentou a média da carga horária semanal maior (37,4 horas), mas ainda sendo predominante dois turnos de trabalho (59,11%).

Entre as áreas de conhecimento, as Linguagens se apresentaram predominantes (44,7%), seguidas por Ciências Humanas (27,7%) (Tabela 2). Foi apresentada média de 9,47 turmas por professor (DP ± 4,63), o número de alunos estimados por turma foi majoritário entre 26 e 35 alunos (73,7%) (Tabela 2).

Estes profissionais relataram também que a quantidade de trabalho durante a pandemia aumentou (78,9%), no entanto, a maioria dos professores tinham um ambiente de trabalho adequado (66,0%). Além disso, os sintomas ansiosos e de estresse apresentaram os valores mais elevados dos graus severo e extremamente severo, sendo respectivamente 28,4% e 23,2%. Já os sintomas depressivos apresentaram um valor significante de casos leve e moderado (42,1%) (Tabela 3).

Quanto aos fatores associados ao grau de cada sintoma, não houve evidências de associação dos sintomas ansiosos. Contudo, verificou-se evidências da relação entre satisfação do professor com suas aulas e satisfação do professor com sua rotina de trabalho com os sintomas depressivos. Os

profissionais satisfeitos com as suas aulas apresentaram associação com o grau normal do sintoma e os que relataram estar muito insatisfeitos apresentaram severo e extremamente severo (p = 0,049). Além disso, os profissionais muito insatisfeitos com a sua rotina de trabalho apresentaram associação com os graus severo e extremamente severo (p = 0,035) (Tabela 4).

No estudo sobre a prevalência de *burnout* e depressão em professores[9], os autores concluem que as chances de desdobramento de quadros depressivos são menores em professores com maior satisfação em seu trabalho. Por sua vez, outros dois autores[10] suspeitam que os altos índices de depressão em professores podem estar relacionados com o aumento do estresse, visto que esse profissional tem assumido outras demandas além da prática em sala de aula. Ainda, salientam que a depressão pode prejudicar o desempenho no desenvolvimento das atividades laborais. Além disso, professores que apresentavam piores resultados em relação à qualidade de vida estavam associados a transtornos mentais comuns como sintomas depressivos[11]. Sendo assim, os resultados encontrados na presente pesquisa ilustram a fala dos autores.

Em relação aos sintomas de estresse, houve evidências de associação com o número de alunos por turma, a quantidade de trabalho durante a pandemia, satisfação com a rotina de trabalho e número de turmas por professor. Os profissionais com classificação normal de severidade apresentaram relação com o relato de que não houve alteração de trabalho durante a pandemia (p = 0,046) e satisfação com a sua rotina de trabalho (p = 0,001). Todavia, os professores que trabalham com mais de 25 alunos estimados por turma tiveram evidências de associação com os graus severos e extremamente severos (0,038). Além disso, pode-se verificar evidências de o maior número de turmas por professor estar associado com os graus leve e moderado e o menor número com grau normal de sintomas de estresse (Tabela 5).

Em um estudo[12] sobre a qualidade de vida e estresse em trabalhadores da atenção primária à saúde, os escores de estresse são 94% maiores em profissionais que não estão satisfeitos com seu trabalho, sendo a satisfação com o trabalho um fator de proteção contra o estresse.

Em concordância com o presente estudo, um trabalho[13] apresenta que professores com mais de 20 alunos por turma apresentam maiores níveis de estresse, mas também estão associados à exaustão emocional e desejo de abandono da docência. Ademais, distúrbios de voz também estão relacionados com estresse no trabalho docente[8]. Deste modo, pode-se perceber que os altos níveis de estresse dos professores deste trabalho podem prejudicar tanto a saúde mental quanto a física destes profissionais, evidenciando a importância de medidas de prevenção e acompanhamento.

CONCLUSÃO

O equilíbrio entre a saúde mental e física se mostra fundamental para a saúde do indivíduo. Verifica-se, para as psicopatologias, a presença de sintomas emocionais, também físicos, como o cansaço. Diante disso, demonstra-se cientificamente a que fatores sociais, ambientais e biológicos podem desencadear ou aumentar a severidade das psicopatologias.

Em vista disso, destaca-se o estresse como um desses fatores, sendo este muito prevalente na população brasileira e possível desencadeante para transtornos mentais como ansiedade e depressão, os quais apresentam altas frequências na população brasileira e mundial. No entanto, é evidenciada a população de professores atuantes no sistema educacional brasileiro, uma vez que estes apresentam elevados índices de psicopatologias, o que pode gerar insatisfação com sua atividade laboral e consequentemente absenteísmo.

Deste modo, demonstrou-se preocupante a saúde mental destes profissionais durante o período de pandemia do covid-19. Este momento histórico gera incertezas e preocupações, além de ter afetado diretamente a rotina de trabalho dos professores muito rapidamente, obrigando estes a adaptarem seu modo de trabalho.

Então, objetivou-se verificar os sintomas de depressão, ansiedade e estresse dos professores durante o período de pandemia. Primeiramente, verificou-se a rotina desses profissionais durante o período de estudo. Foi apresentada média de 28,83 (DP ± 9,85) horas semanais trabalhadas como professor. No entanto, mesmo com média menor quando comparada com trabalhos correlatos, relatou-se um aumento na quantidade de trabalho durante este período. Em adição, o ambiente de trabalho, mesmo alterando da escola para a casa do próprio profissional, demonstrou-se adequado.

Em relação aos sintomas, identificou-se prevalências significativas de sintomas severos e extremamente severos de ansiedade e estresse, e moderados de estresse. Dados que justificam a necessidade de ações preventivas e de cuidados com a saúde mental destes profissionais com destaque neste período.

Diante disso, destacam-se os fatores: maior número de alunos por turma e de turmas, e aumento da quantidade de trabalho, por apresentarem maior associação aos sintomas de estresse. Redução do número de alunos por turma e melhor organização da distribuição de turmas poderiam então auxiliar na diminuição do índice de estresses em professores.

A satisfação dos profissionais, com suas rotinas e aulas, também demostrou relação proporcional com os sintomas depressivos e estresse. Por isso, verifica-se a necessidade do professor estar satisfeito com o seu trabalho, e justifica-se o número de afastamento por sintomas depressivos.

REFERÊNCIAS

1.Nações Unidas Brasil (ONU Brasil). Saúde mental depende de bem-estar físico social diz OMS em dia mundial [internet]. 2016 [citado em 23 mai 2020]. Disponível em: https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/.

2. OPAS BRASIL. Folha informativa - transtornos mentais [internet]. 2018 [citado em 23 mai 2020]. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839.

3.Opas Brasil. Folha informativa – depressão [internet]. 2018 [citado em 23 mai 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095.

4.UFMG, Pró-reitoria de assuntos de assuntos estudantis. Estresse [internet]. 2017 [citado em 02 jun 2020]. Disponível em:

https://www.ufmg.br/prae/nucleo-prae/atuacao-do-campo-psicopedagogico/saude-mental/estresse/.

5. Tostes MV, Albuquerque GSC, Silva MJS, Petterle RR. Sofrimento mental de professores do ensino público. Saúde Debate.2018;42(116).

6. Organização Das Nações Unidas (ONU). Covid-19: Unesco divulga 10 recomendações sobre ensino a distância devido ao novo coronavírus [internet]. 2020 [citado em 02 jun 2020]. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706691.

7. Medronho RA. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

8. Valente AMSL, Botelho C, Silva AMC. Distúrbio de voz e fatores associados em professores da rede pública. Rev. bras. saúde ocup. 2015;40(132): 183-195.

9. Silva NR, Bolsoni-Silva AT, Loureiro SR. Burnout e depressão em professores do ensino fundamental: um estudo correlacional. Revista Brasileira de Educação. 2018;23: e230048.

10.Ramos O, Cardoso CS. Depressão E Estresse Na Docência: Os Reflexos Em Sala De Aula. Revista Encantar-Educação, Cultura e Sociedade. 2020;2(2020):01-20.

11.Santos EC, Espinosa MM, Marcon SR. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. Acta paul. enferm. 2020;33:eAPE20180286.

12.Lima GKM, Gomes LMX, Barbosa TLA. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. Saúde em Debate. 2020; 44(126): 774-789.

13.Gomes AR, Montenegro N, Peixoto AMBC, Peixoto ARBC. Stress ocupacional no ensino: um estudo com professores dos 3º ciclo e ensino secundário. Psicologia & Sociedade. 2010; 22(3): 587-597.

TABELAS

Tabela 1. Perfil dos professores atuantes no ensino municipal de um município do extremo sul catarinense durante julho e agosto de 2020.

	n (%) , Média ± DP n = 95
Idade (em anos)	39,06 ± 10,38
Sexo	
Feminino	75 (79,8)
Masculino	19 (20,2)
Ausente	1
Cor	
Branca	82 (87,2)
Preta	6 (6,4)
Parda	6 (6,4)
Ausente	1
Já foi diagnosticado com alguma doença psicológica	
Sim	41 (43,2)
Ansiedade	25 (59,5)
Depressão	12 (28,6)
Outras	6 (14,3)
Não	54 (56,8)

DP: Desvio Padrão.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Tabela 2. Rotina de trabalho dos professores atuantes no ensino municipal de um município do extremo sul catarinense durante julho e agosto de 2020.

	n (%), Média ± DP n = 95
Turno de trabalho	
Matutino	95 (100,0)
Vespertino	54 (56,8)
Noturno	7 (7,4)
Quantidade de turnos trabalhados	
Um	38 (40,0)
Dois	53 (55,8)
Três	4 (4,2)

Número estimado de alunos por turma	
Até 15	2 (2,1)
16 a 25	19 (20,0)
26 a 35	70 (73,7)
< 35	4 (4,2)
Área de conhecimento	
Linguagens	42 (44,7)
Humanas	26 (27,7)
Matemática	17 (18,1)
Natureza	8 (8,5)
Religioso	1 (1,1)
Ausente	1
Horas de trabalho como professor por semana (n = 94)	28,83 ± 9,85
Número de turmas por professor (n = 93)	9,47 ± 4,63

DP: Desvio Padrão.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Tabela 3. Condições de trabalho durante as aulas online e sintomas psicológicos.

	n (%) n = 95
Nível de satisfação do professor com as suas aulas	
Muito satisfeito	1 (1,1)
Satisfeito	36 (37,9)
Neutro	26 (27,4)
Insatisfeito	25 (26,3)
Muito insatisfeito	7 (7,4)
Nível de satisfação do professor com sua rotina de trabalho	
Muito satisfeito	4 (4,2)
Satisfeito	30 (31,6)
Neutro	27 (28,4)
Insatisfeito	28 (29,5)
Muito insatisfeito	6 (6,3)
Tem ambiente de trabalho adequado em casa (n = 94)	62 (66,0)
Sintomas Depressivos	
Normal	42 (44,2)
Leve/Moderado	40 (42,1)

Severo/Extremamente Severo	13 (13,7)
Sintomas Ansiosos	
Normal	41 (43,2)
Leve/Moderado	27 (28,4)
Severo/Extremamente Severo	27 (28,4)
Sintomas de Estresse	
Normal	45 (47,4)
Leve/Moderado	28 (29,5)
Severo/Extremamente Severo	22 (23,2)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Tabela 4. Fatores associados aos sintomas depressivos

	Severidade sintomas depressivos, n (%)			
	Normal	Leve/ Moderado	Severo/ Extremamente Severo	Valor – p
	n = 42	n = 40	n = 13	
Número de alunos estimados por turma				
Até 25	13 (31,0)	6 (15,0)	2 (15,4)	0,181¥
> 25	29 (69,0)	34 (85,0)	11 (84,6)	
Sexo				
Feminino	32 (76,2)	34 (85,0)	9 (75,0)	0,546¥
Masculino	10 (23,8)	6 (15,0)	3 (25,0)	
Área de conhecimento				
Matemática	7 (16,7)	6 (15,0)	4 (33,3)	0,291¥
Humanas	17 (40,5)	7 (17,5)	2 (16,7)	
Linguagens	15 (35,7)	22 (55,0)	5 (41,7)	
Natureza	3 (7,1)	4 (10,0)	1 (8,3)	
Religioso	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	
Quantidade de trabalho durante a pandemia				
Aumentou	32 (76,2)	32 (80,0)	11 (84,6)	0,844††
Não alterou	10 (23,8)	8 (20,0)	1 (7,7)	
Diminui	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	
Satisfação do professor com as suas aulas remotas				
Muito satisfeito	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	0,049††
Satisfeito	20 (47,6)*	13 (32,5)	3 (23,1)	
Neutro	11 (26,2)	13 (32,5)	2 (15,4)	
Insatisfeito	8 (19,0)	11 (27,5)	6 (46,2)*	
Muito insatisfeito	3 (7,1)	2 (5,0)	2 (15,4)	

Satisfação do professor com sua rotina de trabalho				
Muito satisfeito	2 (4,8)	2 (5,0)	0 (0,0)	0,035††
Satisfeito	17 (40,5)	9 (22,5)	4 (30,8)	
Neutro	11 (26,2)	15 (37,5)	1 (7,7)	
Insatisfeito	10 (23,8)	13 (32,5)	5 (38,5)	
Muito insatisfeito	2 (4,8)	1 (2,5)	3 (23,1)*	
Ambiente adequado de trabalho em casa				
Sim	30 (73,2)	26 (65,0)	6 (46,2)	0,208¥
Não	11 (26,8)	14 (35,0)	7 (53,8)	

Valores obtidos após aplicação do teste: ††Associação Linear por Linear, ¥ Razão de Verossimilhança.
Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 5. Fatores associados aos sintomas de Estresse.

	Severidade dos sintomas de estresse, n (%)			
	Normal	Leve/ Moderado	Severo/ Extremamente Severo	Valor – p
	n = 45	n = 28	n = 22	
Número de alunos estimados por turma				
Até 25	12 (26,7)	8 (28,6)	1 (4,5)	0,038¥
> 25	33 (73,3)	20 (71,4)	21 (95,5)*	
Sexo				
Feminino	35 (77,8)	22 (78,6)	18 (85,7)	0,729¥
Masculino	10 (22,2)	6 (21,4)	3 (14,3)	
Quantidade de trabalho durante a pandemia				
Aumentou	31 (68,9)	24 (85,7)	20 (90,9)	0,046††
Não alterou	14 (31,1)*	3 (10,7)	2 (9,1)	
Diminui	0 (0,0)	1 (3,6)	0 (0,0)	
Satisfação do professor com as suas aulas remotas				
Muito satisfeito	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,089††
Satisfeito	20 (44,4)	9 (32,1)	7 (31,8)	
Neutro	13 (28,9)	7 (25,0)	6 (27,3)	
Insatisfeito	10 (22,2)	7 (25,0)	8 (36,4)	
Muito insatisfeito	1 (2,2)	5 (17,9)	1 (4,5)	
Satisfação do professor com sua rotina de trabalho				
Muito satisfeito	3 (6,7)	1 (3,6)	0 (0,0)	0,001††
Satisfeito	20 (44,4)*	5 (17,9)	5 (22,7)	
Neutro	13 (28,9)	10 (35,7)	4 (18,2)	

Insatisfeito	8 (17,8)	10 (35,7)	10 (45,5)	
Muito insatisfeito	1 (2,2)	2 (7,1)	3 (13,6)	
Ambiente adequado de trabalho em casa				
Sim	34 (77,3)	14 (50,0)	14 (63,6)	0,057†
Não	10 (22,7)	14 (50,0)	8 (36,4)	
	n = 44	n = 27	n = 22	
Número de turmas por professor	7,00 (5,00 – 10,50)[a]	11,00 (8,50 – 14,50)[b]	8,50 (6,00 – 12,00)[a,b]	0,027

Valores obtidos após aplicação do teste: †Qui-quadrado de Pearson, ††Associação Linear por Linear, ¥ Razão de Verossimilhança, ¥¥ H de Kruskal-Wallis. Fonte: Dados da Pesquisa.

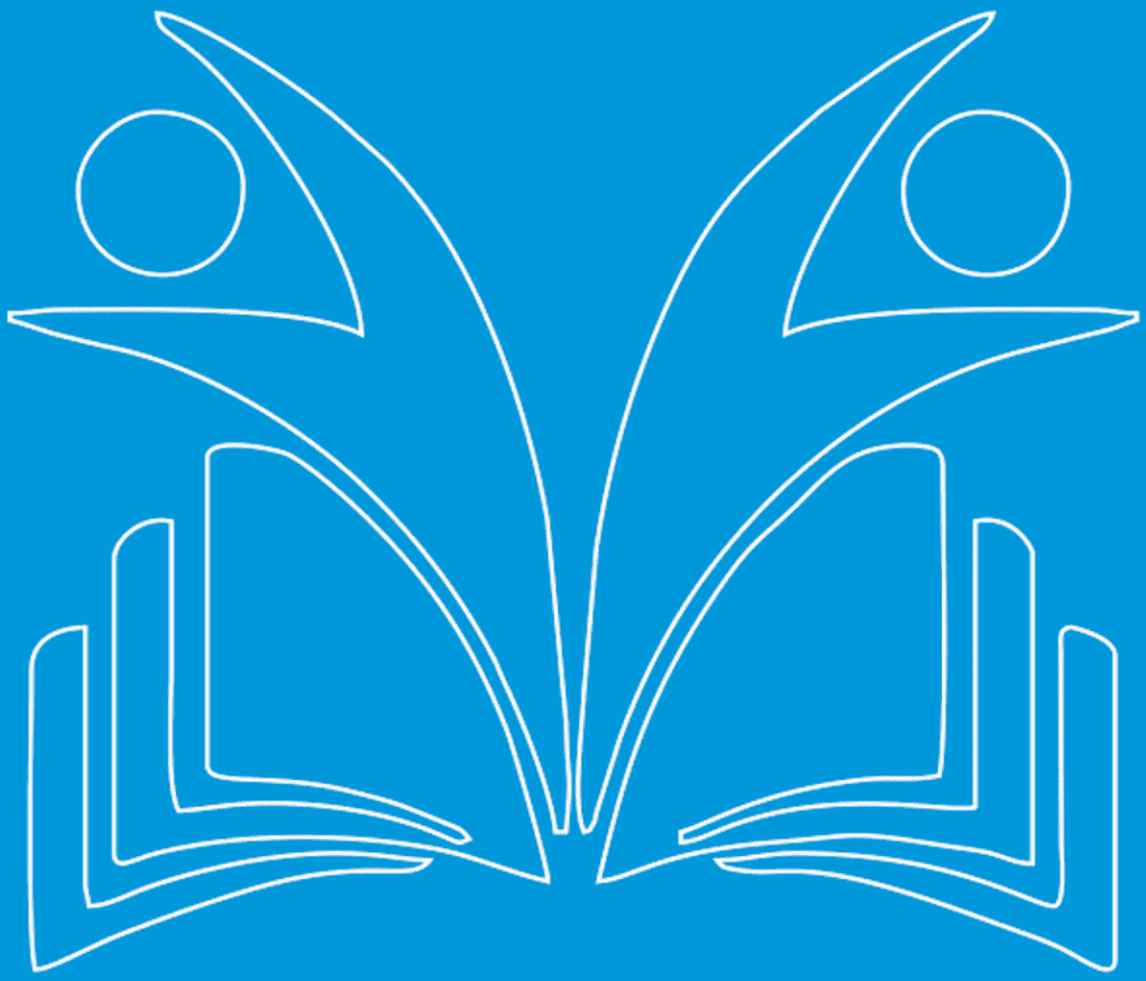
Capítulo 15

10.37423/220606073

OS BENEFÍCIOS DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL EM CRIANÇAS ACOMETIDAS POR PARALISIA CEREBRAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Letícia da Silva Rocha Barros

UNDB - Unidade de Ensino Superior Dom Bosco



Resumo: A paralisia cerebral pode ser conceituada como uma doença crônica não progressiva do cérebro, causada por uma ou mais lesões. Algumas de suas complicações são a dificuldade na deglutição e a disfagia que é o grau de comprometimento neuromotor e de aceitação da consistência de dieta oferecida. Nesse sentido, os profissionais de saúde, devem estar preparados para atender esses pacientes. O objetivo do estudo é indicar os métodos de terapia nutricional utilizados em crianças com paralisia cerebral e o papel do nutricionista nesse cenário, que visa buscar uma melhor qualidade de vida para esse paciente. A metodologia aplicada foi a pesquisa qualitativa, pois aprofunda na interpretação de textos bibliográficos e documentos sobre o acompanhamento nutricional de crianças com paralisia cerebral. Como resultados temos que a paralisia cerebral necessita de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, já que a lesão pode gerar distúrbios generalizados envolvendo a fala, a composição corporal e neuromuscular. Um dos maiores problemas é a dificuldade de se alimentar que podem levar a prejuízos por conta da baixa ingestão alimentar, causando déficit nutricional da dieta, que aliado ao intenso metabolismo de portadores de paralisia cerebral, ocasiona sua perda de peso e acarreta em desnutrição proteico calórica. Conclui-se que as doenças neurológicas, em especial a paralisia cerebral, causam transtornos metabólicos e prejuízos para o indivíduo. Deve haver a promoção de ações com a família, para que seja compreendido como lidar e respeitar as escolhas de cada indivíduo e realizar modificações para melhorar a qualidade de vida de cada paciente.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral. Disfagia. Terapia Nutricional. Deglutição. Nutrição. Estado Nutricional.

1. INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral pode ser compreendida como uma lesão permanente em um cérebro imaturo e ainda em desenvolvimento, e como consequência dessa lesão, há o acometimento de problemas no movimento, na postura corporal e na função motora, além de poder causar limitação quanto a comunicação, intelecto, no sentido da visão e da audição. Quando estudamos as causas que podem levar a essa doença, vimos que pode acontecer em três momentos: durante a gravidez, durante o parto e após o nascimento. Porém, estudos comprovam que havendo um tratamento correto, os efeitos causados pela paralisia cerebral podem ser minimizados.

A crianças acometidas com paralisia cerebral podem apresentar distúrbios gastrointestinais e uma série de dificuldades de se alimentar, o que reflete diretamente em seu estado nutricional e na sua qualidade de vida. Dentre as principais dificuldades encontradas na alimentação, está a disfagia para sólidos e líquidos, vômitos e refluxos, constipação intestinal e maior tempo para se realizar a alimentação. Com isso, pode acarretar em quadros de desnutrição e desidratação.

É de extrema importância o estudo acerca do acompanhamento nutricional de crianças com paralisia cerebral, pois a deficiência nutricional pode acarretar prejuízos à saúde metal, pois desencadeiam perturbação na organização neural e promove alteração das funções neurais básicas, afetando os sentidos do corpo humano, causando problemas na infância até a vida adulta.

Esta pesquisa tem o objetivo geral analisar os distúrbios fisiológicos para avaliar o estado nutricional de crianças com Paralisia Cerebral, e como objetivos específicos, o de identificar o estado nutricional de crianças com paralisia cerebral e os desvios nutricionais utilizando as referências de crescimento disponíveis na literatura para crianças com paralisia cerebral;

Por esse motivo, esta pesquisa se torna relevante, pois é necessária uma intervenção pelo nutricionista, com a finalidade de adaptar a alimentações destes pacientes de forma individualizada para que haja bons resultados e melhora dos sintomas causado pela paralisia cerebral.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa quanto à abordagem foi do tipo quantitativa, pois enfatizou tratamento estatístico aos dados pesquisados e aprofunda na investigação de representações, valores e principalmente da interpretação de textos bibliográficos e documentos sobre o acompanhamento nutricional de crianças com paralisia cerebral (PC).

O método aplicado foi o indutivo, pois através da compreensão e interpretação dos diversos contextos e partes dos fenômenos nutricionais demonstrou que o acompanhamento nutricional é de suma importância para a qualidade de vida dos portadores de paralisia cerebral.

O estudo utilizou o tipo de pesquisa bibliográfica e documental, através de pesquisa exploratória.

Os procedimentos que foram seguidos nesta pesquisa são: seleção e organização das fontes por meio de fichas de leitura. As fontes serão livros, artigos científicos de periódicos e documentos sobre o assunto especificado dos últimos 10 anos, porém como alguns conceitos antecedem o limite fixado, serão utilizados artigos mais antigos.

Após a leitura foi elaborado um resumo do texto da fonte pesquisada com citações diretas e indiretas e as respectivas referências bibliográficas de acordo com a ABNT. A busca de artigos científicos específicos foi realizada em meios eletrônicos utilizando o Scielo e o PubMed principalmente. As buscas de documentos foram utilizados por meios eletrônicos ou em arquivos específicos.

3. DISCUSSÃO

3.1 PARALISIA CEREBRAL

A primeira vez que se procurou estudar sobre o comportamento de certas crianças que tinham dificuldades para interagir com o ambiente, com objetos e locomoção prejudicada foi em 1860 por um cirurgião ortopedista Inglês chamado William John Little e durante muitos anos, essa desordem médica que atingia as crianças ficou conhecida como doença de Little. Atribuía-se esses acontecimentos a crianças nascidas de parto prematuro e com complicações, desde essa época observou-se que os recém-nascidos sofriam hipóxia durante o parto, o que causava os distúrbios neuromotores nas crianças em seu primeiro ano de vida. Porém foi em 1897 que o termo paralisia cerebral foi mencionado por um neurologista austríaco chamado Sigmund Freud (MONTEIRO, 2011).

Rotta (2002) em suas pesquisas também entendeu que foi Freud em 1897 o primeiro a dar nome diferente a esses distúrbios, chamando-os de paralisia cerebral. Após analisar os estudos de Little sobre os sintomas, ele os relacionou a distúrbios na visão, deficiência intelectual e convulsões, desde então os fatores de risco gestacionais foram indagados por Freud, ele acreditava que os motivos dessas crianças apresentarem anormalidades funcionais poderiam ser por causas pré-natais ou por fatores etiológicos.

Agora adentrando no conceito de paralisia cerebral, Monteiro (2011) a conceitua como manifestações anormais em crianças que apresentavam dificuldades para realizar movimentos comuns aos de crianças que iniciam o primeiro ano de vida. A suspeita desses sintomas deu origem aos mais variados estudos sobre esta questão, porém o termo paralisia cerebral só foi reconhecido após Sigmund Freud relacionar os sinais e sintomas a outros fatores como a gestação de risco e más condições de acompanhamento durante a gestação.

Mancini, *et. al.*, (2004) também conceitua a paralisia cerebral como encefalopatia crônica não progressiva da infância, que é uma doença grave e irreversível, porém classificada de várias formas de acordo com o comprometimento neuromotor. É caracterizada por uma lesão no cérebro que afeta o sistema nervoso central e principalmente os músculos, comprometendo a coordenação motora, impedindo que ela realize movimentos básicos como os da higiene pessoal, alimentação e transporte e em alguns casos também podem dificultar a fala, deixando o indivíduo total ou parcialmente dependente de cuidados.

Monteiro (2011) define também a paralisia cerebral, da mesma forma que os autores mencionados anteriormente, afirmando ser essa enfermidade como um grupo de desordem que afeta o sistema nervoso central e causa prejuízos permanentes ao desenvolvimento da criança, retardando e comprometendo sua função motora e atividades diárias.

Mancini, *et. al.,* (2004), traz em seus estudos algumas características que podem ocasionar a paralisia cerebral e afirma que esta doença pode estar relacionada a problemas gestacionais bem como a falta de cuidados durante a gestação, ausência de pré-natal e desnutrição ou subnutrição materna que na maioria das vezes propicia uma imaturidade gestacional fazendo com que a criança nasça antes do tempo (a termo). Acredita-se que a prematuridade seja o motivo principal de crianças nascerem com paralisia cerebral, uma vez que seu sistema nervoso central ainda está em formação, podendo afetar o desenvolvimento neurológico e interferir nos movimentos voluntários comprometendo a postura e o desempenho funcional da criança.

A paralisia cerebral é uma doença multifatorial, que está relacionada a fatores pré- natais, perinatais e pós-natais que acomete o sistema nervoso central. Pode ter várias classificações, entre elas são citadas a displasia espástica, discinética, atáxica, hipotônica e formas mistas de acordo com o comprometimento neuromuscular acusando anormalidades no tônus muscular ou do movimento. O diagnóstico de paralisia cerebral pode ser dificilmente encontrado devido aos vários sinais e sintomas da doença, e é necessário o auxílio de um profissional pediatra e vários exames para se chegar a um

diagnóstico preciso, porém sabe-se que é a partir do segundo ano de vida da criança que se podem diferenciar os tipos e a evolução da doença (MARANHÃO, 2005).

Coutinho, *et. al.,* (2015) defendem que mesmo com limitações e dependências, as crianças encefalopatas não devem ser tratadas como doentes e nem como incapazes, mas sim como indivíduos que necessitam de cuidados especiais no seu dia a dia.

3.2 A DISFAGIA E SUA RELAÇÃO COM A NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

Adentrando no assunto acerca dos problemas neuromotores de crianças acometidas com paralisia cerebral, Leite e Prado (2004) afirmam que o encefalopata pode apresentar distúrbios relacionados à deglutição e desenvolver disfagias que se não tratada da forma apropriada pode agravar o estado nutricional da criança ou adolescente.

Segundo Aurélio, Genaro e Macedo Filho (2002) possuem o mesmo entendimento ao afirmar que crianças com paralisia cerebral sofrem distúrbios em seu desenvolvimento e tem mais de 50% de chances de manifestar problemas de deglutição, as consequências dessas disfagias podem piorar o estado geral destas crianças levando a problemas de saúde grave acarretando em desnutrição, desidratação e doenças respiratórias.

De acordo com Lucchi, *et. al.,* (2009), as crianças disfágicas devido à paralisia cerebral não conseguem ter controle do alimento em sua boca ou não conseguem fazê-lo chegar até o estômago e isso pode causar complicações ao quadro geral, tais como bronco aspiração, dificuldades respiratórias, desnutrição proteica calórica, acúmulo de secreção, pneumonias e outras.

Gerais (2008, p.11) também aborda em seus estudos acerca da disfagia e a conceitua como um distúrbio do sistema digestório comum em indivíduos com paralisia cerebral apesar de se manifestar em diversas outras enfermidades. A disfagia está ligada à dificuldade de deglutição e o comprometimento da função motora oral (FMO).

A disfagia quando não tratada precocemente pode agravar o quadro clínico do indivíduo, sendo assim é necessário cuidado logo após o diagnóstico, adequando à dieta ofertada ás necessidades do indivíduo prevenindo desidratação e desnutrição e evitando o óbito do mesmo (MACEDO FILHO; GOMES; FURKIM, 2000).

Fraga (2015) afirma que se pode classificar a disfagia de acordo com o grau de comprometimento do tubo digestório. Quando há uma incapacidade de alimentação por via oral a disfagia é avaliada como

muito grave. Se houver incapacidade de alimentar-se com dietas de consistência normal associada à administração de dietas enteral a disfagia é avaliada apenas como grave, porém se a disfagia permite deglutição de alimentos de consistência modificada, pode ser avaliada como moderada. Indivíduos que se alimentam com dietas semi-sólidas, amassadas ou umidificadas são avaliados com disfagia leve/moderada e os que se alimentam com alimentos sólidos normais, mas precisam de um tempo maior para se alimentar é avaliado como disfagia leve.

A alimentação de crianças com paralisia cerebral é um fator preocupante quando analisada em várias literaturas, pois como é uma condição que prejudica a função neurológica agredida por lesões, na maioria das vezes grave, torna-se dificultoso o cuidado e perigoso o estado nutricional de cada criança. (AURELIO; GENARIO; MACEDO FILHO, 2002; BORGES, 2004; MANCINI *et al,* 2002).

Paixão (2012) afirma que a disfagia promove alteração não só no sistema digestório, mas quando não tratada de forma adequada pode acarretar em desafios para a saúde, pois sem a devida alimentação o risco de desnutrição e desidratação do indivíduo ficam comprometidos, além disso, a disfagia interfere na palatabilidade do alimento e no convívio social uma vez que o indivíduo disfágico tem dificuldades para se alimentar em sociedade.

Os sintomas da disfagia podem ocasionar desnutrição devida a baixa ingestão de alimentos e menor ingestão de nutrientes necessários para energia e manutenção do peso, logo o suporte nutricional se faz necessário para garantir que o indivíduo seja orientado sobre sua alimentação adequada em consistência e qualidade desde o início do tratamento. Como consequência da baixa ingestão alimentar nota-se alteração no índice de massa corpórea do indivíduo. Por isso uma avaliação do estado nutricional e intervenção precoce se fazem necessário a indivíduos disfágicos (CHAVONI; SILVA; RAMOS, 2014).

As dietas ofertadas às crianças com paralisia cerebral podem não estar adequadas as suas necessidades nutricionais, isso implica em riscos de engasgos e aspiração durante as refeições, por isso se faz necessário orientações sobre qual dieta é mais adequada para cada tipo de paralisia cerebral, certificando-se que a consistência esteja adequada e que a criança receba o necessário para seu desenvolvimento (ABANTO *et al.,* 2009; VIVONE *et al.,* 2007).

3.3 A TERAPIA NUTRICIONAL E O PAPEL DO NUTRICIONISTA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS ACOMETIDAS COM PARALISIA CEREBRAL

Oliveira, *et. al.,* (2005) afirma que durante algum tempo a nutrição não era reconhecida pelos profissionais de saúde como aliada da recuperação de doenças sendo negligenciada a sua importância, com isso o processo de recuperação do indivíduo tornava-se custoso, pois era difícil associar a carência nutricional às demais enfermidades.

Weffort (2013) complementa o entendimento de Oliveira ao expor que a nutrição desenvolve importante papel na formação neurológica de uma criança, principalmente durante a gestação, isso reflete até a vida adulta, por isso o Ministério da Saúde enfatiza sobre a necessidade de se alimentar a criança de forma adequada desde a primeira infância começando pelo aleitamento materno.

Costa (2015) caracteriza a terapia nutricional como tratamento fundamental ao indivíduo disfágico. A intervenção é necessária na prevenção de aspiração e sufocação do mesmo, sendo assim a melhor forma de se conseguir tal resultado são adequando a dieta as suas necessidades, para que o indivíduo possa recuperar e/ou manter seu estado nutricional.

A terapia nutricional é uma ferramenta importante no tratamento de disfagias em crianças com paralisia cerebral, pois através da modificação de consistências alimentares é possível que a crianças tenha bons resultados já que a adequação da dieta facilita à alimentação e evita a desnutrição causada pela insuficiência de alimentos ingeridos (ISOSAKI; OLIVEIRA, 2009; MOURA *et al.,* 2012).

Deficiências nutricionais podem trazer prejuízos permanentes à saúde mental de indivíduos, quando há carência nutricional em longo prazo, uma vez que desencadeiam perturbação na organização neural e promovem alteração nas funções neurais básicas afetando também os sentidos mais importantes do corpo humano. Quando o cérebro é submetido a privações nutricionais tende a responder de forma negativa, pois interfere nas informações de comando dos músculos e nervos. O cérebro sob condições de alterações nutricionais como a desnutrição precoce reflete em consequências da infância até a vida adulta. (GUEDES; MELO; TEODÓSIO, 2004).

Guedes, Melo e Teodósio (2004) continuam sua explanação afirmando que é preciso que o corpo humano seja bem nutrido desde a fase gestacional, pois mesmo quando se atinge a maturidade as sequelas de uma má alimentação são evidentes. O ser humano necessita de nutrição adequada e de alto valor biológico e quando há nutrição inadequada os impactos cerebrais não podem ser revertidos

ou melhorados, sendo assim torna-se necessária alimentação equilibrada com nutrientes essências que exerce importância sob os comandos cerebrais desde a vida intra-uterina.

Nunes (2001) concorda com o a Organização mundial da Saúde (OMS) quando enfatiza que a desnutrição é uma das causas de maior mortalidade no Brasil, seja por ingestão insuficiente de alimentos ou por inadequação de calorias na dieta. Segundo ele a desnutrição promove alteração em algumas regiões do sistema nervoso central.

A desnutrição tem bastante relatividade com a disfagia, pois o indivíduo disfágico ingere baixa quantidade de nutrientes. A desnutrição promove a perda de peso e desidratação, sendo assim é necessária uma intervenção nutricional dietética tanto na consistência do alimento, quanto na adequação de nutrientes para que o indivíduo possa ter mais facilidade de deglutição e maior ingestão da dieta, auxiliando na melhora do seu estado nutricional (SILVA; IKEDA, 2009). A desnutrição também pode levar a distúrbios metabólicos e afeta a resposta imunológica deixando o indivíduo vulnerável a infecções e promovendo o desequilíbrio eletrolítico (MARANHÃO, 2005).

Em um estudo realizado por Caram, Morcillo e Pinto (2010) ficam evidenciados que os distúrbios da deglutição são os principais causadores do agravo nutricional em crianças com paralisia cerebral e que os movimentos involuntários da espasticidade demandam muito gasto energético, pois o metabolismo encontra-se sempre acelerado.

Esses distúrbios de deglutição acarreta uma demanda maior de tempo no processamento dos alimentos na boca, aumentando também o gasto energético durante a mastigação. Essa demanda metabólica e o tempo gasto com a mastigação do alimento consequentemente levam a desnutrição e mau desenvolvimento da estatura gerando retrocesso no estágio de crescimento (LUSTRE; FREIRE; SILVÉRIO, 2013).

De acordo com Souza *et al.,* (2011) a desnutrição está relacionada com problemas na alimentação devido a distúrbios frequentes no processo alimentar e que a gravidade da paralisia cerebral é que promove o aumento destes sintomas gerando perda de peso progressiva. A desnutrição na paralisia cerebral pode estar associada a vários fatores alguns deles são o aumento do metabolismo e quantidade insuficiente de alimentos ingeridos, sendo assim é importante que o indivíduo com paralisia cerebral tenha um acompanhamento do estado nutricional, pois a alimentação é um indispensável fator para o crescimento e desenvolvimento de indivíduos com alteração neurológica.

O nutricionista exerce importante papel no tratamento de disfagias, pois é ele quem decide a consistência, qualidade e quantidade de alimentos oferecidos de acordo com as comorbidades do disfágico. Sabe-se que a disfagia causa prejuízos a manutenção do estado nutricional do indivíduo, portanto a terapia nutricional se faz importante, pois trata e previne distúrbios decorrentes deste problema clínico. A terapia nutricional pode garantir que a dieta atenderá ao grau de disfagia e será modificada e nutricionalmente adequada, diminuindo os riscos e reduzindo as movimentações orais, por isso é importante entender que a modificação da dieta influencia na aceitação e melhora a qualidade de vida do indivíduo (FRAGA, *et al.,* 2015).

Através de uma alimentação balanceada e equilibrada nutricionalmente, é possível proporcionar recuperação aos pacientes, pois a alimentação é um importante direito de todo indivíduo principalmente aqueles com privação de movimentos voluntários (GARCIA, 2006).

As doenças intelectuais como a paralisia cerebral, pode ocasionar em dificuldades na absorção de nutrientes devido à disfagias neurogênicas e ao metabolismo das crianças. Sendo assim verifica-se a necessidade de cuidados nutricionais individualizado das mesmas, pois cada criança tem um tipo de paralisia ou mobilidade diferente, portanto as dietas ofertadas devem estar adequadas ao grau de paralisia cerebral e de demanda nutricional de cada um, pois somente desta forma é possível melhorar a ingesta alimentar destes indivíduos, proporcionando-lhes mais nutrição e qualidade de vida (MOURA *et al.,* 2012).

O cérebro em desenvolvimento precisa ser nutrido de forma completa por que é ele quem comanda todo o corpo. Quando acontece privação alimentar durante a gestação, o desenvolvimento cerebral assim como os demais órgãos, ficam comprometidos. Vitaminas e minerais são necessários para uma boa nutrição cerebral e algumas delas têm funções especificas para esta área e a carência pode causar retardo em longo prazo (GUEDES; MELO; TEODÓSIO, 2004; WEFFORT, 2013).

Clara (2009) relata que o nutricionista é o profissional habilitado ao tratamento de deficiências nutricionais, pois utiliza ferramentas de auxílio a desnutrição e prevenção de problemas associados. É o nutricionista quem avalia o estado nutricional do indivíduo e promove intervenções adequadas de acordo com as necessidades dos mesmos. É dele também a responsabilidade de orientar aos familiares sobre os métodos de preparo e manipulação de alimentos em casa levando em consideração as dificuldades do doente.

4. CONCLUSÃO

A alimentação e nutrição em portadores de paralisia cerebral é um fator muito importante, já que os mesmos necessitam de uma atenção maior. Como os indivíduos com paralisia cerebral não se alimentam sozinhos, é difícil identificar suas preferências. Na maioria das vezes não atingem os valores recomendados de nutrientes, podendo levar a carências nutricionais e consequentemente a dificuldades no tratamento.

Com base na pesquisa realizada, chegou-se à conclusão de que as doenças neurológicas, em especial a paralisia cerebral, causam transtornos metabólicos e prejuízos para o indivíduo. A paralisia cerebral é uma doença irreversível, porém não progressiva que pode causar danos cerebrais em crianças no período gestacional e pós-gestacional, há também fatores que podem contribuir para que a lesão cerebral ocorra durante o parto. Esses fatores podem ser genéticos ou por falha no processo de oxigenação do feto no momento do parto.

A criança com paralisia cerebral necessita de acompanhamento de uma equipe médica multidisciplinar, precisa de avaliação por completo, já que a lesão pode gerar distúrbios generalizados envolvendo a fala, a composição corporal e neuromuscular. Um dos maiores problemas de crianças e adolescentes com paralisia cerebral, é a dificuldade de se alimentar devido às falhas na função motora oral e intensa espasticidade. Além destes fatores, há também prejuízos por conta da baixa ingestão alimentar, causando déficit nutricional da dieta, que aliado ao intenso metabolismo de portadores de paralisia cerebral, ocasiona sua perda de peso e acarreta em desnutrição proteico calórica.

Por fim, vale ressaltar que o profissional nutricionista tem muito a contribuir, tanto para cuidar da alimentação, quanto para poder avaliar o estado nutricional de cada paciente com paralisia cerebral com o objetivo de ter um controle do estado nutricional e realizar melhorias. O ideal para esses pacientes seria a educação nutricional, com a promoção de ações que envolvam familiares e cuidadores, para que seja compreendido como lidar e respeitar as escolhas de cada indivíduo e poder realizar modificações para melhorar a qualidade de vida de cada paciente com paralisia cerebral.

A educação nutricional promovida pelo nutricionista para esses pacientes é de extrema importância, pois, realizará um estímulo para obter uma alimentação adequada e saudável. Logo, melhorará o seu desempenho, o tratamento e diminuirá os riscos de carências nutricionais na infância, melhorando assim a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABANTO, Jenny et al. Avaliação dos hábitos alimentares de interesse odontológico em crianças com paralisia cerebral. J. Health Sci. Inst, v. 27, n. 3, 2009.

AURÉLIO, Sandra R.; GENARO, Kátia F.; FILHO, Evaldo D. Macedo. Análise comparativa dos padrões de deglutição de crianças com paralisia cerebral e crianças normais. Rev. Bras. Otorrinolaringol. v. 68, n. 2, p. 167-73, 2002.

BORGES, Maria Beatriz Silva; GALIGALI, Amanda Torrezan; ASSAD, Raquel Aboudib. Prevalência de distúrbios respiratórios em crianças com paralisia cerebral na clínica escola de fisioterapia da Universidade Católica de Brasília. Fisioter. mov, v. 18, n. 1, p. 37-47, 2005. CARAM, Ana Lúcia Alves; MORCILLO, André Moreno; PINTO, Elizete Aparecida Lomazi da Costa. Estado nutricional de crianças com paralisia cerebral. Rev. Nutr., v. 23, n. 2, p.

211-219, 2010.

CHAVONI, Renata Carolyne; SILVA, Patrícia Blasco; RAMOS, Gyl Henrique Albrecht. Diagnóstico nutricional de pacientes do serviço de cabeça e pescoço e sua relação com a disfagia em um hospital oncológico do Paraná. Rev. bras. cir. cabeça pescoço (Online), v. 43, n. 1, p. 35-41, 2014.

CLARA, Maria da Conceição Garcez. Evolução do estado nutricional num doente com disfagia no pós-AVC, 2009.

COUTINHO, Katia Aparecida Andrade et al. O cuidado domiciliar de familiares frente à alimentação da criança com encefalopatia. Revista Enfermagem UERJ, v. 23, n. 3, p. 318- 323, 2015.

COSTA, Claudynei Candido et al. O que é Disfagia- Curso de Disfagia – Coordenação e Organização, Comissão Científica do Serviço de Otorrinolaringologia do HC-UFG, 2015. FRAGA, Letícia de Menezes et al. Aspectos da Disfagia. 2015.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. Rev. Nutr. , v. 19, n. 2, p. 129-144, 2006.

GERAIS, Minas; HORIZONTE, Belo. Prevalência e características da disfagia em pacientes pediátricos atendidos pelo serviço de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

GUEDES, Rubem Carlos Araújo; ROCHA-DE-MELO, Ana Paula; TEODÓSIO, Naíde Regueira. Nutrição adequada: a base do funcionamento cerebral. Ciência e cultura, v. 56, n. 1, p. 32-35, 2004.

ISOSAKI, M. Cardoso, OLIVEIRA, A.E. De. Manual de dietoterapia e avaliação nutricional: Serviço de Nutrição e dietética do Instituto do Coração- HCFMUSP, 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

LEITE, J. M. R. S.; PRADO, Gilmar F. Paralisia cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos. Revista Neurociências, v. 12, n. 1, p. 41-45, 2004.

LUCCHI, Carla et al. Incidência de disfagia orofaríngea em pacientes com paralisia cerebral do tipo tetraparéticosespásticos institucionalizados. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia, 2009. LUSTRE, Natali da Silva; FREIRE, Talita Regina Bezerra; SILVÉRIO, Carolina Castelli.

Medidas de tempo de trânsito oral em crianças com paralisia cerebral de diferentes níveis motores e sua relação com o grau de severidade para disfagia. Audiol.,Commun. res, v. 18, n. 3, p. 155-161, 2013.

MACEDO FILHO, Evaldo Dacheux de; GOMES, Guilherme F.; FURKIM, Ana Maria.

Manual de cuidados do paciente com disfagia. Lovise, 2000.

MANCINI, Marisa C. et al. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional.

Rev.Bras.Fisioterapia, v. 8, n. 3, p. 253-260, 2004.

MARANHÃO, Március Vinícius M. Anestesia e paralisia cerebral. Rev.Bras.Anestesiol, v. 55, n. 6, p. 680-702, 2005.

MONTEIRO, Carlos Bandeira de Mello. Realidade virtual na paralisia cerebral, 2011. MOURA, Adriane Brandt de et al. Perfil nutricional de crianças e adolescentes com deficiência intelectual. 2012.

NUNES, Magda Lahorgue. Desnutrição e desenvolvimento neuropsicomotor. Jornal Pediátrico (Rio Janeiro), v. 77, n. 3, p. 159-60, 2001.

OLIVEIRA, Ana Flávia de et al. Evolução nutricional de crianças hospitalizadas e sob acompanhamento nutricional. Rev. Nutr., v. 18, n. 3, p. 341-348, 2005.

PAIXÃO, Carina Teixeira; SILVA, Lolita Dopico da; CAMERINI, Flavia Girson. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste Rev. Rene, v. 11, n. 1, 2012.

ROTTA, NewraTellechea. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. Jornal de pediatria, v. 78, n. 1, p. 48-54, 2002.

SILVA, Rudney da; SILVA, Gabriel Pires. Características antropométricas e nutricionais de pessoas com deficiência mental. Fitness & performance journal, n. 2, p. 130-135, 2009.

SOUZA, Karina EmiShigekawade; et al. Classificação do grau de comprometimento motor e do índice de massa corpórea em crianças com paralisia cerebral. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 21, n. 1, p. 11-20, 2011.

VIVONE, Graziela Pacheco et al. Análise da consistência alimentar e tempo de deglutição em crianças com paralisia cerebral tetraplégica espástica. Rev. CEFAC, v. 9, n. 4, p. 504-11, 2007.

WEFFORT, Virgínia Resende Silva. Importância da nutrição adequada na primeira infância. Pediatr. Mod., v. 49, p. 201-4, 2013.

Capítulo 16

10.37423/220606123

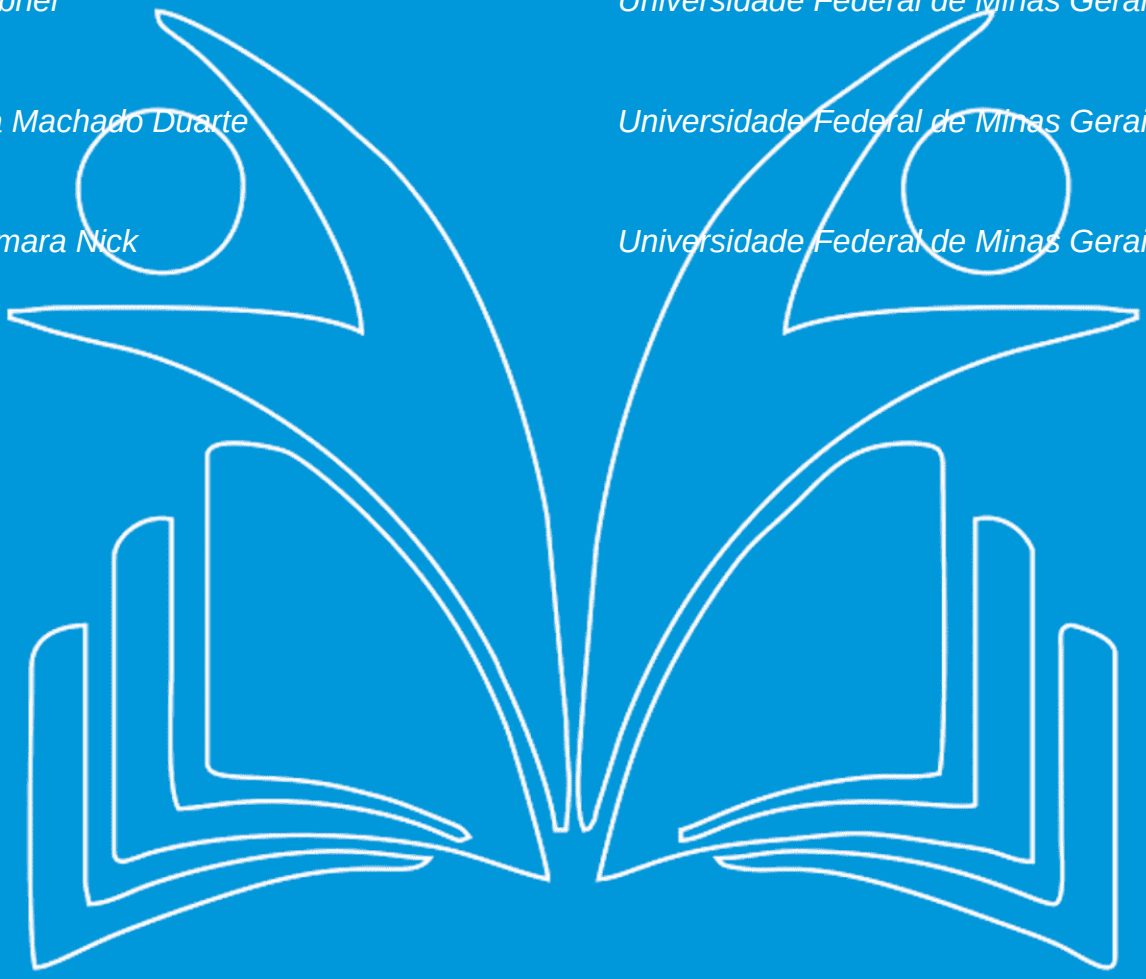
ANÁLISE DAS VIBRAÇÕES EMITIDAS POR UM DISPOSITIVO DE COMUNICAÇÃO PARA PESSOAS SURDOCEGAS

Taciana Ramos Luz — *Universidade Federal de Minas Gerais*

Rudolf Huebner — *Universidade Federal de Minas Gerais*

Maria Lúcia Machado Duarte — *Universidade Federal de Minas Gerais*

Herbert Câmara Nick — *Universidade Federal de Minas Gerais*



Resumo: *O Dispositivo de Comunicação para Pessoas Surdocegas envolve o acionamento manual de teclas e a recepção de vibrações pelos dedos. Para a prevenção dos efeitos deletérios decorrentes da exposição a vibração após o uso prolongado desse dispositivo, o objetivo deste trabalho é verificar se seu uso contínuo poderá gerar a síndrome de Raynaud, também chamada de Síndrome do Dedo Branco. Uma amostra de sete pessoas surdocegas testaram o protótipo do dispositivo e as vibrações que foram transmitidas para seus dedos foram mensuradas por um acelerômetro triaxial durante um período de 10 dias, 2 horas por sessão. Em todas as situações, os dados obtidos estão dentro dos limites aceitáveis estabelecidos pelas normas internacionais de saúde e segurança sobre o risco físico de vibração. Portanto, foi possível demonstrar que a tecnologia proposta não é prejudicial aos usuários e pode ser usada com segurança a longo prazo.*

Palavras-chave: Vibração, Síndrome De Raynaud, Tecnologia Assistiva

1. INTRODUÇÃO

A surdocegueira é uma deficiência única, na qual há a combinação de perdas auditivas e visuais em diferentes graus, limitando assim o acesso à informações que obrigatoriamente envolvem o uso da visão e da audição. Consequentemente, tais indivíduos demandam tecnologias assistivas que atendam às suas especificidades comunicacionais. Desde a década de 80, várias interfaces foram desenvolvidas, a maioria delas são projetos de luvas, que, de certa forma, apresentam risco de desconexão e ocupam ambas as mãos (JAFFE, 1994; KRAMER e LEIFER, 1988; LLORACH TÓ, 2013; CAPORUSSO, 2008; GOLLNER, BIELING e JOOST, 2012; OZIOKO et.al, 2017). Outros produtos no mercado fazem uso de amplificação de letras ou aprimoramento de volume de sintetizadores de fala, o que requer algum grau de visão e audição.

O Dispositivo de Comunicação para Pessoas Surdocegas desenvolvido neste trabalho visa a comunicação entre duas pessoas com surdocegueira parcial ou total, ambos utilizando o dispositivo, ou entre um surdocego e outra pessoa que não possua surdocegueira, que poderá usar um aplicativo via *smartphone*. O funcionamento ocorre por intermédio do acionamento de dez teclas para emissão de combinações de letras e números e recepção por sinais vibratórios, conforme a Figura 1.



FIGURA 1. Protótipo do dispositivo de comunicação para pessoas surdocegas. Fonte: Autores (2020)

A segurança faz parte do processo de desenvolvimento do produto e devido à utilização de vibrações que serão propagadas para os dedos, neste estudo, será avaliado se a utilização prolongada desse dispositivo pode levar ao desenvolvimento da síndrome de Raynaud.

A síndrome de Raynaud é uma condição que afeta os vasos sanguíneos principalmente dos dedos das mãos e dos pés (por este motivo, também é conhecida como síndrome do dedo branco). Sabe-se que essa síndrome está relacionada com o uso de ferramentas vibratórias e que a condição pode ser agravada em ambientes de baixas temperaturas (MOREIRA FILHO e KREPKER DE OLIVEIRA, 2015).

A exposição à vibração da mão e do braço em função da concentração, intensidade e tempo de exposição de dispositivos portáteis podem causar danos à saúde caso não estejam dentro dos critérios de exposição segura descritos na ISO 5349-1: 2001 (ISO 5349-1:2001, 2001) e Diretiva Europeia 2002/44 / CE (DIRECTIVE2002/44/CE., 2002). Essa exposição à vibração da mão e do braço pode afetar os vasos sanguíneos, nervos, ossos, articulações, músculos ou tecidos conjuntivos da mão e do antebraço (NETO e DUARTE, 2015).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A participação na atividade experimental foi voluntária e os indivíduos envolvidos preencheram um questionário de anamnese e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 09925612.9.0000.5149). Este documento possui informações sobre os procedimentos a serem realizados no experimento, bem como a finalidade para a qual esta pesquisa é realizada. O voluntário tinha o direito de participar ou interromper os testes a qualquer momento, de acordo com seu desejo.

Os critérios de inclusão foram: ser surdocego de grau leve a avançado, ser alfabetizado e ter sensibilidade íntegra nas extremidades dos dedos. O teste de sensibilidade dos dedos foi feito com monofilamentos da marca Semmes-Weinstein que possuem uma escala tátil de percepção de sensibilidade, pois consistem em um conjunto padronizado de filamentos de nylon, todos de comprimento e diâmetro variados (MOREIRA e ALVAREZ, 1999). Para que o participante da pesquisa possa emitir informações sobre a sensibilidade a vibração, é necessário que haja sensibilidade íntegra nas extremidades dos dedos. Na figura a seguir, é demostrado o teste de sensibilidade usando o monofilamento em um dos membros da amostra.



FIGURA 2. Teste com monofilamento Semmes-Weinstein. Fonte: Autores (2020)

Foi detectado que todos os voluntários possuíam sensibilidade normal. Dos voluntários, 29% são do sexo feminino e 71% do sexo masculino. Desses, 67% do grupo feminino tem ensino médio, onde 100% do grupo masculino tem apenas o ensino fundamental.

Para a parte experimental da pesquisa, foram utilizados os seguintes equipamentos:

- Protótipo do dispositivo de comunicação para pessoas surdocegas que consiste em dez botões com motores de vibração de 183,33 Hz e uma placa de circuito eletrônico com comunicação Bluetooth.
- Um acelerômetro triaxial portátil modelo Delta Tron 4524-B-001 da fabricante Brüel & Kjær.
- Um analisador de sinal dinâmico PHOTON II do fabricante LDS-Dactron.
- Um Dell Latitude E6430 I5 notebook HD de 8Gb 320gb com software IBM SPSS Statistics.

A figura a seguir mostra o posicionamento do acelerômetro triaxial no dedo de um dos membros da amostra:



FIGURA 3. Posicionamento do acelerômetro triaxial. Fonte: Autores (2020)

A Diretiva Europeia 2002/44/CE estabelece o valor de 2,5 m/s² como valor de nível de ação para exposição à vibração da mão e do braço e o valor de 5,0 m/s² como limite de exposição por um tempo de exposição de 8 horas (DIRECTIVE 2002/44/CE., 2002).

O padrão ISO 5349-1:2001 define que o método de medição da exposição aos níveis de vibração transmitidos à mão e ao braço deve ser analisado por aceleração ponderada nos três eixos ortogonais na faixa de um terço das oitavas com frequências entre 6,3 Hz e 1.250 Hz. A vibração é medida por instrumentos ligados a um transdutor de aceleração ou acelerômetro, que deve seguir as especificações das ISO 8041-1: 2017, ISO 5349-1: 2001 e ISO 5349-2: 2001.

As medidas devem ser feitas ao longo dos três eixos de referência ortogonal (x, y, z). Assim, para cada um dos três eixos de referência, o valor efetivo de aceleração ponderada por frequência (a_{wx}, a_{wy}, a_{wz}) é obtido e, a partir destes, o valor total de vibração (a_{hv}) (GRIFFIN, 1990) pela equação a seguir:

$$a_{hv} = \sqrt{(a_{wx})^2 + (a_{wy})^2 + (a_{wz})^2}$$

O acelerômetro triaxial deve ser colocado com cuidado especial para respeitar a orientação dos eixos de coordenadas. A avaliação da exposição à vibração considera o tempo de exposição diária T, definido como o tempo total em que as mãos são expostas à vibração durante o desempenho de uma atividade, e T0 se trata de um tempo de referência de 8 horas (GRIFFIN, 1990), conforme equação:

$$A(8) = a_{hv} * \sqrt{\frac{T}{T_0}}$$

O Padrão estabelece valores diários de exposição à aceleração A(8) com a estimativa esperada de que 10% das pessoas expostas à vibração da mão e do braço possam desenvolver a síndrome de Raynaud em um determinado número de anos (Dy) pela equação:

$$D_y = 31{,}8\, A(8)^{-1{,}06}$$

Sendo *D*y a duração total da exposição em anos necessários para que a síndrome de Raynaud ocorra em 10% das pessoas expostas e *A*(8) a aceleração de normalização para 8 horas.

Os cálculos das equações foram realizados em planilha do Excel e os resultados referentes a aceleração ponderada e o tempo de exposição diária para a avaliação da exposição a vibração foram lançados no software IBM SPSS Statistics.

3. RESULTADOS E CONCLUSÕES

Em todas as situações, os dados estão dentro dos limites aceitáveis estabelecidos pelas normas e a probabilidade do aparecimento da síndrome de Raynaud foi maior do que a expectativa de vida relatada nas Estatísticas Mundiais de Saúde 2019, onde, com base nos recentes riscos de mortalidade, os homens viverão em média 69,8 anos e as mulheres 74,2 anos (Organização Mundial da Saúde, 2019). O resultado das estimativas para o desenvolvimento da síndrome de Raynaud para cada dedo

dos voluntários é mostrado na Figura 4 e demonstra que para que 10% dos indivíduos apresentem a doença, são necessários cerca de 500 anos, ou seja, cerca de 7,5 vezes a expectativa de vida mundial, para ambos os sexos. Portanto, conclui-se que o dispositivo é seguro para uso diário.

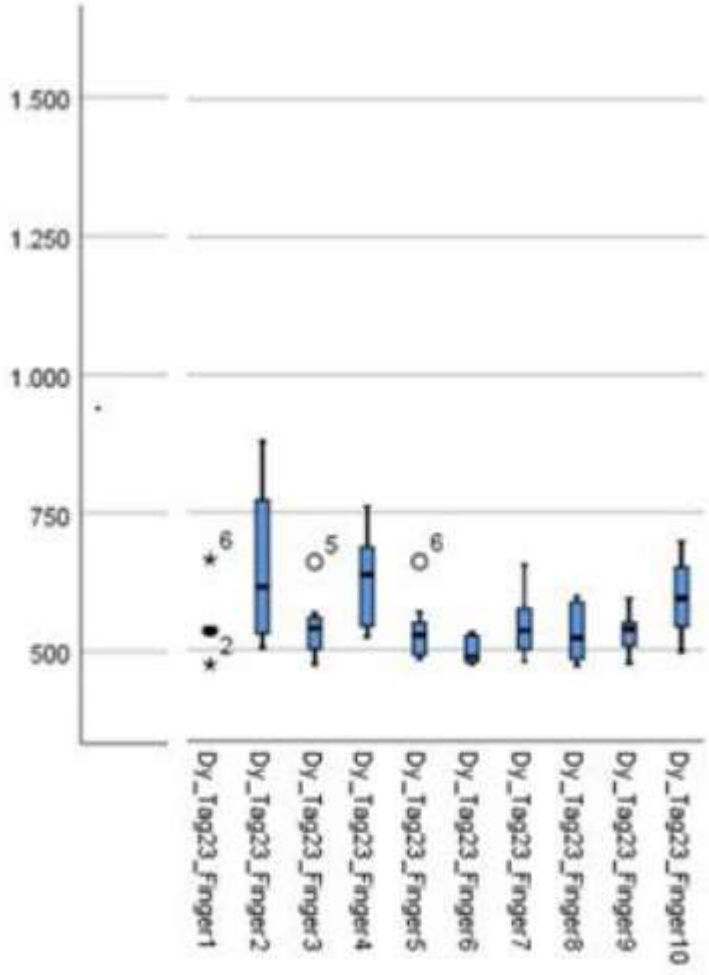


FIGURA 4. Estimativas em anos estimativas para o desenvolvimento da síndrome de Raynaud para cada dedo dos voluntários . Fonte: Autores (2020)

Ao desenvolver qualquer tipo de tecnologia, é importante verificar todas as interfaces para que tal dispositivo, apesar de ser a solução para um determinado problema, não gere outro e cause interrupção na vida do usuário. O dispositivo de comunicação para surdocegos desenvolvido neste trabalho não causou nenhum estresse adicional aos usuários e pode ser empregado com segurança em relação aos níveis de vibração utilizados.

REFERÊNCIAS

CAPORUSSO, N. A Wearable Malossi Alphabet Interface for Deafblind People. AVI'08 Proceedings of the working conference on Advanced visual interfaces, 2008.

DIRECTIVE 2002/44/EC:2002. O Parlamento Europeu e o Conselho de 25 de Junho de 2002 sobre os requisitos mínimos de saúde e segurança relativos à exposição dos trabalhadores aos riscos decorrentes de agentes físicos (vibração), 2002.

GOLLNER, U; BIELING, T; JOOST, G. Mobile Lorm Glove: introducing a communication device for deaf-blind people. In: Proceedings of the sixth international conference on tangible, embedded and embodied interaction. ACM, 2012.

GRIFFIN, M. Handbook of Human Vibration. 1st ed. Londres: Academic Press Limited, 1990.

ISO 5349-1:2001. Vibração mecânica. Medição e avaliação da exposição humana à vibração transmitida à mão – Parte1: Requisitos gerais. [Online] Organização Internacional para Padronização, 2001.

ISO 5349-2:2001. Vibração mecânica - Medição e avaliação da exposição humana à vibração transmitida à mão - Parte 2: Orientação prática para medição no local de trabalho. [Online] Organização Internacional para Padronização, 2001.

ISO 8041-1:2017. Resposta humana à vibração, instrumentação de medição, parte 1: Medidores de vibração de propósito geral. [Online] Organização Internacional para Padronização (1), 2017.

JAFFE, D.L. Evolution of mechanical fingerspelling hands for people who are deaf-blind. Journal of Rehabilitation Research and Development v. 31, n. 3, 1994.

KRAMER, J.; LEIFER, L. The Talking Glove. ACM SIGCAPH Computers and the Physically Handicapped, issue 39, 1988.

LLORACH TÓ, G. Gesture Recognition and Interaction with a Glove Controller: An Approach with a Glove Based on Accelerometers. Electronic Music Unit, Elder Conservatorium University of Adelaide, 157p. Australia, 2013

MOREIRA, D.; ALVAREZ, R.R.A. Utilização de monofilamentos da Semmes -Weisntein para avaliar a sensibilidade dos membros superiores dos pacientes da hanseníase atendidos no Distrito Federal. 24(2), pp.121-28, 1999.

MOREIRA FILHO, A.A.; KREPKER DE OLIVEIRA, V. Síndrome de Raynaud: como ela é? Abcmed, 2015. Disponível em: <http://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/755392/sindrome-de-raynaud-comoela e.htm>. Acesso em: 6 mai. 2020.

NETO, L.; DUARTE, M.L.M. Efeitos da vibração no humano durante o ciclismo: avaliação da vibração do braço da mão. 23º Congresso Internacional de Engenharia Mecânica da ABCM, 2015.

OZIOKO, O., TAUBE, W., HERSH, M. AND DAHIYA, R. SmartFingerBraille: A Tactile Sensing and Actuation Based Communication Glove for Deafblind People. In: IEEE 26th International Symposium on Industrial Electronics, pp. 2014-2018. Edinburgo, 2017.

Capítulo 17

10.37423/220606148

OS DESAFIOS E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE AO PRESTAR UMA ASSISTÊNCIA A SAÚDE PRISIONAL

Debora Silva dos Santos — *Universidade Estadual do Tocantins-UNITINS*

Maikon Chaves de Oliveira — *Universidade Luterana do Brasil- ULBRA*

Patrícia Morais da Silva — *Universidade Estadual do Tocantins-UNITINS*

Emilly Matias Souza Vieira — *Universidade Estadual do Tocantins-UNITINS*

Danielle Silva Amorim — *Universidade Estadual do Tocantins-UNITINS*

Bruna Santos da Silva — *Universidade Estadual do Tocantins-UNITINS*

Tessy Dias de Araujo — *Universidade Estadual do Tocantins-UNITINS*

Lílian Natália Ferreira de Lima — *Universidade Estadual do Pará -UEPA*

Renata de Sá Ribeiro — *Faculdade do Bico do Papagaio -FABIC*

Yatha Anderson Pereira Marciel — *Faculdade Santa Maria de Cajazeiras -FSM*

Resumo: Introdução: O sistema prisional passou por inúmeras transformações até os dias atuais, contudo, mesmo com as alterações ocorridas durante os prolongados séculos de subsistência do modelo penitenciário, poucos foram os progressos. Se estabelecendo desafios por parte dos profissionais da saúde em atender esses pacientes, complicando assim, a assistência aos privados de liberdade na sociedade. **Objetivos:** identificar as principais dificuldades encontradas por estes profissionais ao prestarem assistência aos apenados; conhecer o perfil socioeconômico dos profissionais que atuam na saúde prisional; averiguar se os profissionais passaram por capacitações para trabalhar com a saúde prisional; e também verificar se o profissional da saúde tem apoio e receptividade para realizar assistencialismo dentro ou fora da cadeia pública. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de caráter qualitativo, por meio de uma observação de campo e aplicação de questionários com busca de informações acerca da real situação da assistência na saúde ofertada aos privados de liberdade. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da (UNITINS), através do parecer nº 3.846.49 em 18 de fevereiro de 2020. **Resultados:** Quanto ao perfil sócioeconômico demográfico, este estudo revelou que os profissionais da área da saúde são em sua maioria mulheres, com atuação profissional de mais de 05 anos e faixa etária entre 36 e 45 anos. Sobre a renda familiar dos profissionais, eles formam uma equipe de nível médio e superior que atendem na saúde prisional. Sendo assim, 60% do percentual com o quantitativo de 1 a 2 salários mínimos e 40% com mais de 3 salários mínimos. Quanto à capacitação para trabalhar na saúde prisional, o questionário aplicado mostrou que 60% da média não obtiveram essa formação o que evidencia a baixa qualidade desse assistencialismo. **Conclusão:** Deste modo, almejou-se alcançar através da pesquisa um conhecimento acerca dos desafios que os profissionais enfrentam, de forma a traçar métodos mais efetivos para estas dificuldades, com propostas de uma assistência ao bem-estar integral dos privados de liberdade, contribuindo assim, de maneira direta e indiretamente para a melhoria da assistência aos presidiários. Dessa maneira, esse assistencialismo deve ser fomentado de forma clara para contribuir na recuperação dos apenados de forma resolutiva, independentemente de suas condições em que se encontrem, com um olhar ao ser humano e não ao criminoso.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem, Profissionais da área da saúde, Saúde Prisional.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei de Execuções Penais (LEP) – Lei nº 7.210 de 1984, que regulamenta o cumprimento das penas restritivas de liberdade e incluem orientações detalhadas, os apenados deverão ser classificados e separados por sexo, antecedentes criminais e status legal, sejam eles condenados ou que aguardam julgamento. A mesma lei assegura alimentação, vestuário, instalações higiênicas, atendimento médico, assistência jurídica e educacional, e preservação dos direitos não atingidos pela perda de sua liberdade. (SOUZA; PASSOS, 2008).

O Ministério da Saúde (2013), em ação integrada com o Ministério da Justiça, elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que pressupõe a inserção da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) as atividades de saúde nesse sistema, ocorrem tendo também como um sinal de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, atribuindo também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela RAS.

O sistema prisional passou por inúmeras transformações até os dias atuais, contudo, mesmo com as alterações ocorridas durante os prolongados séculos de subsistência do modelo penitenciário, poucos foram os progressos. É viável evidenciar que o sistema penitenciário brasileiro sofre com abundantes condições precárias, contando com superlotação, estrutura física insalubre, alimentação inapropriada, escassez de assistência à saúde, judicial e educacional, tornando à penitenciária cada vez mais num espaço de demasiados riscos à saúde física e psíquica do presidiário. (SILVA ALBUQUERQUE, 2016).

Portanto, o enfermeiro no sistema penitenciário contribui para a produção de cuidados nas relações sociais, visando que cuidar do outro vai além da lógica dos níveis de atenção à saúde. As ações realizadas por ele, sejam elas assistenciais ou administrativas, se diversificam nas realidades extramuros, devido estar diante de uma população com necessidades diferenciadas. Diante dessas observações e pela insuficiência de produções sobre a assistência dos profissionais da área da saúde prestada aos privados de liberdade, o presente trabalho designa este estudo sobre os desafios desses profissionais ao prestarem uma assistência à saúde prisional. Assim, esta pesquisa se justifica pelos desafios por parte da maioria dos profissionais em relação à comunicação com os indivíduos, em que a assistência é realizada de forma mecânica e automática, por vezes inseguras pela autonomia

profissional, em que há rotativismo e sobrecarga dos profissionais, por falta de acessibilidade interpessoal com o paciente.

A partir desse princípio, se obteve como impulso a seguinte indagação: Quais os desafios enfrentados pelos profissionais da área da saúde ao prestar uma assistência aos privados de liberdade?

Com essa proposição, o presente estudo teve como objetivo geral: Identificar as principais dificuldades encontradas pelos profissionais ao prestar assistência à saúde prisional. E para atingir esta ação foram projetados os subsequentes objetivos específicos: Conhecer o perfil socioeconômico dos profissionais que atuam na saúde prisional; averiguar se os profissionais passaram por capacitações para trabalhar com a saúde prisional; e verificar se o profissional da saúde tem apoio e receptividade para realizar assistencialismo dentro ou fora da cadeia pública.

METODOLOGIA

Tata-se de um estudo exploratório, descritivo, qualitativo, que pesquisou profissionais da área da saúde na prestação de assistência na saúde prisional aos privados de liberdade.

Pois, segundo Gil (2008, p.41) esse método proporciona maior familiaridade do problema, a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses, tendo como base principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de instituições.

“A pesquisa bibliográfica é feita com base em documentos já elaborados, tais como livros, dicionários, enciclopédias, periódicos, como jornais e revistas, além de publicações, como comunicação e artigos científicos, resenha e ensaios críticos” (SANTOS, 2003, p.171).

Segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 169): “Pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ ou conhecimento acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou uma hipótese, que se queira comprovar [...]”.

Gerhardt e Silveira (2009, p. 31), “A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização”.

Por sua vez, a pesquisa qualitativa se trata de um estudo que tem como premissa, analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e ainda fornecendo análises mais detalhadas sobre as investigações, atitudes e tendências de comportamento. (MARCONI e LAKATOS, 2010 apud ARAÚJO 2013).

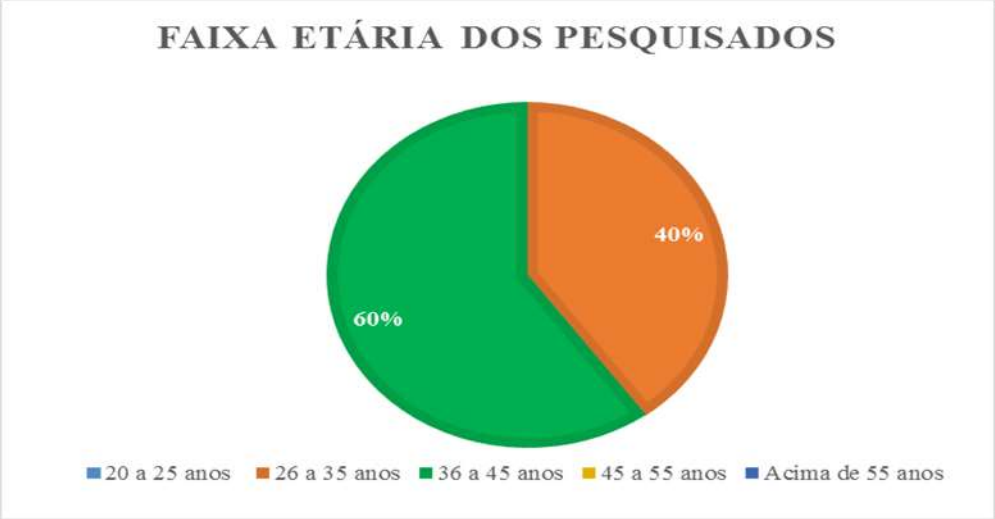
Assim, esta pesquisa aderiu caráter descritivo, que, de acordo com Gil (2008, p.42); "[...] tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis".

O presente trabalhou só foi efetuado após análise e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Tocantins, através do parecer nº 3.846.49.

RESULTADOS

Com a proposição de delinear acerca dos desafios encontrados pelos profissionais da área da saúde ao prestar assistência à saúde prisional, a presente pesquisa de campo buscou evidenciar essa temática por meio da análise de dados coletados através de questionário realizado com profissionais da saúde, que assistem apenados no município de Augustinópolis – TO.

Figura 1 - Percentual da faixa etária dos profissionais que realizam assistência à saúde prisional do município de Augustinópolis - TO



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Analisando a faixa etária dos profissionais pesquisados que atuam na saúde prisional, abrange-se que as faixas etárias entre 26 a 35 anos ocupam uma porcentagem de 40%, sendo menor que os de 36 a 45 anos, os quais totalizaram 60%, sendo assim, a maioria encontra-se em meia idade.

Conforme descreve o Conselho Federal de enfermagem (COFEN, 2011), ao realizar uma pesquisa sobre uma análise de dados dos profissionais de enfermagem nos Conselhos Regionais, os profissionais de enfermagem concentram-se na faixa etária de 26 a 55 anos, sendo que a grande maioria se encontra na faixa de 26 a 35 anos, a qual representa 35,98% do total dos profissionais de enfermagem do Brasil. As categorias profissionais de enfermeiro e técnicos de enfermagem apresentam a maior

concentração de profissionais na faixa etária de 26 a 35 anos, por sua vez, os auxiliares de enfermagem apresentam maior concentração na faixa etária de 36 a 45 anos.

Diferente do que o Conselho Federal de enfermagem mostra acima, a categoria dos profissionais de saúde nos dias atuais é de peculiaridade com atuação jovem mais ativa, mas de acordo com a presente pesquisa, os profissionais da Estratégia da Saúde da Família, possuem atuação mediana de idade, prevalecendo nesse caso a faixa etária maior entre as idades de 36 a 45 anos.

Portanto, diferente do que mostra os dados coletados na figura 03, Marqui et al., (2010) apontou em seu estudo com a relação à caracterização das equipes de ESF, a faixa etária predominante dos profissionais foi de 19 a 30 anos (38,1%), o que demonstra uma representação jovem dos profissionais que atuam na ESF.

Com relação ao estado civil como condiz na questão 3 do questionário aplicado, dos profissionais de saúde do sistema prisional, verificou-se que todos os 05 entrevistados são casados, ou seja, 100% dos pesquisados corresponde a esse percentual.

De acordo com Fernandes et al., (2010), ao realizar um estudo sobre a qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família e a relação das variáveis sociodemográficas; no que se refere ao estado civil, verificou-se na pesquisa que a maior parte dos profissionais era constituída pelos solteiros (57,8%), seguidos pelos casados ou amasiados (33,4%).

Inverso ao que o autor relacionou em sua análise, onde o número de solteiros é maior e ao que demonstra a minha coleta de dados acima, com a porcentagem de 100% maior com estado civil de casados. Indaga-se que por serem profissionais com faixa etária mediana, pressupõe que todos possuem famílias constituídas, o que descarta as outras possibilidades descritas ao realizar o questionário com os mesmos.

Já Dias et al., (2016) ao efetuar seu estudo sobre a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde, afirma na sua pesquisa, quanto às relações civis, que 09 (75 %) eram casados, 02 (16,7 %) viviam em união estável e 01 (8,3 %) era separado.

Compreende-se que há uma divergência entre os percentuais citados acima, no primeiro momento em que há maior número de estado civil solteiros e por outro lado na segunda pesquisa uma maior porcentagem de profissionais casados. Ou seja, isso enriquece e complementa os achados nessa coleta e análise de dados.

Figura 2 - Percentual da renda familiar dos profissionais que realizam assistência à saúde prisional do município de Augustinópolis – TO.



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Como mostra a figura 04, sobre a renda familiar dos profissionais, entendemos que essa disparidade salarial está relacionada com os cargos ocupados e o nível de escolaridade, visto que, eles formam uma equipe de nível médio e superior que atendem na saúde prisional. Sendo assim, 60% do percentual com o quantitativo de 1 a 2 salários mínimos e 40% com mais de 3 salários mínimos, sendo assim, fica evidente que, quanto maior o grau de escolaridade, melhor a renda salarial, lembrando que as questões salariais podem influenciar na satisfação ou não, refletindo na qualidade e desempenho do trabalho prestado.

Ao descrever sobre o trabalho educativo do enfermeiro na tática de saúde da família, Roecker, Nunes e Marcon (2013), discutem sobre a renda familiar mensal que apresentou um predomínio (11) de seis a nove salários mínimos, cinco deles com três a cinco salários e quatro com renda superior a dez salários mínimos, e a maioria (17) possuía de dois a cinco dependentes desta renda.

Diferentemente do que indica os dados segundo o autor acima, com o que indica nesse estudo, os salários dos profissionais de categoria superior fazem parte dos 40% e os de ensino mediano se incluem nos 60% dos dados coletados, conquanto, podemos notar que entre os entrevistados de maiores salários possuem ensino superior e/ou dois ou mais trabalhos.

Tratando-se da renda mensal dos profissionais, Dias et al., (2016) verificou que ao buscar um estudo sobre a qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde de uma Unidade Básica de Saúde, 03 (25 %) ganham até um salário mínimo, 03 (25 %) ganham de 01 a 02 salários mínimos, 03 (25 %) dois

a três e 03 (25 %) acima três salários mínimos. Dessa forma, pode se compreender a baixa renumeração atribuída aos profissionais de saúde.

Figura 3 - Percentual dos profissionais que trabalham na saúde prisional que passaram por capacitações para trabalharem na saúde prisional



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Ao observarmos a figura 06, podemos verificar no potencial em relação à participação na capacitação para trabalhar com a saúde prisional, 60% dos entrevistados responderam que não obtiveram essa capacitação e 40% responderam que sim. Dessa maneira, é visível como as dificuldades encontradas pelos mesmos tornam-se desafiadoras ao prestar uma assistência com maior qualidade aos privados de liberdade, isso pode ocorrer devido à ausência dessa capacitação e formação continuada, sendo que, a maioria está atuando na saúde prisional menos de 01 a 04 anos, totalizando 60% como demonstra a figura 5, sendo assim pode-se deduzir que estes profissionais são os que ainda não passaram por uma capacitação, devido serem os mais recentes na respectiva ESF.

A atuação profissional, independente do contexto de trabalho, exige que o trabalhador tenha conhecimento prévio da sua função, do ambiente laboral e da população que receberá atendimento. Constatou-se assim, a representação de uma falha de capacitação, já que, a instituição ao tentar capacitar esses servidores, a sua estratégia não contemplou efetivamente a realidade prática desses trabalhadores. A oferta direcionada de conhecimentos específicos pela instituição possivelmente resultaria em melhorias e transformações no serviço prestado, em uma velocidade muito superior àquela obtida, somente por meio da inserção do profissional no contexto (BRITO et al., 2019).

De acordo com Jesus; Oliveira e Moraes (2017), identificou na sua pesquisa sobre a capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno, de 87,0% se referiram ter feito alguma capacitação, dos quais, a grande maioria pelo treinamento da IHAC9 e 3,7% mediante outros cursos, como o curso de Aconselhamento ou o curso da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. Alguns profissionais (13,0%) não tinham recebido qualquer capacitação, 21,4% tinham realizado um treinamento apenas teórico ou com carga horária inferior a 18 horas, e 65,6% dos profissionais tinham uma capacitação adequada.

Divergente do que os dados coletados nesta pesquisa mostram, no artigo citado acima a porcentagem de pessoas que realizaram formações e capacitações são maiores, mas conforme a amostra do que foi coletado, condiz com maior número negativo de profissionais sem essa capacitação adequada, o que levanta os achados em relação às dificuldades na assistência aos apenados.

Os processos de capacitação dos trabalhadores devem tomar como referência as exigências de saúde da população, da gestão, do controle social para qualificar as práticas de saúde e a educação dos profissionais de forma a melhorar a atenção à saúde. A integralidade deve ser o eixo norteador das capacitações em saúde, pois se considera a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais a partir de um conceito ampliado de saúde, que respeita a particularidade do usuário, por meio do acolhimento e do comprometimento (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

CONCLUSÃO

Desta forma, este estudo procurou a caracterização dos desafios dos profissionais na assistência de enfermagem aos privados de liberdade, identificando os pontos chaves que podem ser solucionados por meio da avaliação dos profissionais em relação às atividades que eles realizam, evidenciando-se assim, a escassez de publicações referentes a essa assistência, principalmente no que convêm ao grupo de privados de liberdade. Vale ressaltar que devido a essa escassez, esse estudo adquiriu adversidades referentes à procura de métodos de pesquisa de artigos, estudos e revisões literárias para enriquecer essa pesquisa.

Entretanto, almejou-se alcançar através desta pesquisa, um conhecimento acerca dos desafios que os profissionais de saúde enfrentam, de forma a traçar métodos mais efetivos com propostas de uma assistência ao bem-estar integral dos detentos, contribuindo-se assim, de maneira direta e indiretamente na melhoria da assistência a estes privados de liberdade.

Dessa maneira, esse assistencialismo deve ser fomentado para contribuir na recuperação dos apenados de forma resolutiva, seja individual ou coletiva, independentemente de suas condições em que se encontrem, buscando qualificar os profissionais que estão à frente da Saúde Prisional, a melhorar o ambiente de trabalho, com reconhecimento e incentivo aos prestadores de serviço deste programa. E somente assim, se potencializará a melhoria da qualidade da assistência prestada, e consequentemente proporcionar uma satisfação para todos, sejam eles, os profissionais da Saúde Prisional, os profissionais da cadeia pública e aos privados de liberdade. Colaborando dessa forma no crescimento profissional, ético e no seu desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2013. Sobre o Programa. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp/sobre-o-programa. Acessado em: 20 de abril de 2020.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

SOUZA, M. O. S; PASSOS. J. P. 2008. A Prática de Enfermagem no Sistema Penal: Limites e Possibilidades. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000300004>.

Acesso em: 25 de abr. de 2022.

SILVA, J. P.; SILVA, J. P.; ALBUQUERQUE, T. T. 2016. A Assistência de Enfermagem no Sistema Penitenciário: Uma Revisão de Literatura. Disponível em:

<https//www.even3.com.br/anais/viimostradevry/30205-A-ASSISTENCIA-DE-ENFERMAGEM-NO-SISTEMA-PENITENCIARIO--UMA-REVISAO-DE-LITERATURA>. Acesso em: 20 de mai. de 2019.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 7.Ed. São Paulo:

Atlas, 2010.

GERHARDT, Tatiana Engel. SILVEIRA, Denise Tolfo. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p.31,37.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Análise de Dados Dos Profissionais de Enfermagem Existentes nos Conselhos Regionais. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf. Acesso em: 20/05/2020.

FERNANDES, M.I.TAVARES, S. Qualidade de Vida dos Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família: A Relação das Variáveis Sociodemográficas. Revista Texto Contexto de Enfermagem. Florianópolis, p. 434-442, jul.2010.

MARQUI, J. RESTA, C.R.Z. 2010. Caracterização das Equipes da Saúde da Família e de seu Processo de Trabalho. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php? script=sci arttext&pid=S0080-62342010000400014. Acesso em: 20/05/2020.

DIAS, S.S. ARAÚJO, A.M.2016. Qualidade de Vida no Trabalho dos Profissionais da Saúde de uma Unidade Básica de Saúde. Disponível

em:http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1075/220. Acesso: 20/05/2020.

JESUS, O. M.2017.Capacitação De Profissionais de Saúde em Aleitamento Materno e sua Associação com Conhecimentos, Habilidades e Práticas. Disponível em:

https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n1/311-320/#. Acesso em: 20/05/2020.

BRITO, H. B.L.2019. Capacitação em Serviço: Percepção dos Trabalhadores de Saúde na Assistência em Unidades Prisionais Federais. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php? pid=S1414-81452020000100207&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20/05/2020.

ROECKER, N.M.2013. O Trabalho Educativo do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Trabalho Educativo dos Enfermeiros da Saúde da Família. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2005/2020.

SILVA, J. A. M; OGATA, M.N; MACHADO, M. L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. Revista Eletrônica de Enfermagem, São Paulo n. 02, p. 389- 401, agost. 2007.

SANTOS, Izequias Estevam dos. Textos selecionados de métodos e técnicas de pesquisa científica. 4. ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Impetus, 2003. 359 p.

Capítulo 18

10.37423/220606155

UMA AVALIAÇÃO DOS ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE EM IDOSOS EM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE DO SERTÃO NORDESTINO

João Kennedy Teixeira Lima

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

SYLVIA RNNYELLE TEIXEIRA LIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE JUAZEIRO DO NORTE

ALLANE LINS ARAUJO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

ANTONIO LEONEL DE LIMA JÚNIOR

SECRETARIA DE SAÚDE DE FORTALEZA

JOÃO ANTÔNIO CORRÊA

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Resumo: A análise dos acessos vasculares para hemodiálise nos idosos é relevante para sua qualidade de vida. Este estudo investigou o perfil de acesso vascular em idosos no interior do Brasil. Objetivo: Avaliar os acessos vasculares em idosos a fim de obter dados que são escassos na literatura médica e correlacionar com as orientações da National Kidney Foundation. Método: Foi avaliado o serviço de hemodiálise do Nordeste brasileiro. Descreveu-se, através de questionário, dados clínicos gerais e de seus acessos vasculares para hemodiálise de todos os pacientes e separamos os resultados de pacientes acima de 65 anos. Resultados: De 172 pacientes que eram submetidos a diálise, 53 (30,8%) eram idosos. Dentre os idosos, fístulas arteriovenosas foram encontradas em 32 (60,4%) e estavam em uso; 21 pacientes utilizavam cateter venoso central; 31 fístulas foram confeccionadas com tecidos autógenos e uma foi confeccionada com prótese de politetrafluoretileno (PTFE). Entre os 21 pacientes com cateteres venosos centrais, onze eram de curta permanência e dez eram de longa permanência.

Entre todas as fístulas, a rádio-cefálica esquerda foi a mais encontrada, 15 (28,3%), e membro direito, em 8 (15,1%). O número de pacientes que tinham apenas uma fístula confeccionada e que estava funcionando correspondeu a 5 (9,4%); todos os pacientes idosos entraram em programa de hemodiálise através de cateteres. Conclusão: A Unidade de hemodiálise está aquém das orientações do National Kidney Foundation para acessos vasculares que advoga que 66% dos pacientes tem de dialisar por fístula arteriovenosa, quando se relaciona público idoso.

Palavras-chave: acesso vascular, terceira idade, idosos, fistula arteriovenosa, hemodiálise.

O primeiro relato de anastomose arterial terminal foi de 1896 e foi descrito por Jaboulay e Briau (Lyon França). Paralelamente, o primeiro tratamento de hemodiálise foi realizado em 1924, na Alemanha, por George Haas que canalizou a artéria radial e devolveu o sangue pela veia antecubital. O sangue era anticoagulado com hirudina e apresentou graves reações, motivo que não se continuou devido os péssimos resultados.

A moderna Hemodiálise foi iniciada em 1943 quando Willen Kolff tratou uma dona de casa com hipertensão maligna. Puncionou a artéria femoral e devolveu o sangue por punção venosa. Desde essa época, o acesso vascular era considerado o calcanhar de Achilles devido circulação e múltiplos usos.

Clyde Shields, um piloto de Boeing, foi submetido à confecção de uma fístula arteriovenosa (FAV) com Teflon em 1949 e sobreviveu por 11 anos.

Em 1961, Stanley Shaldon, em Londres, introduziu cateter em artéria femoral e veia percutânea para imediato acesso vascular e por vezes eram introduzidos apenas em vasos venosos. Os cateteres eram chamados de “Cateteres de Shaldon”.

A primeira fístula arteriovenosa confeccionada cirurgicamente para proposta de hemodiálise foi em 1966 por Brescia-Cimino, foi aperfeiçoada e, a partir daí, que se observou complicações e melhores métodos de uso e de técnicas cirúrgicas. (1-5)

A necessidade de terapia de substituição renal também é crescente entre os idosos, o que é verificado também na literatura internacional. (6, 7) Os idosos apresentam maior dificuldade no estabelecimento de acesso vascular satisfatório e procedimentos secundários são provavelmente necessários. Alguns fatores que também podem influenciar na confecção e maturação da fístula arteriovenosa são a escolha do local de confecção da fístula, diabetes, idade, obesidade, doenças vasculares, história prévia de falência de veias ou se seu diâmetro inferior a dois milímetros. (8)

O processo de envelhecimento diminui a capacidade funcional de cada sistema do nosso organismo, inclusive o renal(9-11). Tem-se observado aumento do número de idosos com doença renal crônica. Em 2000, 26% dos pacientes em Terapia Rena Substitutiva, eram idosos (12, 13), e este contingente tende a aumentar diante dos quadros demográfico e epidemiológico atuais e das estimativas futuras. (9)

Os problemas mais comuns do idoso portador de Insuficiência Renal Crônica é o acesso vascular, seguida de desnutrição, doenças ósseas, prejuízo cognitivo e depressão, dor crônica.(14-16).

A necessidade de um acesso vascular é essencial para a manutenção de um tratamento dialítico eficaz(17). As fístulas arteriovenosas são amplamente recomendadas para ofertar um fluxo sanguíneo adequado, menor mortalidade e morbidade, custos mais baixos em comparação com cateteres venosos centrais ou enxertos arteriovenosos (18, 19). Um acesso ideal deve proporcionar uma vazão adequada para a prescrição de diálise, ter duração prolongada, e apresentar uma baixa taxa de complicações (infecção, estenose, trombose, aneurisma, e isquemia de membros). (9)

Em comparação com a população em geral, os pacientes em diálise têm um risco 100 vezes maior de morte relacionada à sepse e mortalidade por todas as causas se estiverem em uso de cateteres (20, 21). O uso de cateteres venosos centrais para hemodiálise tem aumentado nos últimos anos, compreende cerca de 25% dos pacientes em hemodiálise nos Estados Unidos (22-24) e o uso de cateteres tunelizados aumenta o risco de morte 2 a 3 vezes e infecção grave, 5 a 10 vezes em comparação com diálise usando fístulas arteriovenosas (25).

A frequente análise dos serviços de diálise é importante para melhorar o atendimento ao paciente e tem por objetivo essencial a adequação às diretrizes recomendadas e também a melhorias dos acessos vasculares e sobrevida do paciente. O monitoramento da qualidade do serviço e manter o controle sobre as metas são preconizadas pelo THE NATIONAL KIDNEY FOUNDATION KIDNEY DISEASE OUTCOMES QUALITY INITIATIVE (NKF-KDOQI™) Clinical Practice Guidelines. Assim, este estudo procura verificar a adequação do serviço de hemodiálise com as orientações do NKF-KDOQI que recomenda que fístulas arteriovenosas devem ser usadas em 65% dos pacientes em clínicas de diálise (26)

Então, faz-se necessário analisar os resultados dos acessos vasculares em idosos de clínica de hemodiálise no interior do Brasil e comparar com as orientações das diretrizes internacionais.

MÉTODO

Trata-se de estudo observacional, transversal e descritivo, realizado em julho de 2015. Foi conduzido em unidade de diálise que situada em uma área de baixo índice de desenvolvimento humano no Brasil, em unidade referenciada de diálise localizada na cidade de Juazeiro do Norte, CE, Brasil. Estavam em tratamento dialítico, 172 pacientes, dos quais 53 eram idosos, tinham idade acima de 65 anos. Dos 53 pacientes, 41 do sexo masculino e 12 do feminino. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina do ABC (Protocolo n° 12262613.6.0000.0082). Todos os pacientes ou seus responsáveis legais deram consentimento informado através de termo específico. Todos os procedimentos estavam em conformidade com a Declaração de Helsinki. Foram incluídos nos estudos,

os pacientes em tratamento dialítico acima de 65 anos e que assinaram o termo de consentimento. Houve 100% de adesão dos indivíduos. Foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de tratamento, a fonte financiadora do tratamento, doença de base, e acesso vascular atual e anteriores. Realizou-se estatística descritiva para descrever e sumarizar o conjunto de dados.

Utilizou-se frequência absoluta e relativa, bem como medidas de variabilidade, como média e desvio padrão.

RESULTADOS

Os dados de 172 pacientes foram coletados em julho de 2015 e depois os dados dos maiores de 65 anos foram separados e descritos. A amostra de idosos representou 30,8% dos pacientes do Centro de Nefrologia de Juazeiro-CE.

O sexo predominante foi o masculino em 40 (75,5%). A maior parte dos indivíduos foi financiada pelo do Sistema Público de Saúde do Brasil (Sistema Único de Saúde - SUS) e representou 50 (94,5%). Três (5,5%) eram usuários de planos de saúde suplementar.

A média de idade foi de 75,33±13,0 anos, variando entre 65 e 95.

A média de permanência em tratamento em Terapia Renal Substitutiva (TRS) foi 2,4± 1,6 anos, sendo que 5 (9,4%) dos pacientes apresentaram-se com menos de três meses de efetivo tratamento com TRS e não havia idosos em tratamento por mais de 7 anos. (Tabela 1).

A causa mais comum de Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) foi identificada como diabetes mellitus e afetava 16 (30,1%) pacientes; causa indeterminada foi a segunda causa mais encontrada em 15 (28,3%) pacientes, seguida por pós-renal, 9 (17%). Observa-se que não foi contabilizado o número de pacientes hipertensos, mas o número de pacientes com o diagnóstico de Hipertensão Arterial como causa de DRCT, fato que diminuiu as hipóteses diagnósticas de Nefroesclerose hipertensiva. (Tabela 2).

Quanto ao acesso de diálise, 32 (60,4%) foram submetidos à confecção de uma fístula arteriovenosa e estavam em uso. Entre os 32 pacientes que apresentavam fístulas, uma (1,9%) foi preparadas por um material sintético, politetrafluoretileno (PTFE). Cateteres foram implantados como via de acesso venoso central em 21 (39,6%) pacientes. Entre os 21 pacientes em uso de cateter venoso central, dez eram de longa permanência e 11 eram de curta permanência. O tempo médio de uso das fístulas foi de 1,61 ± 1,64 anos, variando de dois meses a cinco anos e para os cateteres implantados, 3,2 ± 6,9

meses para os de curta permanência e de 5,2 ± 5,4 meses para o cateter de longa permanência (tabela 3).

Considerando as fístulas arteriovenosas, 18 (56,2%) foram localizadas no braço esquerdo e 15 (46,9%) eram rádio-cefálica, 2 (6,2%) foram bráquio-cefálica, 1 (3,1%) bráquio-axilar com interposição de PTFE; 14 (43,7%) foram localizadas no braço direito e 8 (25%) eram rádiocefálica, 5 (15,6%) foram bráquio-cefálica, 1 (3,1%) foram bráquio-basílica. Setenta e um por cento das fístulas foram distais.

Quanto aos locais de punção dos cateteres, 14 (66,7%) foram implantados na veia jugular direita, 5 (23,8%) na veia femoral direita, 2 (9,5%) em femoral esquerda; não houve outros sítios de punção.

Considerando o tempo de patência do último acesso utilizado, encontramos 1,32 ± 1,56 anos.

A patência para fístulas foi de 1,61 ± 1,64 e 0,31 ± 0,54 para todos os cateteres (tabela 3).

Considerando a média de acessos vasculares utilizados pelos pacientes, havia uma média de 2,35 ± 2,03 cateteres por paciente e uma média de 0,75 ± 0,75 fístulas por paciente (tabela 4).

Tabela 1: Distribuição dos pacientes de acordo com a composição da amostra do CNJ, Juazeiro do Norte, CE, julho de 2015.

Características sociodemográficas		**n(53)**	**% (100)**
Sexo	Masculino	40	75,5
	Feminino	13	24,5
	65-80	37	70
	≥ 81 anos	16	30
Fonte de financiamento do tratamento	Sistema Público de Saúde	50	94,5
	Planos privados de saúde	3	5,5
Tempo de tratamento	Menos de 1 ano	5	9,4
	≥ 1 e <3 anos	42	79,2
	≥ 3 e <5 anos	3	5,7
	≥ 5 e <10 anos	3	5,7
	> 10 anos	00	0,0

Tabela 2 - Causa básica de IRC nos pacientes do CNJ, Juazeiro do Norte, CE, julho de 2015.

		n(53)	% (100)
Doença de base como causa de DCRT	Não especificado	15	28,3
	Diabetes Mellitus	16	30,1
	Hipertensão	06	11,3
	Doença Renal Policística	02	3,8
	Pós-renal	09	17
	IRA prolongada	00	00
	Outros	05	9,5

Tabela 3. Número de acessos vasculares confeccionados por paciente no CNJ, Juazeiro do Norte, Ceará, julho de 2015.

Número de fístulas confeccionadas / paciente	Nenhuma	21	39,6
	01	26	49,1
	02	04	7,5
	03	02	3,8
	04	00	00
Número de cateteres / paciente	Nenhum	00	00
	01	31	58,5
	02	06	11,3
	03-04	06	11,3
	05-06	06	11,3
	07-08	04	7,6
	09 ou mais	00	00

Tabela 4: Distribuição de acessos vascular em uso no CNJ. Juazeiro do Norte, CE, julho de 2015.

Acessos vasculares		N(53)	% (100)
Acesso inicial de diálise	Cateter em veia central	53	100
	Fístula arteriovenosa	00	00
	Cateter peritoneal	00	00
Acesso vascular em tratamento	FAV nativa	31	58,5
	FAV PTFE	01	1,9
	CDL longa permanência	10	18,9
	CDL curta permanência	11	20,7
Localização da FAV	Rádio-cefálica direita	08	15
	Rádio-cefálica esquerda	15	28
	Bráquio-cefálica direita	05	9,4
	Bráquio-cefálica esquerda	02	3,8
	Bráquio-basílica direita	01	1,9
	Bráquio-basílica esquerda	00	00
Sítios de implante de cateteres em uso	Veia jugular direita	14	28,3
	Veia jugular esquerda	00	00
	Veia femoral direita	05	9,4
	Veia femoral esquerda	02	3,8
	Veia subclávia direita	00	00
	Veia subclávia esquerda	00	00

	Bráquio-basílica esquerda	00	00
Sítios de implante de cateteres em uso	Veia jugular direita	14	28,3
	Veia jugular esquerda	00	00
	Veia femoral direita	05	9,4
	Veia femoral esquerda	02	3,8
	Veia subclávia direita	00	00
	Veia subclávia esquerda	00	00

DISCUSSÃO

A revisão periódica de acessos para hemodiálise deve ser executada em todos os serviços, a fim de acompanhar a sua adequação em relação às diretrizes internacionais. No caso de público idoso, poucos são os trabalhos realizados neste aspecto.(13, 17, 27-29)

De acordo com o último Censo Brasileiro de Diálise da SBN- Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2016, 83% dos pacientes tinham a fonte de financiamento o sistema público de saúde, isso mostra que ele é o financiador principal. Em nosso estudo, foi evidenciado que o tratamento de 94,5% dos pacientes era financiado pelo SUS - Sistema Único de Saúde e este dado mostra que estava acima da média nacional, possivelmente, por menor poder aquisitivo da população local, quando comparados à população analisada pelo censo. Ainda de acordo com os dados de SBN, 57% dos pacientes eram do sexo masculino, em comparação com 75,5% da nossa amostra, que está acima da média nacional.(13)

Na distribuição dos pacientes conforme a faixa etária, 30,7% eram idosos, inferior aos achados do censo da SBN21 que era de 33%.

Descobrimos que a doença de base da Doença Renal Crônica Terminal na amostra era de Diabetes mellitus e representava 30,1%, seguida por 28,3% de Origem indeterminada, e, diferentemente do resto da população, uma causa importante de IRC neste público era pósrenal (representada por obstrução de vias urinárias secundárias a problemas prostáticos e neoplasias) 17%; hipertensão era causa para 11,3%; de acordo com o censo, a hipertensão era a primeira causa (34%), seguido de diabetes (30%) e origem indeterminada (11), não há citação de doença pós-renal. Uma proporção significativa de pacientes com etiologia desconhecida foi relatada na literatura, 16,2% dos idosos na Índia12, 5,9% nos EUA, 18% no Reino Unido13 e, da mesma forma, 14,8% no Iran14. Os dados encontrados em Juazeiro foi que 28,3% dos casos eram de etiologia desconhecida e pode refletir a

falta de conscientização sobre a doença, a deficiência no diagnóstico precoce e atraso no encaminhamento precoce ao especialista(30, 31) e a Nefropatia diabética, como principal causa, contrastou com os dados da SBN, podendo supor uma menor prevenção de complicações renais na localidade.(13)

De acordo com os resultados de todos os pacientes idosos ou não, a porcentagem de pacientes em diálise com fístulas arteriovenosas foi maior do que o recomendado pelo NKF-DOQI de 2006 (65%) e representou 77% dos acessos vasculares. No entanto, nos dados do censo nacional representava 85,5% dos acessos. Ao se comparar com o público idoso, este percentual diminui para (60,4%), identificando situação de vulnerabilidade deste grupo de pacientes.

Dado alarmante, foi o resultado de acesso inicial de diálise, 100% dos pacientes entravam em programa de hemodiálise por cateteres, acessos imediatos, ou seja, os pacientes entravam em programa de diálise sem programação, em caráter de urgência, provavelmente por falta de diagnóstico precoce ou de uma política pública de acessibilidade destes pacientes a atenção ao paciente renal crônico.

CONCLUSÃO

A atenção ao idoso, quanto ao seu acesso vascular de hemodiálise, é muito pouco estudada na literatura, fez-se necessário observações e analises de outras realidades para tentar entender e melhorar os resultados obtidos diante do envelhecimento vascular, comorbidades e tentativas de aumento de sobrevida. Sugere-se a continuidade dos estudos sobre o idoso devido sua vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Konner K. History of vascular access for haemodialysis. Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association. 2005;20(12):2629-35.

2. Brescia MJ, Cimino JE, Appel K, Hurwich BJ. Chronic hemodialysis using venipuncture and a surgically created arteriovenous fistula. The New England journal of medicine. 1966;275(20):1089-92.

3. Brescia MJ, Cimino JE, Appell K, Hurwich BJ, Scribner BH. Chronic hemodialysis using venipuncture and a surgically created arteriovenous fistula. 1966. Journal of the American Society of Nephrology : JASN. 1999;10(1):193-9.

4. Cimino JE, Brescia MJ. The early development of the arteriovenous fistula needle technique for hemodialysis. ASAIO journal. 1994;40(4):923-7.

5. Kowalczyk J, Katz I. Incidence of Brescia-Cimino arterio-venous fistula formation at the wrist level in chronic kidney disease patients requiring haemodialysis at Chris Hani Baragwanath Hospital. East African medical journal. 2005;82(10):543.

6. Li M, Porter E, Lam R, Jassal SV. Quality improvement through the introduction of interdisciplinary geriatric hemodialysis rehabilitation care. Am J Kidney Dis. 2007;50(1):90- 7.

7. Jassal SV, Chiu E, Li M. Geriatric hemodialysis rehabilitation care. Adv Chronic Kidney Dis. 2008;15(2):115-22.

8. Donovan K. Population requirements for vascular access surgery. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2006;31(2):176-80.

9. Kusumota L, Rodrigues RA, Marques S. [Elderly persons with chronic kidney failure: health status alterations]. Rev Lat Am Enfermagem. 2004;12(3):525-32.

10. Debone MC, Pedruncci E, Candido M, Marques S, Kusumota L. Nursing diagnosis in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis. Rev Bras Enferm. 2017;70(4):800- 5.

11. Abud AC, Kusumota L, dos Santos MA, Rodrigues FF, Damasceno MM, Zanetti ML. Peritonitis and catheter exit-site infection in patients on peritoneal dialysis at home. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23(5):902-9.

12. Wang L, Song Y, Manson JE, Pilz S, Marz W, Michaelsson K, et al. Circulating 25- hydroxy-vitamin D and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis of prospective studies.

Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2012;5(6):819-29.

13. Sesso Rde C, Lopes AA, Thome FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. [Chronic dialysis in Brazil: report of the Brazilian dialysis census, 2011]. J Bras Nefrol. 2012;34(3):272-7.

14. Cassidy MJ, Sims RJ. Dialysis in the elderly. New possibilities, new problems. Minerva Urol Nefrol. 2004;56(3):305-17.

15. Cassidy MJ, McCulloch T, Fairbanks LD, Simmonds HA. Diagnosis of adenine phosphoribosyltransferase deficiency as the underlying cause of renal failure in a renal transplant recipient. Nephrol Dial Transplant. 2004;19(3):736-8.

16. Roe SD, Porter CJ, Godber IM, Hosking DJ, Cassidy MJ. Reduced bone mineral density in male renal transplant recipients: evidence for persisting hyperparathyroidism. Osteoporos Int. 2005;16(2):142-8.

17. Centofanti G, Fujii EY, Cavalcante RN, Bortolini E, de Abreu LC, Valenti VE, et al. An experience of vascular access for hemodialysis in Brazil. Int Arch Med. 2011;4:16.

18. Huberts W, Van Canneyt K, Segers P, Eloot S, Tordoir JH, Verdonck P, et al. Experimental validation of a pulse wave propagation model for predicting hemodynamics after vascular access surgery. J Biomech. 2012;45(9):1684-91.

19. Barnard KJ, Taubman KE, Jennings WC. Accessible autogenous vascular access for hemodialysis in obese individuals using lipectomy. Am J Surg. 2010;200(6):798-802; discussion 20. Lee T. Fistula First Initiative: Historical Impact on Vascular Access Practice Patterns and Influence on Future Vascular Access Care. Cardiovasc Eng Technol. 2017.

21. Greenberg J, Jayarajan S, Reddy S, Schmieder FA, Roberts AB, van Bemmelen PS, et al. Long-Term Outcomes of Fistula First Initiative in an Urban University Hospital-Is It Still Relevant? Vasc Endovascular Surg. 2017;51(3):125-30.

22. Praga M, Merello JI, Palomares I, Bayh I, Marcelli D, Aljama P, et al. Type of vascular access and survival among very elderly hemodialysis patients. Nephron Clin Pract. 2013;124(1-2):47-53.

23. Inston N, Al Shakarchi J, Khawaja A, Jones R. Maintaining Patency of Vascular Access for Haemodialysis. Cardiovasc Eng Technol. 2017.

24. Garcia Cortes MJ, Viedma G, Sanchez Perales MC, Borrego FJ, Borrego J, Perez del Barrio P, et al. [Fistulae or catheter for elderly who start hemodialysis without permanent vascular access?]. Nefrologia. 2005;25(3):307-14.

25. Akoh JA. Vascular access infections: epidemiology, diagnosis, and management. Curr Infect Dis Rep. 2011;13(4):324-32.

26. III. NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Vascular Access: update 2000. Am J Kidney Dis. 2001;37(1 Suppl 1):S137-81.

27. Stevenson KB, Hannah EL, Lowder CA, Adcox MJ, Davidson RL, Mallea MC, et al. Epidemiology of hemodialysis vascular access infections from longitudinal infection surveillance data: predicting the impact of NKF-DOQI clinical practice guidelines for vascular access. Am J Kidney Dis. 2002;39(3):549-55.

28. Bender K, Swartz MD. The role of nephrology nurses and technicians in the implementation of NKF-DOQI. Nephrol News Issues. 1999;13(4):21-3.

29. NKF-DOQI clinical practice guidelines for vascular access. National Kidney Foundation-Dialysis Outcomes Quality Initiative. Am J Kidney Dis. 1997;30(4 Suppl 3):S150-91.

30. Yilmaz S, Yetim M, Yilmaz BK, Dogan T, Aksoy E, Yuksel N, et al. High hemodialysis vascular access flow and impaired right ventricular function in chronic hemodialysis patients. Indian J Nephrol. 2016;26(5):352-6.

31. Mittal S, Kher V, Gulati S, Agarwal LK, Arora P. Chronic renal failure in India. Ren Fail. 1997;19(6):763-70.

Capítulo 19

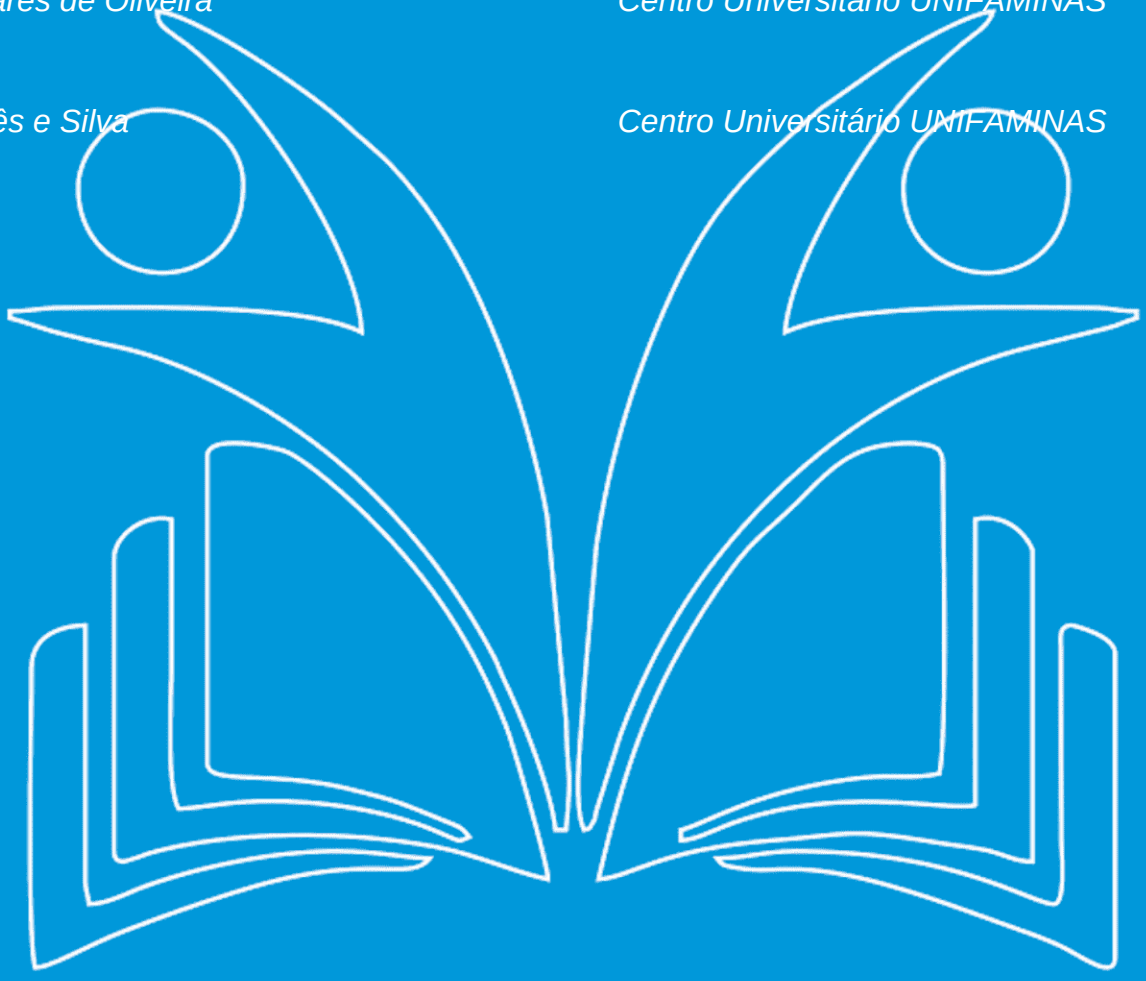
10.37423/220606156

HISTÓRICO FAMILIAR E FATORES DE RISCOS MATERNOGESTACIONAIS RELACIONADOS ÀS FISSURAS LABIAIS E PALATINAS NÃO SINDRÔMICAS

Henrique Rocha Mazorchi Veronese — *Centro Universitário UNIFAMINAS*

Brenda Soares de Oliveira — *Centro Universitário UNIFAMINAS*

Michelle Inês e Silva — *Centro Universitário UNIFAMINAS*



Resumo: As fissuras labiais e palatinas não sindrômicas são malformações congênitas resultantes de falhas na fusão dos processos nasais medianos e maxilares e cristas palatinas durante o desenvolvimento intrauterino. Sua etiologia ainda não está bem elucidada, embora acredita-se que seja multifatorial. O presente estudo objetivou revisar a literatura referente à influência do histórico familiar e dos fatores maternos-gestacionais no desenvolvimento das fissuras labiais e palatinas, de modo a contribuir para o manejo e prevenção das condições. A revisão da literatura se deu mediante busca bibliográfica nas bases de dados online PubMed, LILACS e SciELO, com uso dos descritores "family" and "risk factors" and "cleft lip" and "cleft palate", avaliando os trabalhos publicados entre 2015 e 2020. Foram incluídos apenas estudos de caso controle, sem distinção quanto ao número de participantes das pesquisas. Os trabalhos sem linguagem de publicação em português, inglês ou espanhol e os que não possuíam acesso integral foram excluídos. As amostras de casos sindrômicos de fissuras craniofaciais foram removidas. Foram identificados 115 estudos, dos quais, após triagem de títulos e resumos, 33 foram selecionados para análise integral, sendo incluídos, ao final, 19 artigos. Os fatores de riscos mais relatados foram o histórico de aborto, idade materna, baixo nível educacional e status socioeconômico, tabagismo, alcoolismo, consanguinidade, infecções e febre no primeiro trimestre de gestação, hipertensão e baixa suplementação de ácido fólico e vitaminas. Foi observada uma relação entre os aspectos sociodemográficos e os fatores de risco. Os fatores de riscos das fissuras labiais e palatinas são diversos, sendo a história familiar um fator preditivo para a sua incidência. O conhecimento desses fatores é imperativo para a elaboração de estratégias de tratamento e prevenção da condição.

Palavras chave: Fissura palatina, fissura labial, fatores de risco, família.

1. INTRODUÇÃO

As fissuras labiais e as fissuras palatinas (FL/FP) não sindrômicas são consideradas as malformações congênitas craniofaciais mais comuns entre nascidos vivos, e frequentemente ocorrem junta[s1]. As FL/FP se caracterizam como um dos maiores problemas associados à saúde bucal, com incidência de 1 a cada 500-700 nascidos vivos [2,3]. No Brasil as FL/FP acometem cerca de um indivíduo a cada 650 nascidos vivos, com maior prevalência pelo sexo masculino[4,5]. Aproximadamente, 80% dos casos de fissuras são não sindrômicas[2].

As FL/FP são resultantes de falhas na fusão anatômica do processo nasal mediano com o processo maxilar e da fusão entre as cristas palatinas, respectivamente, o que ocorre durante o primeiro trimestre do desenvolvimento intrauterino, geralmente entre a 4a e a 12a semana de gestação, período no qual são formados o palato primário e secundário. As FL/FP se caracterizam por uma abertura na região do lábio e/ou palato, com ampla variação de apresentação clínica2,6. Cerca de 45% dos casos são representados pela associação de FL + FP, 30% sendo casos isolados de FP e 25% são de casos isolados de FL[2].

As FL e as FP promovem ao paciente e aos seus familiares um impacto na qualidade de vida e bem-estar psicossocial devido a uma série de alterações anatômicas e funcionais, as quais levam ao comprometimento da estética, fala, alimentação e respiração, bem como acarreta o desenvolvimento de complicações odontológicas, como má oclusão, hipodontias e alterações na posição dos elementos dentários[7,8,9]. Frente a esse contexto, estudos observaram que crianças com FL/FP apresentam certa timidez devido à aparência física e sua dificuldade de falar, o que gera impasses em seus relacionamentos interpessoais, afetando de forma considerável os aspectos psicológicos do indivíduo e favorecendo o desenvolvimento de problemas como a depressão, atrasos em seu desempenho escolar, desfavoráveis níveis de ansiedade e fobia social. De acordo com pesquisas realizadas, pessoas que possuem esse tipo de malformação tem maior probabilidade de serem solteiros, apresentar baixo nível escolar e altos índices de reprovação[10,11].

Os aspectos genéticos das fissuras labiais e palatinas ainda não estão totalmente elucidados. Entretanto, teorias foram elaboradas durante as décadas para tentar explicar a patogênese dessas condições. A Teoria da Não-fusão dos Processos Faciais, proposta por Dursy em 1869 e His em 1892, postulou que as fissuras eram provenientes de falhas no processo de fusão de elementos faciais definidos, com regiões previamente estabelecidas. Dessa forma, uma interrupção da fusão de qualquer um desses processos poderia levar a uma fenda. Em contrapartida, a Teoria da Não-

penetração Mesodérmica, proposta por Warbrick em 1938 e Stark em 1954, exclui a ideia da presença de locais pré-definidos para a fusão dos elementos faciais, propondo que as fissuras resultam de uma falha de penetração mesodérmica, a partir do propósito de que as áreas de desenvolvimento são compostas de membranas ectodérmicas bilamelares contínuas com regiões focais, onde o mesoderma atua para contornar a fusão do processo embriológico[12]. Além disso, acredita-se que os fatores genéticos provavelmente podem agir de forma isoladas, bem como interagir com fatores de riscos ambientais, se correlacionando a fatores maternogestacionais para o desenvolvimento da patologia[13].

Dessa forma, o presente estudo objetivou realizar uma revisão integrativa de literatura referente aos fatores de riscos relacionados às FL/FP não sindrômicas, enfatizando os aspectos genéticos e maternogestacionais para o desenvolvimento das condições, de modo a contribuir para o entendimento da etiologia e prevenção destas alterações.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A revisão de literatura foi realizada mediante busca bibliográfica nas bases de dados online PubMed/MEDLINE, LILACS e SciELO, a partir do uso dos descritores em Ciências da Saúde — DECS: “family” and “risk factors” and “cleft lip” and “cleft palate”. Foram analisados os trabalhos publicados durante o período entre 2015 à 2020, incluindo apenas estudos de caso controle que descreveram a associação entre histórico familiar e fatores de risco materno-gestacionais com o desenvolvimento de FL e FP, não fazendo distinção quanto à faixa etária da população pesquisada e ao número de participantes da pesquisa. Os estudos encontrados através da estratégia de busca foram avaliados previamente pela leitura de títulos e resumos e posterior avaliação integral do seu conteúdo, sendo classificados como elegíveis ou não para inclusão no trabalho. Os estudos sem linguagem de publicação em português, inglês ou espanhol, sem grupo controle ou sem acesso integral ao seu conteúdo foram excluídos. As amostras de casos sindrômicos de FL/FP também foram removidas.

Os dados que apresentaram relevância nos estudos foram incluídos e tabulados nas plataformas do Microsoft Excel e Word. As variáveis extraídas foram autores, ano de publicação, país, amostras de estudo e controle, histórico familiar positivo ou negativo e fatores de riscos materno gestacionais.

3. RESULTADOS

Mediante estratégia de busca, foram identificados 115 estudos, dos quais, 112 eram do PubMed/MEDLINE, 02 do SciELO e 01 do LILACS. Após a triagem de títulos e resumos e avaliação dos critérios de elegibilidade, 33 artigos foram selecionados para análise integral do seu conteúdo. Dentre

estes, 12 foram excluídos por não serem estudos do tipo caso controle, 1 por não apresentar acesso integral ao seu conteúdo e 1 por possuir linguagem de publicação em chinês, sendo incluídos, ao final, 19 artigos.

A amostra total dos estudos foi de 14.340 indivíduos, sendo 5.469 do grupo de estudo e 8.871 do grupo controle. As características sociodemográficas das populações pesquisadas, a influência do histórico familiar no desenvolvimento das FL e FP, bem como seus fatores de riscos maternogestacionais relatados pelos trabalhos estão apresentados na **tabela 1**.

Tabela 1 Amostra dos estudos, histórico familiar e fatores de riscos maternogestacionais para as fissuras labiais e fissuras palatinas não sindrômicas.

Autor / ano	País	Amostra		História familiar	Fatores de risco materno-gestacionais
		Estudo	Controle		
MA, J. et al.; 2015[21]	China	347	420	NA	Idade materna, baixo status socioeconômico, subsistências agrícolas, baixa condição de saúde gastrointestinal e musculo esqueletal, frequência de doença e raiva maternas e hábito de saúde
SABÓIA, T. M. et al.; 2015[22]	Brasil	226	304	Positiva	História familiar de câncer
FIGUEIREDO, R. F. et al.; 2015[19]	Brasil	40	40	Positiva	Baixa nível educacional, idade materna, hipertensão pré-gestacional, convulsões gestacionais, exposição a produtos químicos industriais ou agrícolas, morador rural e consumo de água não tratada.
XU, L. F. et al.; 2015[17]	China	200	307	NA	Idade materna, baixo nível educacional, hipertensão, histórico de aborto, alcoolismo, tabagismo, fumo passivo, poluição de interiores, anticoncepcional, baixo consumo de ácido fólico e suplementação vitamínica e exposição a pesticidas.
FALAGAN-LOTSCH, P. et al.; 2015[23]	Brasil	218	283	NA	Consumo de álcool
FIGUEIREDO, J. C. et al.; 2015[4]	USA	430	754	Positiva	Idade materna, baixo nível educacional, baixo status socioeconômico, curto intervalo entre a gravidez, filho subsequente durante a amamentação, baixo consumo de folato e ingestão de vegetais e carne branca.
ZENG, N. et al.; 2015[24]	China	294	183	NA	Histórico de resfriado comum, tabagismo e alcoolismo no primeiro trimestre e baixa

					suplementação de cálcio e multivitaminas.
LI, H. et al.; 2016[20]	China	113	226	Positiva	Baixo nível educacional, baixo status socioeconômico, ausência de exame perinatal, infecção do trato respiratório superior durante o primeiro trimestre, complicações na gravidez e exposição materna a riscos ocupacionais.
JAMILIAN, A. et al.; 2017[18]	Irã	187	190	Positiva	Baixo consumo de ácido fólico, idade materna e consanguinidade.
NEOGI, S. B. et al.; 2017[14]	Índia	157	785	Positiva	Vegetarianismo exclusivo, concepção de mais de um ano, tratamento para infertilidade, histórico de aborto, infecção de trato urinário no primeiro trimestre e erupções cutâneas.
XU, D. P. et al.; 2018[5]	China	236	209	Positiva	Idade materna, histórico de aborto, medicação, resfriado comum, tabagismo, alcoolismo, ingestão inadequada de ácido fólico, baixo nível educacional e humor materno alterado.
BUI A. H. et al.; 2018[25]	Paquistão	137	147	Positiva	Tabagismo, hipertensão, consanguinidade, baixo status socioeconômico, histórico de aborto e história familiar de câncer
DIEN, V. H. A. et al.; 2018[14]	Tailândia	170	170	Positiva	Idade materna, baixo nível educacional, baixo status socioeconômico, baixo uso de ácido fólico, fumo passivo, bebidas cafeinadas, histórico de aborto, infecções e febre no primeiro trimestre e ingestão de fígado.
MBUYI-MUSANZAYI, S. et al.; 2018[3]	República Dominica do Congo	162	162	Positiva	Idade materna, multiparidade, baixo nível educacional, consumo de álcool no período periconcepcional ou no terceiro trimestre de gestação, consumo de argila, consumo regular de peixe do rio Kapolowe, contato com minerais pesados, cozinhar com carvão em local fechado, uso de inseticidas e infecções geniturinárias.
CORONA-RIVERA, J. R. et al.; 2018[15]	México	105	315	Positiva	Exposição a progestágenos, hipertermia, sobrepeso materno pré-gestacional e resfriado comum.
SUHL, J. et al.; 2018[26]	USA	435	1267	NA	Exposição materna ao arsênio ocupacional e na dieta
SOIM, A. et al.; 2018[27]	USA	907	2206	Positiva	Baixo nível educacional, tabagismo no primeiro trimestre e raça

SILVA, C. M. et al.; 2019[13]	Brasil	746	502	NA	Consanguinidade
ESHETE, M. et al.; 2020[16]	Etiópia	359	401	NA	Baixo nível educacional, exposição materna à radiografia diagnóstica, asma brônquica, histórico de aborto, vômitos intensos e região de morada

NA_ Não avaliado

Dos 19 artigos selecionados, 12 realizaram a correlação entre histórico familiar e desenvolvimento das FL e FP, sendo positiva em todos eles. Os demais 07 trabalhos restantes não apresentavam como um de seus objetivos a avaliação desta correlação. No que se refere aos fatores de riscos maternogestacionais para o desenvolvimento das FL e FP, houve uma grande variedade de fatores apontados pelos trabalhos, com destaque para histórico de aborto, idade materna, baixo nível educacional, baixo status socioeconômicos, tabagismo, alcoolismo, consanguinidade, infecções e febre durante o primeiro trimestre de gestação, hipertensão e baixa suplementação de ácido fólico e vitaminas.

4. DISCUSSÃO

As FL e FP não possuem etiologia bem compreendida, sendo atribuído a estas condições um caráter multifatorial por não apresentar uma causa específica, podendo envolver diversos fatores de risco, sejam genéticos ou ambientais, ou a interações entre estes13. Sabe-se que a exposição materna a tais fatores aumenta a probabilidade do desenvolvimento da malformação. Dessa forma, compreender os fatores de riscos contribui substancialmente para a identificação da etiologia das fissuras orofaciais e para o conhecimento das características e comorbidades associadas às fissuras orais. Inúmeros estudos de determinação de fatores de riscos para as FL/FP têm sido elaborados em diversos países, com apresentação diversificada destes fatores14.

A história familiar é um grande fator contribuinte no desenvolvimento das FL/ FP9. Estudos relatam um aumento do risco de FL/ FP quando relacionadas aos pais e mães fissurados ou com histórico de fissurado na família, tendo o risco de recorrência em irmãos elevado4,15. Em um estudo de caso controle com 324 indivíduos, foi observado em 8% dos casos um fator positivo para a história familiar para FL/FP, demonstrando ser um fator significativo para a formação de fissuras craniofaciais3. De forma semelhante, um trabalho realizado por Corona-Rivera e colaboradores (2018), foi observado a

influência do histórico familiar de FL/FP sobre novas incidências em até o terceiro grau de parentesco15. Além disso, Dien et al. (2018), em um estudo de caso controle com 170 pacientes fissurados e 170 pacientes não fissurados, observou 7

uma taxa de 15,9% de casos com histórico familiar da condição14. Igualmente, os resultados obtidos por Xu et al. (2018) evidenciaram percentual de influência do histórico familiar em 10,6% dos casos, com uma prevalência de 4,8 vezes maior quando comparada à família sem histórico familiar de FL/FP5. Esses achados tornam óbvio o caráter genético das FL/FP, as quais apresentam grande influência do histórico familiar. Entretanto, não há diferenças significativas quando a história de FL/FP é comparada entre os parentes afetados maternos ou paternos[15].

No que se refere às questões maternogestacionais para a propensão ao desenvolvimento das FL/ FP, inúmeros estudos relatam diferentes fatores de risco. Fatores como o histórico de aborto e a idade materna tem sido considerados como capazes de influenciar o desenvolvimento das FL/FP. Trabalhos de caso controle elaborados por diversos autores consideram o histórico de aborto como fator de risco das fissuras craniofaciais [5,9,16]. Além disso, a idade materna acima dos 25 e 34 anos é considerada como fator de risco para as fissuras crânio faciais[3,5].

Questões socioeconômicas e educacionais também tem sido considerada como contribuintes para a incidência de FL/FP4. Essa relação pode ser explicada uma vez que o baixo nível socioeconômico pode ser um marcador de saúde e estilo de vida dos pais[16]. Dessa forma, pode-se considerar que o alto nível educacional é considerado como um fator de proteção para as FL/FP[17].

Os hábitos tabagistas e etilistas maternos tem sido fatores de relevância no desenvolvimento das FL/FP, embora controvérsias sejam observados entre estudos. Xu et al., (2018) relataram que o tabagismo, mesmo que passivo, e o consumo de bebidas alcoólicas durante o primeiro trimestre de gestação exerce significativa influência no aumento do risco de desenvolvimento das FL/FP, embora esse seja um fator dose dependência[5]. Os mesmos achados foram relatados por outros autores, onde foi observada significativa relação entre tabagismo maternal e desenvolvimento de FL/FP, ao mesmo tempo que mais da metade das mães com filhos fissurados (56,9%) relataram tabagismo passivo no início da gestação[17]. Mbuyi-Musanzayi e colaboradores (2018) observaram que o consumo de álcool no período periconcepcional e no primeiro trimestre de gravidez pela mãe foi um fator de risco significativo para FL/FP3. Entretanto, outros trabalhos não atribuíram ao tabagismo materno, ativo ou passivo, a capacidade de ser um fator de risco para o desenvolvimento das FL/FP[14,16].

A consanguinidade é outro fator ressaltado por alguns estudos como potencializador dos riscos de desenvolvimento das fissuras orais, embora alguns trabalhos discordem da potencial relação deste fator com o desenvolvimento da condição oral. Um trabalho retrospectivo realizado por Jamilian et al. (2017), com 187 pacientes fissurados e 190 não fissurados observou que 33,7% dos casos de incidência da condição se apresentava em filhos de relacionamentos consanguíneos, se caracterizando como um grande fator de risco da condição18. De forma semelhante, Silva e colaboradores (2019), por meio de um estudo de caso-controle com 746 pais de pacientes fissurados e 502 não fissurados observou uma taxa de consanguinidade positiva de 2,68% no grupo caso e 0,79% no grupo controle, sendo considerado estatisticamente significativo pelos autores. O grau de parentesco mais próximo dos casamentos consanguíneos ocorre entre primos de primeiro grau[13]. Entretanto, outros autores observaram ausência de relação entre consanguinidade e desenvolvimento das FL/FP na população estudada em questão[3].

Estudos prévios da literatura têm relatados que o consumo de multivitaminas e de ácido fólico seria capaz de atuar como protetores do desenvolvimento das fissuras crânio faciais. Em um estudo chinês, 82,6% das mães do grupo controle (filhos sem fissuras orais) realizaram a suplementação de ácido fólico durante o primeiro trimestre de gravidez, em contrapartida a 45,4% das mães do grupo de estudo (filhos fissurados)[17]. Apesar disso, maior quantidade de trabalhos tem demonstrado uma ausência de relação entre consumo de ácido fólico e diminuição dos riscos de fissuras orais. Neogi et al. (2017), relataram em seu trabalho que mais mães de filhos com fissuras (30,6%) realizaram a suplementação com ácido fólico nos primeiros três meses da gestação em comparação a mães de filhos sem fissuras (21,6%), demonstrando a não proteção promovida por esta suplementação9.

Outros fatores ainda pouco estudados tem sido relatados por alguns estudos como disponentes do desenvolvimento das FL/FP, como a exposição materna a certos minerais e produtos químicos[3,19], relatos de infecções durante a gestação[9,14] e consumo de cafeína14; outros fatores variam entre as populações estudadas[3,20]. Entretanto, de um ponto de vista preventivo, compreender os fatores disponentes das FL/FP é uma prioridade[3].

5. CONCLUSÃO

Os fatores de riscos para desenvolvimento das fissuras labiais e palatinas são variados, sendo os que se correlacionam com a história familiar e as questões materno gestacionais significativos. A história familiar se caracteriza como o fator mais preditivo para o desenvolvimento das fissuras craniofaciais.

O conhecimento dos fatores de riscos das fissuras labiais e palatinas é imperativo para o desenvolvimento de abordagens de tratamento e prevenção da condição.

6. REFERÊNCIAS

1. MARTELLI, D. R. B. et al. Non sindromic cleft lip and palate: relationship between sex and clinical extension. Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology, Montes Claros, v. 78, n. 5, p. 1 16-120, set. 2012.

2. NEVILLE, B W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro, Elsevier: Medicina Nacionais, 2009.

3. MBUYI-MUSANZAYI, S. et al. Non-syndromic cleft lip and/or cleft palate: epidemiology and risk factors in lubumbashi (dr congo), a case-control study. Journal Of Cranio-Maxillofacial Surgery, Lubumbashi, v. 46, n. 7, p. 10511058, jul. 2018.

4. FIGUEIRÉDO, C. J. R. et al. Prevaléncia de fissuras orais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, entre 2000 e 2005. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 29-34, mar. 2011.

5. XU, D. P. et al. A Study on Environmental Factors for Nonsyndromic Cleft Lip and/or Palate. Journal Of Craniofacial Surgery, China, v. 29, n. 2, p. 364-367, mar. 2018.

6. CARVALHO, P. H. P. et al. Parental age is related to the occurrence of cleft lip and palate in Brazilian populations. Brazilian Journal Of Oral Sciences, Piracicaba, v. 15, n. 2, p. 167-170, 20 abr. 2016.

7. BORGES, A. R. et al. FISSURAS LABIAIS E/OU PALATINAS NÃO SINDRÓMICAS: Determinantes ambientais e genéticos. Journal Of Dentistry & Public Health, Bahia, v. 5, n. 1, p. 48-58, maio 2014.

8. ESCOFFIÉ-RAMÍREZ, M. et al. Asociación de labio y/o paladar hendido con variables de posición socioeconómica: un estudio de casos y controles. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 10, n. 3, p. 323-329, set. 2010.

9. NEOGI, S. B. et al. Fatores de risco para fissuras orofaciais na Índia: um estudo de caso-controle. Defeitos Congênitos Res. v. 109, n. 16, p. 1284-1291. out. 2017.

10. CUNHA, E. V. et al. Aspectos psicológicos relacionados ao indivíduo com fissura labiopalatal: uma revisão de literatura. SALUSVITA, Bauru, v. 36, n. 4, p. 1 105-1 127, 2017.

11. GLAESER, A et al. Cleft lip and palate: evaluation of the psychological impact using the rosenberg self-esteem scale. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (Rbcp) — Brazilian Journal Of Plastic Sugery, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 187-195, maio. 2018.

12. MISHRA, S. et al. Management of Midline Facial Clefts. J Maxillofac Oral Surg. v. 14, n. 4, p. 883-90. Dec. 2015.

13. SILVA, C. M. et al. Can parental consanguinity be a risk factor for the occurrence of nonsyndromic oral cleft? Early Hum Dev. v. 135, p. 23-26. ago. 2019.

14. DIEN, V. H. A. Maternal exposures and risk of oral clefts in South Vietnam. Birth Defects Res. v. 110, n. 6, p. 527-537. Apr. 2018.

15. CORONA-RIVERA, J. R. et al. Prevalence of orofacial clefts and risks for nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in newborns at a university hospital from West Mexico. Congenit Anom (Kyoto). v. 58, n. 4, p. 117-123. jul. 2018.

16. ESHETE, M. et al. The Role of Environmental Factors in the Etiology of Nonsyndromic Orofacial Clefts. J Craniofac Surg. v. 31, n. 1, p. 113-116. feb. 2020.

17. XU, L. F. et al. A Case-control Study of Environmental Risk Factors for Nonsyndromic Cleft of the Lip and/or Palate in Xuzhou, China. Biomed Environ Sci. v. 28, n. 7, p. 535-8. jul. 2015.

18. JAMILIAN, A. et al. Family history and risk factors for cleft lip and palate patients and their associated anomalies. Stomatologija. v. 19, n. 3, p. 78-83. 2017.

19. FIGUEIREDO, R. F. The role of the folic acid to the prevention of orofacial cleft: an epidemiological study. Oral Dis. v. 21, n. 2, p. 240-7, mar. 2015.

20. LI. H. et al. A discriminant analysis prediction model of non-syndromic cleft lip with or without cleft palate based on risk factors. BMC Pregnancy Childbirth. v. 16, n. 1, p. 368. nov. 2016.

21. MA. J. et al. Parental health and social support in the first trimester of pregnancy and the risk of oral clefts: a questionnaire-based, case-control study. Plast Reconstr Surg. v. 135, n. 1, p. 212-218. jan. 2015.

22. SABÓIA, T. M et al. DLX1 and MMP3 contribute to oral clefts with and without positive family history of cancer. Arch Oral Biol. v. 60, n. 2, p. 223-8. fev, 2015.

23. FALAGAN-LOTSCH, P. et al. The functional EGF+61 polymorphism and nonsyndromic oral clefts susceptibility in a Brazilian population. J. Appl. Oral Sci. v. 23, n. 4, Jul-Aug 2015.

24. ZENG, N. et al. Evaluation of the association of polymorphisms in EYA1, environmental factors, and non-syndromic orofacial clefts in Western Han Chinese. J Oral Pathol Med. v. 44, n. 10, p. 864-9. nov. 2015.

25. BUI, A. H. et al. Association Between Cleft Lip and/or Cleft Palate and Family History of Cancer: A Case-Control Study. Ann Plast Surg. v. 80, n. 4, Suppl 4, p. S178-S181. apr. 2018.

26. SUHL, J. et al. Maternal arsenic exposure and nonsyndromic orofacial clefts. Birth Defects Res. v. 110, n. 19, p. 1455-1467, nov. 2018.

27. SOIM, A. et al. A population-based case-control study of the association between weather-related extreme heat events and orofacial clefts. Birth Defects Res. v. 110, n. 19, p. 1468-1477. nov. 2018.

Capítulo 20

10.37423/220606167

PANORAMA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE INFECÇÕES PARASITÁRIAS EM CRIANÇAS ENTRE 2006 E 2020

Alexandre Wallace Dias Cozer — *Universidade Vale do Rio Doce*

Gabriel Bastos da Silva — *Universidade Vale do Rio Doce*

José Henrique Soares Aragão — *Universidade Vale do Rio Doce*

Artur Barros Almeida — *Universidade Vale do Rio Doce*

Edmar Antonio Chaves Junior — *Universidade Vale do Rio Doce*

Rafael Pereira Martins — *Universidade Vale do Rio Doce*

Messias Carlos Pontes Neto — *Universidade Vale do Rio Doce*

Rodrigo Fernandes Simar — *Universidade Vale do Rio Doce*

Resumo:

Introdução: As Infecções Parasitárias em Crianças (IPCs) representam um importante problema de saúde pública uma vez que crianças são mais vulneráveis a essas infecções e às suas consequências. Muitos países têm negligenciado as IPCs ao desenvolverem suas agendas de saúde e orçamentos, fato que tem prejudica produção científicas sobre o tema. Nesse sentido, análises bibliométricas tem sido útil para identificar o panorama da produção científica para diversas doenças e assim auxiliar nas tomadas de decisão. Desse modo, esse trabalho propõe analisar a produção científica brasileira e mundial sobre IPCs entre 2006 e 2020. **Métodos:** Os descritores "Parasitic diseases" e "Children" foram utilizados para a seleção de documentos indexados na base de dados Scopus entre 2006 a 2020. As variáveis foram organizadas e aplicou-se regressão linear simples através do Graphpad Prism 7. Valores de $p<0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. **Resultados:** USA (18,5%), UK (8,9%) e Brasil (7,8%) foram os países que mais produziram trabalhos sobre IPCs. Entre as UFs do Brasil, São Paulo (34,3%), Rio de Janeiro (32%) e Minas Gerais (17,3%) foram as que mais produziram trabalhos sobre IPCs. As instituições de caráter público se destacaram em relação às de caráter privado, especialmente a FIOCRUZ, USP e UFMG que produziram 19%, 16% e 10,6% das obras sobres IPCs, respectivamente. Notou-se um aumento significativo da produção científica sobre IPCs ao longo dos 15 anos analisados, especialmente sobre esquistossomose, giardíase e Tricuríase. Além disso, revistas e periódicos de países desenvolvidos como London School of Hygiene & Tropical Medicine e Plos Neglected Tropical Diseases foram os principais produtores e propagadores de obras sobre IPCs. **Conclusão:** A produção científica sobre IPCs apresentou aumento crescente entre 2006 e 2020 com participação de países desenvolvidos (USA e UK) e em desenvolvimentos (Brasil). Esse aumento na produção científica parece ser impulsionado pelos aumentos de estudos sobre giardíase, tricuríase e principalmente esquistossomose.

Palavras-Chaves: Criança, doenças parasitárias, análise bibliométrica.

INTRODUÇÃO

As infecções parasitárias permanecem como um relevante problema de saúde pública, sendo que mais de 1 bilhão de pessoas em todo mundo estão infectadas com helmintos transmitidos pelo solo (Ascaris lumbricoides, ancilostomídeos e Trichuris trichiura) e Schistosoma spp.[1-3]. Essas infecções podem afetar principalmente populações rurais empobrecidas, que vivem em áreas geográficas muito remotas ou socialmente marginalizadas, o que permite classifica-las como doenças tropicais negligenciadas (DTNs)[4,5]. Ente as DTNs, a esquistossomose possui considerável relevância por estar presente em cerca de 78 países, sendo que destes, 52 apresentam transmissão moderada a alta da doença[6]. As crianças são mais vulneráveis às infecções parasitárias devido às inadequadas práticas de higiene pessoal e cuidado com a saúde, além da imaturidade do sistema imune[7,8]. Além disso, o efeito antinutricional causado pelas infecções parasitárias faz das crianças um grupo particularmente susceptível em função da maior demanda energética[9]. Com relação à Pesquisa e Desenvolvimento envolvendo às infecções parasitárias, os países desenvolvidos parecem desempenhar um papel de liderança uma vez que a quantidade de trabalhos científicos está intimamente relacionada com o investimento[10]. Nesse sentido, muitos países têm negligenciado essas doenças ao desenvolver agendas de saúde e orçamentos uma vez que geralmente elas não desencadeiam surto de pandemia nem mortalidade maciça[11]. Além disso, quanto maior o número e a qualidade das produções científicas em determinada área, melhores serão as estratégias para prevenção, tratamento e consequente redução dos gastos públicos[12]. Apesar de ainda serem utilizadas com pouca frequência, a análise bibliométrica tem se mostrado eficaz para a descrição quantitativa da produção científica sobre um grupo de doenças ou uma doença específica[13-16]. Levando em consideração a escassez de publicações sobre análises bibliométricas envolvendo esse tema, o objetivo do presente trabalho é analisar a produção científica brasileira e mundial sobre IPCs num período de 15 anos a fim de fornecer uma referência para pesquisadores relacionados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo bibliométrico através da seleção de documentos a partir da base de dados Scopus no período entre 2006 a 2020. A Scopus indexa inúmeros títulos acadêmicos de qualidade e com rigor metodológico e vem sendo utilizada para trabalhos de outros autores[15,17]. Aplicou-se a combinação dos descritores de busca “Parasitic diseases” e “Children”, conforme o acervo dos descritores em ciências da saúde (DeCS/MeSH). A obtenção e análise dos dados foram realizadas em maio de 2021 e como novas informações são geradas a todo o momento, os resultados obtidos podem

ser atualizados. As variáveis referentes aos trabalhos científicos observadas foram: País de origem, parasitos envolvidos, ano da publicação, instituição, modalidade de publicação, área do conhecimento, periódico, autores e unidade da federação brasileira de origem da obra. Utilizou-se o programa estatístico Graphpad Prism 7, com a regressão linear simples para avaliar a progressão temporal das pesquisas. Valores de $p<0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA MUNDIAL SOBRE INFECÇÕES PARASITÁRIAS EM CRIANÇAS (IPCS)

Entre as produções científicas disponíveis na plataforma *Scopus*, foi possível identificar 3.870 obras sobre IPCs no período entre 2006 e 2020, sendo que 149 países contribuíram para essa produção através de recursos financeiros, técnicos e científicos. Dentre os países que mais contribuíram, destacam-se os Estados Unidos da América, que publicaram 18,5% (n=719) do total de obras, seguido pelo Reino Unido que contribuiu com 8,9% (n=346) e pelo Brasil que publicou 7,8% (n=300) do total (**Figura 1)**. Ressalta-se que os autores com maior produção científica sobre IPCs a nível mundial são Jürg Utzinger, com 68 obras publicadas e 14.627 citações, seguido por Hermann Feldmeier, com 28 publicações e 3.589 citações.

CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE INFECÇÕES PARASITÁRIAS EM CRIANÇAS (IPCS)

A contribuição de cada estado brasileiro para a produção científica nacional sobre IPCs está representada na **figura 2**. O estado de São Paulo foi o que mais se destacou, sendo responsável por 34,3% (n =103) das publicações, seguido do Rio de Janeiro, com 32% (n =96) e por Minas Gerais, 17,3% (n =52). É importante destacar que os estados brasileiros com menor produção acerca das parasitoses em crianças são o Maranhão e Roraima, sendo que nenhuma obra foi produzida por Instituições desses estados segundo a Scopus. Entre as instituições de ensino e pesquisa brasileiras, destacam-se aquelas de natureza pública por apresentarem maior número de produções científicas sobre o tema. Segundo dados coletados através da Scopus, ao considerar os descritores "*Parasitic diseases*" e "*Children*", nenhuma instituição privada publicou trabalhos científicos sobre IPCs no período avaliado. Além disso, os dados encontrados apontam para a Fundação Oswaldo Cruz, com 19% (n=57) das produções,

Universidade de São Paulo, com 16% (n=48) das obras e pela Universidade Federal de Minas Gerais com 10,6% (n= 32) como as instituições de pesquisas que mais obras publicaram sobre o tema.

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE PUBLICAÇÕES SOBRE IPCS ENTRE 2006 E 2020.

Nossos resultados apontam para a esquistossomose como a infecção parasitária mais estudada entre populações infantis, sendo que 59.80% (n=2.317) das obras envolviam essa doença, seguida de giardíase (28.40%), tricuríase (15.50%), amebíase (14.80%), estrongiloidíase (8,13%), teníase (5,10%), ancilostomose (2.09%) e oxiuríase (0.64%) (**Figura 3**). Ressalta-se que devido à algumas obras científicas envolverem mais de uma infecção parasitária, as frequências podem ultrapassar 100%. A análise da evolução da produção científica segundo dados da Scopus revelou um aumento significativo do número de publicações sobre IPCs ao longo do período investigado (**Figura 4**). Além disso, entre as doenças parasitárias, nota-se um aumento significativo do número de estudos sobre esquistossomose (**Figura 5A**), giardíase (**Figura 5B**) e Tricuríase (**Figura 5C**).

CARACTERIZAÇÃO DAS OBRAS CONFORME A INSTITUIÇÃO, PERIÓDICO E ÁREA DE CONHECIMENTO

Levando em conta que os estudos bibliométricos possibilitam identificar as instituições mais produtivas, os periódicos com maior número de publicações e as áreas de conhecimento envolvidas, evidenciou-se que a London School of Hygiene & Tropical Medicine foi a instituição que mais produziu trabalhos científicos sobre IPCs, o que corresponde a 0.026% (n=102) do total de obras publicadas, seguida pelo Swiss Tropical and Public Health Institute (0.025 %) e pelo Centers for Disease Control and Prevention, (0.024). Entre os periódicos, a Acta Tropical apresenta o maior número de publicações (n=147) o que corresponde 3.80% das obras, seguida da Plos Neglected Tropical Diseases (3.54%) e da American Journal Of Tropical Medicine And Hygiene (2.95%). Nessa análise, verificou-se ainda que as áreas do conhecimento mais frequentemente associadas à publicação sobre IPCs são a medicina (87.36%), imunologia e microbiologia (28.60%) e agricultura e ciências biológicas (10.23%). Vale lembrar que devido a possibilidade de enquadrar um obra científica em mais de uma área do conhecimento, as frequências podem ultrapassar 100%.

DISCUSSÃO

O estudo atual foi realizado para apresentar um panorama das pesquisas sobre IPCs num período de 15 anos. A avaliação quantitativa e qualitativa da investigação científica sobre IPCs pode aumentar a

eficiência das estratégias para prevenção e tratamento dessas doenças, colaborando com as políticas de saúde pública. As crianças em situações de vulnerabilidade econômica e social representam um importante grupo de risco para infecções parasitárias[7]. De acordo com a OMS, as infecções parasitárias estão entre as três primeiras causas que elevam os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) nos países do BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul). Além disso, aproximadamente 30% das crianças com risco de contaminação por geohelmintíases em todo o mundo são provenientes desses países[18]. Nossos resultados mostram que países desenvolvidos como Estados Unidos e Reino Unido ocupam os primeiros lugares em relação à produção científica sobre IPCs. Essa elevada produtividade pode ser justificada pelo maior investimento dos países desenvolvidos em Pesquisa e Desenvolvimento[10.] Os Estados Unidos se apresentam como o país com maior número de pesquisas científicas sobre doenças infecciosas, seguido por China, Inglaterra e França[16]. Apesar do modesto investimento público em pesquisa e desenvolvimento observado nos países em desenvolvimento, o BRICS apresenta desenvolvimento econômico crescente, maiores investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento para doenças negligenciadas e consequentemente, maior produção científica[10]. Nossos dados mostram o Brasil como terceiro país do mundo com relação ao número de produção científica sobre IPCs. Dados recentes evidenciam que um rápido aumento na produção científica brasileira vem sendo notado com o passar dos anos[10]. Além disso, os Estados Unidos e o Brasil são os países com maiores números de produções científicas sobre helmintíases transmitidas pelo solo entre todos os países do mundo e da América latina e caribe, respectivamente[19]. Nossos resultados confirmam o protagonismo dos países desenvolvidos em relação à divulgação da produção científica sobre IPCs. As revistas London School of Hygiene & Tropical Medicine, Swiss Tropical and Public Health Institute e Centers for Disease Control and Prevention situadas na Inglaterra, Suíça e Estados Unidos, respectivamente, foram as que mais se destacaram. Além disso, o periódico holandês Acta Tropical e os norte-americanos Plos Neglected Tropical Diseases e American Journal Of Tropical Medicine And Hygiene foram os que apresentaram maior número de publicações sobre o tema. Devido ao destaque em relação produção e divulgação da pesquisa científica, os países desenvolvidos também apresentam considerável papel nos estudos sobre agentes terapêuticos lançados para o tratamento de parasitoses nos últimos anos[20]. Uma análise bibliográfica recente, sobre doenças infecciosas, também identificou um elevado nível de produtividade científica pelas instituições e revistas norte-americanas e do Reino Unido[16]. Com relação à produção científica brasileira sobre as IPCs, observou-se um protagonismo de instituições de caráter público. Isso pode ser explicado pelo investimento público ser a maior fonte de renda na área de pesquisa no Brasil e pela maior parte dos programas de pós-graduação serem

ofertados por Universidades Públicas, principalmente, no âmbito federal[21,22]. Vale ressaltar que, sendo a Scoppus, nenhuma universidade privada publicou trabalhos científicos sobre IPCs. O número de universidades privadas que investem em programas de pós-graduação stricto sensu ainda é muito pequeno, uma vez que essas instituições sobrevivem de mensalidades e o custo para a pesquisa científica é elevado. Levando em conta esse perfil, apesar da busca pelo crescimento na área de produção científica, dificilmente conseguem concorrer em termos de produção com universidades públicas[21]. Além das instituições públicas terem se destacado em comparação às privadas, a localização dessas instituições parece ser relevante uma vez que os estados do sudeste brasileiro apresentam maior produtividade. A existência de tradicionais centros que desenvolvem pesquisas voltadas para a saúde da criança e do adolescente, a presença de instituições que historicamente apresentam alta produtividade e maior concentração de pesquisadores bolsistas do CNPq são alguns dos fatores que podem explicar a maior produtividade científica da região sudeste[23]. Entre as infecções parasitárias, houve um aumento da produção científica sobre esquistossomose, giardíase e tricuríase, sendo a esquistossomose a doença com maior frequência de estudos publicados. Entre as DTNs, a esquistossomose possui considerável relevância por apresentar transmissão moderada a alta em diversos países[6]. De acordo com as bases de dados Thomson Reuters Web e Science (WoS) Core Collection, entre os anos 2010 e 2019, a esquistossomose foi o oitavo assunto com maior número de publicações científicas entre as doenças tropicais negligenciadas[20]. No Brasil, a esquistossomose tem sido tema de artigo científico desde 1987 e a prevalência dessa doença sofreu um decréscimo significativo em comparação aos anos anteriores, fato este que pode ser explicado pelos investimentos em infraestrutura sanitária em decorrência do processo de urbanização e do tratamento sistemático dos casos diagnosticados[24,25]. A Giardíase é uma doença prevalente nos países em desenvolvimento, pois as más condições sanitárias favorecem a contaminação da água e dos alimentos com cistos. Aproximadamente 200 milhões de pessoas têm giardíase sintomática na Ásia, África e América Latina, e cerca de 500.000 novos casos são relatados a cada ano[26]. O primeiro estudo bibliométrico sobre giardíase mostrou um crescimento constante da produção científica sobre o tema ao longo de 40 anos (1971 a 2010). Essa evolução pode ter colaborado com a melhoria progressiva em saneamento e com o enfraquecimento da letalidade devido à giardíase[27]. Ressalta-se que a escassez de análises bibliométricas sobe IPCs pode ser utilizada para ilustrar como muitos países têm negligenciado essas doenças ao desenvolver agendas de saúde e orçamentos uma vez que geralmente elas não desencadeiam surto de pandemia nem mortalidade maciça[11]. Diante disso, mais análises bibliométricas sobre IPCs são necessárias a fim de fornecer evidências cada vez mais precisas sobre o

tema. Essas análises podem colaborar para uma gestão de recursos em Pesquisa e Desenvolvimento mais eficiente, favorecendo a adoção de medidas para o diagnóstico, prevenção e tratamento dessas doenças, especialmente em grupos de maior vulnerabilidade.

CONCLUSÃO

Tantos países desenvolvidos (USA e UK) quanto em desenvolvimento (Brasil) vem se destacando em relação à produção científica sobre doenças parasitárias em crianças. Além disso, giardíase, tricuríase e principalmente esquistossomose são os temas que mais têm colaborado para o crescimento da produção científica sobe IPCs. Desse modo, esse trabalho destaca a importância do fortalecimento das políticas de investimento em pesquisa e desenvolvimento sobre IPCs.

REFERÊNCIAS

1. COLLEY, Daniel G. et al. Human schistosomiasis. The Lancet, v. 383, n. 9936, p. 2253-2264, 2014.

2. HOTEZ, Peter J. et al. The global burden of disease study 2010: interpretation and implications for the neglected tropical diseases. PLoS neglected tropical diseases, v. 8, n. 7, p. e2865, 2014.

3. YAP, Peiling et al. Effect of deworming on physical fitness of school-aged children in Yunnan, China: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. PLoS neglected tropical diseases, v. 8, n. 7, p. e2983, 2014.

4. Fenwick, A.; Molyneux, D.; Nantulya, V. Achieving the Millennium Development Goals. Lancet 2005, 365, 1029–1030.

5. Hotez, P.J.; Molyneux, D.H.; Fenwick, A.; Kumaresan, J.; Sachs, S.E.; Sachs, J.D.; Savioli, L. Control of neglected tropical diseases. N. Engl. J. Med. 2007, 357, 1018–1027.

6. WHO. Schistosomiasis. Fact Sheet No 115. 2020 [cited 2020 Jan 20]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs115/en/

7. HARHAY, Michael O.; HORTON, John; OLLIARO, Piero L. Epidemiology and control of human gastrointestinal parasites in children. Expert review of anti-infective therapy, v. 8, n. 2, p. 219-234, 2010.

8. MAHMUD, Mahmud Abdulkader et al. Efficacy of handwashing with soap and nail clipping on intestinal parasitic infections in school-aged children: a factorial cluster randomized controlled trial. PLoS medicine, v. 12, n. 6, p. e1001837, 2015

9. SITOTAW, Baye; SHIFERAW, Wakgari. Prevalence of intestinal parasitic infections and associated risk factors among the first-cycle primary schoolchildren in Sasiga District, Southwest Ethiopia. Journal of parasitology research, v. 2020, 2020.

10. Bai, Jing, et al. "Bibliometric study of research and development for neglected diseases in the BRICS." Infectious diseases of poverty 5.1 (2016): 1-10.

11. World Health Organization. Global Burden of Disease (GBD). Accessed 20 May 2015. Available at http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/.Geneva; 2015.

12. DE OLIVEIRA LIMA, Miguel et al. Produção científica brasileira sobre sífilis congênita: um estudo bibliométrico a partir da base scopus. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 2, p. 13516-13534, 2021.

13. Okorie PN, Bockarie MJ, Molyneux DH, Kelly-Hope LA. Neglected tropical diseases: a systematic evaluation of research capacity in Nigeria. PLoS Negl Trop Dis. 2014;8:e3078.

14. Perilla-Gonzalez Y, Gomez-Suta D, Delgado-Osorio N, Hurtado-Hurtado N, Baquero-Rodriguez JD, Lopez-Isaza AF, et al. Study of the scientific production on leishmaniasis in Latin America. Recent Pat Antiinfect Drug Discov. 2014;9:216–22.

15. CARDOSO, Daniel Madeira et al. Análise e caracterização da produção científica sobre a COVID-19 e sua associação com a mortalidade e ocorrência de casos. Revista Transformar, v. 14, n. 2, p. 163-189, 2020.

16. Yang, Wenting, Jiantong Zhang, and Ruolin Ma. "The Prediction of Infectious Diseases: A Bibliometric Analysis." International Journal of Environmental Research and Public Health 17.17 (2020): 6218.

17. Sweileh, Waleed M., et al. "Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000–2016)." BMC public health 18.1 (2018): 1-18.

18. World Health Organization. Tropical diseases. Accessed 01 Nov 2015. Available at http://www.who.int/topics/tropical_diseases/en/.

19. Fontecha, Gustavo, Ana Sánchez, and Bryan Ortiz. "Publication Trends in Neglected Tropical Diseases of Latin America and the Caribbean: A Bibliometric Analysis." *Pathogens* 10.3 (2021): 356.

20. Weng, Hong-Bo, Hai-Xia Chen, and Ming-Wei Wang. "Innovation in neglected tropical disease drug discovery and development." Infectious diseases of poverty 7.1 (2018): 1-9.

21. (Hilu, L., & Gisi, M. L. (2011, November). Produção científica no Brasil: um comparativo entre universidades públicas e privadas. In Vosgerau DSR, Ens RT, organizadoras. Formação para mudanças no contexto da educação: políticas, representações sociais e práticas: Anais do 10º Congresso Nacional de Educação, 1º Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação (pp. 7-10).

22. Costa, Joana Simões de Melo, et al. "Expansão da educação superior e progressividade do investimento público." (2021).

23. Rossoni, L., & Hocayen-da-Silva, A. J. (2009). Administração da informação: a produção científica brasileira entre 2001 e 2006. Revista Eletrônica de Administração, 15(2), 422-446.

24. Miriam T. Schistosoma mansoni: protective antigens. In Mem Inst Oswaldo Cruz. 1987;82:125–8.

25. Katz, Naftale. "Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansoni e Geo-helmintoses." (2018).

26. Cacciò, Simone M., and Hein Sprong. "Epidemiology of giardiasis in humans." Giardia. Springer, Vienna, 2011. 17-28.

27. Escobedo, Angel A., et al. "A bibliometric study of international scientific productivity in giardiasis covering the period 1971–2010." The Journal of Infection in Developing Countries 9.01 (2015): 076-086.

FIGURAS E TABELAS

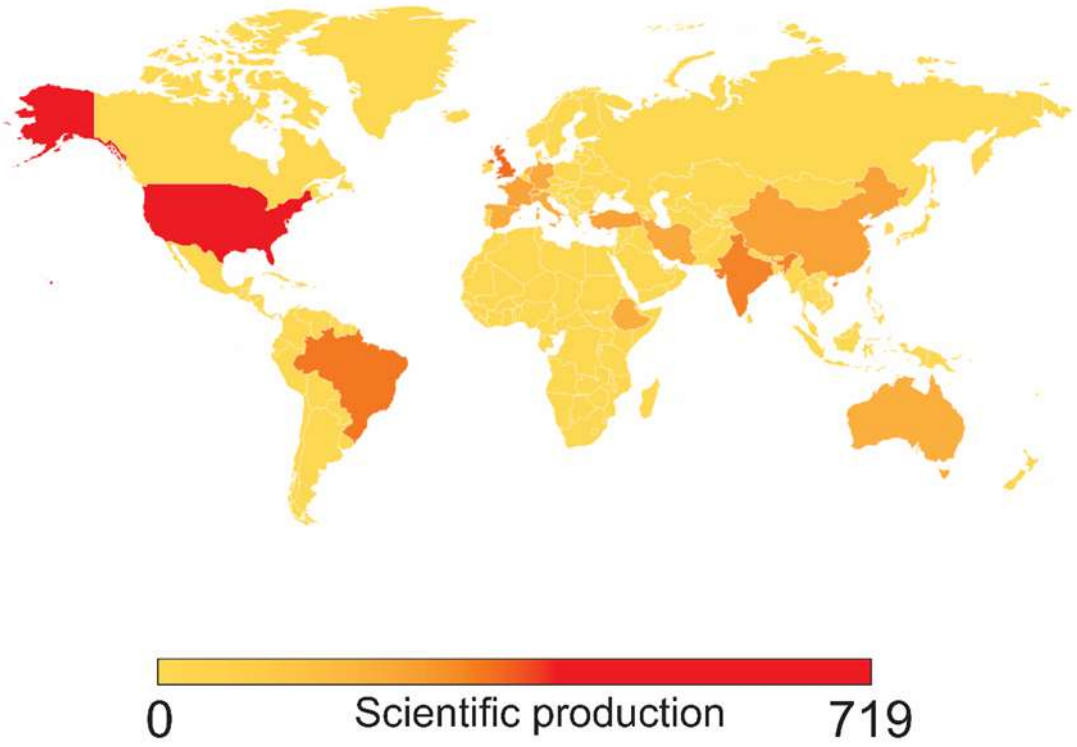


Figura 1- Distribuição da produção científica mundial sobre doenças parasitárias em crianças no período de 2006 a 2020. Cada país do mapa foi colorido obedecendo uma escala de cores relacionada ao número de obras científicas publicadas. A escala de cores vai do amarelo claro ao vermelho, sendo que quanto maior o número de publicações científicas daquele país, mais escura será sua cor no mapa.



Figura 2- Distribuição da produção científica brasileira sobre doenças parasitárias em crianças no período de 2006 a 2020. Cada Unidade Federativa (UF) do Brasil foi colorida obedecendo uma escala de cores relacionada ao número de obras científicas publicadas. A escala de cores vai do azul claro ao roxo, sendo que, quanto maior o número de publicações científicas daquele estado mais escura será sua cor no mapa.

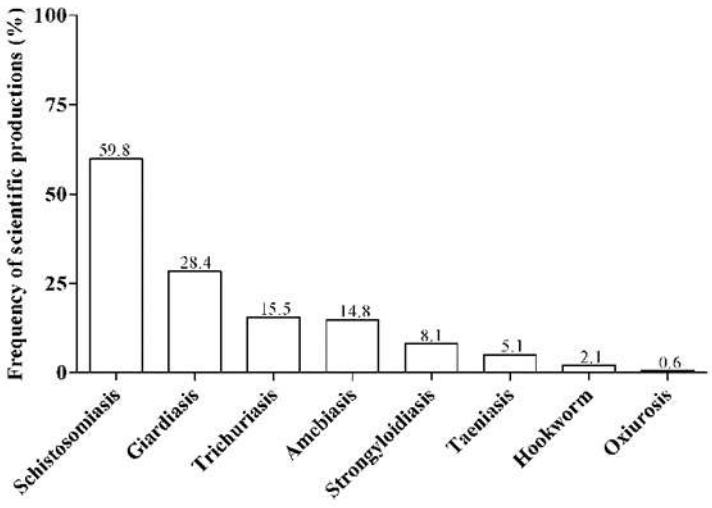


Figura 3 - Frequência de produções científicas de acordo com as infecções parasitárias entre crianças. As frequências relativas de produções científicas estão dispostas no eixo y e no eixo x encontram-se as infecções parasitárias organizadas por ordem decrescente de frequência. Devido à algumas obras científicas envolverem mais de uma infecção parasitária, as frequências podem ultrapassar 100%.

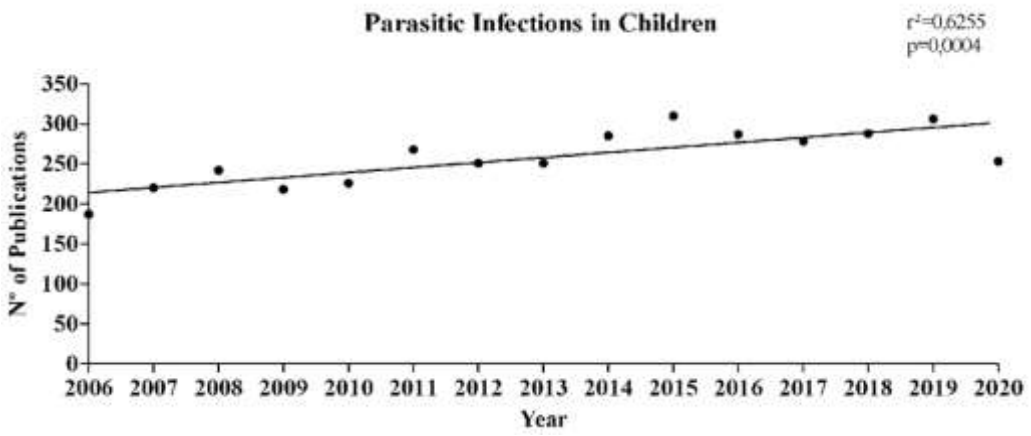


Figura 4 - **Evolução temporal do número de publicações científicas sobre infecções parasitárias em crianças.** Identificou-se o número de publicações científicas sobre infecções parasitárias em crianças realizadas em cada ano, entre 2006 e 2020. A parti desses valores, realizou-se análise de regressão linear e os resultados com valores de $p < 0,005$ foram considerados estatisticamente significativos.

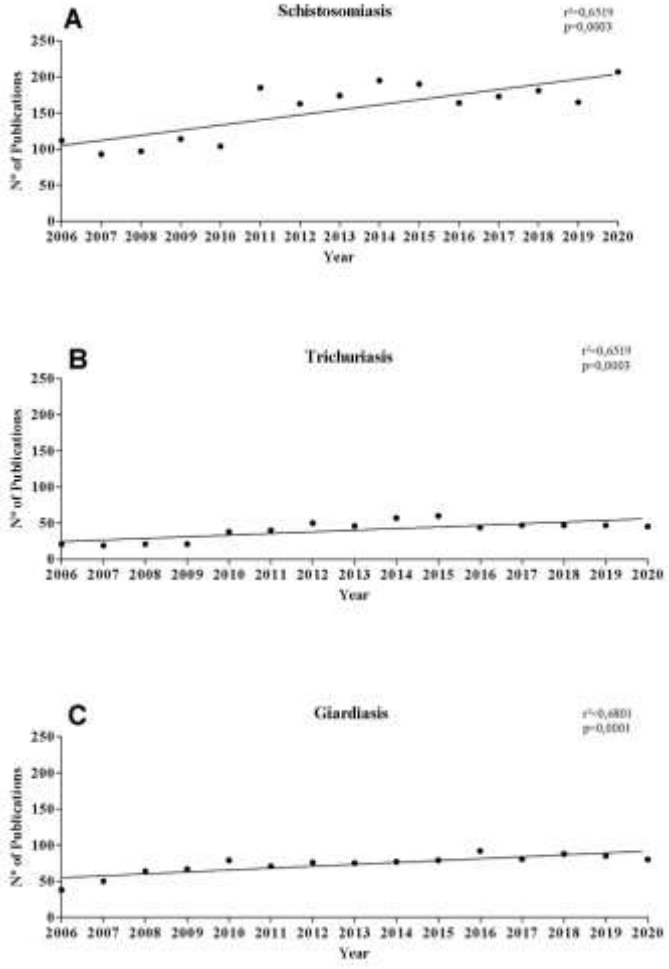


Figura 5 - **Evolução temporal do número de publicações científicas sobre Esquistossomose, Giardíase e Tricuríase.** A análise de regressão linear foi realizada a partir do número de publicações sobre

infecções parasitárias específicas (esquistossomose, giardíase e tricuríase) entre 2006 e 2020. Os resultados com valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

AGRADECIMENTOS

Os autores expressam seus agradecimentos à Universidade Vale do Rio Doce por promover e incentivar a pesquisa em Governador Valadares-MG.

Capítulo 21

10.37423/220606171

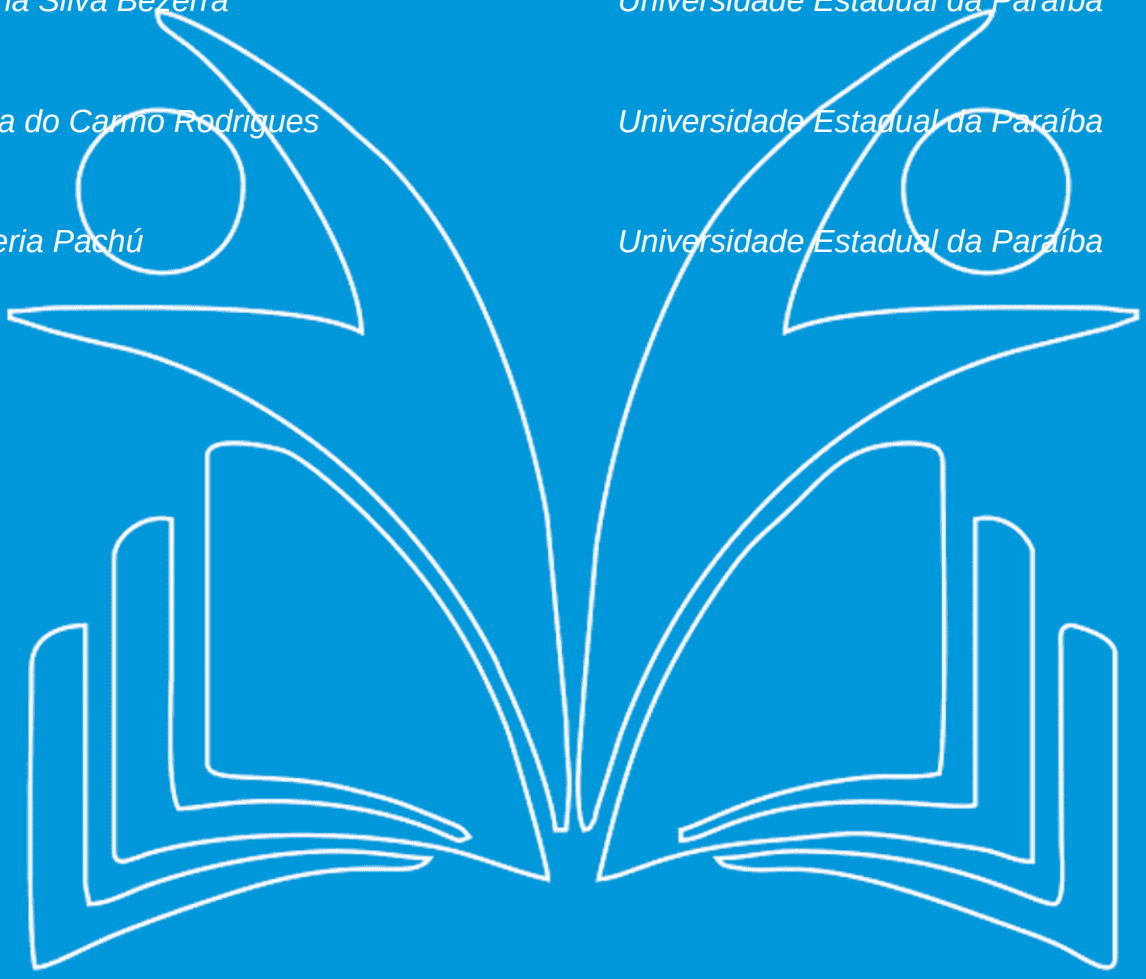
SÍNDROME DA ABSTINÊNCIA: PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES EM IDOSOS TABAGISTAS

Maria Eduarda Lima Oliveira — *Universidade Estadual da Paraíba*

Brenda Maria Silva Bezerra — *Universidade Estadual da Paraíba*

Adélia Maria do Carmo Rodrigues — *Universidade Estadual da Paraíba*

Clésia Oliveria Pachú — *Universidade Estadual da Paraíba*



Resumo: No campo do envelhecimento, a chegada da terceira idade torna o indivíduo mais suscetível a danos no bem-estar. Nesse sentido, é importante planejar possíveis intervenções com o intuito de melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa e minimizar os danos à saúde, sendo a cessação tabágica uma intervenção de muita relevância. Objetivou-se neste estudo avaliar a manifestação dos sintomas da síndrome da abstinência durante o processo de descontinuação ao fumo. A presente pesquisa quantitativa descritiva foi realizada com pacientes tabagistas com idade igual ou superior a 60 anos que buscaram o Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba para tratamento do tabagismo. A partir dos resultados foi possível observar que pelo fato dos idosos possuírem um tempo maior de exposição a substância, os sintomas da abstinência se manifestam de maneira mais acentuada o que configura um risco maior à recaída. Desse modo, é necessário individualizar o paciente para que receba um tratamento condizente a sua necessidade tornando este processo menos árduo com a redução do aparecimento dos sintomas de abstinência e, por conseguinte, refrear o risco à recaída viabilizando o êxito na cessação tabágica e na melhora da qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Tabagismo. Idosos. Abstinência.

INTRODUÇÃO

O Brasil, como os demais países em desenvolvimento, tem apresentado um novo padrão demográfico caracterizado pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações em sua estrutura etária, apresentando aumento expressivo da população idosa (IBGE, 2009). Tais modificações são responsáveis também por mudanças no perfil epidemiológico da população, visto que, com o processo de envelhecimento, esta torna-se mais suscetível a danos ao bem-estar e relacionados à saúde. Neste viés, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) tornam-se bastante comuns na população idosa, sendo uma das principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade nesta faixa etária (OPAS, 2005).

Neste contexto, no final dos anos 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS), adotou o termo "envelhecimento ativo" por considerar o termo mais abrangente que o "envelhecimento saudável". Desse modo, não se limita apenas às medidas que buscam otimizar as oportunidades de saúde da pessoa idosa, mas diversos aspectos que podem influenciar na comodidade e bem-estar de idosos. Dentre as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde (2011), encontra-se a promoção do envelhecimento saudável e ativo. E para alcançar esse objetivo, faz-se necessário que a pessoa idosa mantenha a autonomia preservada, bem como, os hábitos saudáveis: alimentação balanceada, prática de atividades físicas, manutenção de uma convivência social e a realização de práticas prazerosas (OPAS, 2005). Demonstra-se ser importante, também, o esclarecimento acerca de práticas prejudiciais, como o consumo de bebidas alcoólicas, automedicação e, em especial, o tabagismo, objeto do presente estudo. O tabagismo é reconhecido como a maior causa de morte prevenível na atualidade, responsável por mais de 5 milhões de mortes anuais. Estima-se que até 2030, se não houver medidas urgentes contra o tabagismo, esse índice poderá ultrapassar oito milhões de mortes (ZAITUNE et al., 2012). Dentre as principais razões das mortes causadas pelas doenças tabacorrelacionadas, pode-se citar as doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer de pulmão. Em idosos resulta em quadros de pneumonia, enfisema pulmonar e bronquite crônica. Comporta-se, ainda, como fator de risco para problemas como aterosclerose e disfunções endoteliais, bem como, a tendência a desenvolver hipertensão, diabetes mellitus e obesidade. Tem-se que, o tabagismo representa uma fonte de risco e a causa principal para diversas doenças (MARQUES et al., 2001; GOULART et al., 2010) Ademais, o tabagismo se apresenta como acelerador do envelhecimento, comprometendo a qualidade e a expectativa de vida do tabagista. Dá-se, principalmente, porque o cigarro possui em sua composição aproximadamente 4.700 substâncias

tóxicas, nas quais 60 são cancerígenas e uma delas, a nicotina, é o principal componente viciante presente no cigarro, responsável por tornar os indivíduos dependentes (ZAITUNE et al., 2012). A dependência à nicotina é um transtorno crônico, progressivo e recorrente. Assim, tem-se que, quanto maior for o consumo do cigarro, maior será a dependência à nicotina por ser uma droga psicoestimulante. Isso significa que outros hormônios psicoativos serão liberados ao fumar, como dopamina e norepinefrina, proporcionando ao tabagista a sensação de prazer e relaxamento, comumente relatado entre os usuários (MARQUES, 2001). Logo, esta dependência conduz à neuroadaptação, necessidade de quantidades progressivas da droga para obter o efeito inicial. No caso dos idosos, os efeitos negativos do cigarro são mais intensos devido ao fato de um tempo maior de iniciação tabágica e, consequentemente, maior nicotino-dependência, tornando-lhes como o grupo de maior dificuldade para abandonar o vício. O insucesso em abandonar os hábitos tabágicos decorre do aparecimento dos sintomas da síndrome de abstinência oriundas da dependência à nicotina, uma vez que, são extremamente desagradáveis. (ZAITUNE et al., 2012; CAVALCANTE, 2019).

Atualmente, há diversos mecanismos para diagnosticar a síndrome de abstinência, como também escalas para avaliar a presença e a gravidade desses sintomas em pacientes que buscam a cessação tabágica (PIETROBON, 2007). Para obter sucesso na tentativa se faz necessário conhecer o paciente e considerar fatores como, a iniciação tabágica, a quantidade de cigarros por dia, as tentativas de parar fumar, a quantidade de tempo que descontinuou o fumo, as características relacionadas ao ambiente familiar e profissional, aos fatores emocionais, ao modo de fumar – se traga profundamente, em jejum, acorda à noite para fumar, se fuma o cigarro até o filtro – (CAVALCANTE, 2019). Por fim, chegar à decisão de parar de fumar. A persistência ao fumo e a dificuldade em abandoná-lo são bastantes conhecidos. Na grande maioria dos casos, até que alcance a cessação tabágica, são realizadas diversas tentativas ao longo da vida. (NUNES, 2011).

Dentre os sintomas associados a síndrome de abstinência, destacam-se os psicológicos, como humor disfórico ou deprimido, insônia e sonolência diurna, irritabilidade, frustação ou raiva, ansiedade, dificuldade para concentrar-se e para manter a atenção, inquietação, fissura ou craving; os sintomas biológicos como diminuição da frequência cardíaca, diminuição da pressão arterial, aumento do apetite, ganho de peso, falta de coordenação motora e tremores; e, por último, os sintomas sociais, que consistem no relacionamento social instável em consequência do estado ansioso. Estes podem ter duração de meses ou, se muito dependente for o indivíduo, não são bem tolerados, dificultando o processo de abandono ao cigarro (NUNES, 2011). De acordo com Marques et al. 2001, a diminuição

de 50% no consumo da nicotina já seria capaz de causar o aparecimento dos sintomas de abstinência nos indivíduos dependentes. Esta, é mediada pela noradrenalina e começa 08 (oito) horas após o último cigarro, atingindo o pico no terceiro dia, conforme o estudo. A presente intervenção social foi realizada com pacientes tabagistas com idade igual ou superior a 60 anos que buscaram o Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, no período de fevereiro a abril de 2019. O presente estudo tem por objetivo refletir acerca das manifestações da síndrome da abstinência apresentadas por idosos tabagistas.

METODOLOGIA

Foi realizada intervenção social com tabagistas que buscaram voluntariamente o Programa Multidisciplinar de Tratamento de Tabagistas (PMTT), desenvolvido no Hospital Universitário de Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande, em parceria com a Universidade Estadual da Paraíba e Universidade Maurício de Nassau, no período de fevereiro a novembro de 2019. Foram acompanhados 41 participantes do tratamento de tabagistas, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos.

O PMTT constitui-se por grupos trimestrais de tabagistas que buscam voluntariamente o tratamento. Os pacientes são sabedores por meios sociais, em sua grande maioria, amigos e internet, acerca dos encontros semanais do PMTT, durante as tardes de sexta-feira. Na semana inicial, foi realizada uma palestra visando esclarecer aos pacientes acerca das metodologias e procedimentos realizados por todas as equipes durante o tratamento. A palestra acerca das peculiaridades de cada equipe, representando a multidisciplinariedade presente no Programa, englobando os cursos da área de saúde: Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Educação Física e Psicologia.

A Equipe de Farmácia realiza a Consulta Farmacêutica, na qual foram traçados o perfil socioeconômico, histórico tabagista e farmacoterapêutico do paciente, e, avaliação do nível de dependência à nicotina por meio do Teste de Fargeström. Ao se ter conhecimento das peculiaridades de cada paciente, caso necessário e possível, o tratamento foi iniciado e complementado com a utilização de Cloridrato de Bupropiona (Bup) visto que, além de ser comprovadamente eficaz no tratamento de cessação tabágica, auxilia na redução dos sintomas da síndrome de abstinência. (NUNES, 2011).

Durante os encontros semanais, os pacientes são acompanhados quanto a possível manifestação dos efeitos adversos do Cloridrato de Bupropiona (BUP) como também, quanto aos sintomas da síndrome de abstinência como a ansiedade, a depressão, a dificuldade de concentração, a fome excessiva, a

insônia e a irritabilidade. Este artigo se limitará a refletir acerca da síndrome de abstinência à nicotina apresentada por tabagistas em tratamento.

Observa-se, ser necessária a classificação do grau de dependência à nicotina apresentada pelos pacientes no sentido de direcionar a um tratamento mais apropriado. Em especial para idosos que, normalmente, possuem esse grau de dependência maior e comumente durante o processo de descontinuação tabágica, a síndrome da abstinência costuma se manifestar de maneira mais intensa. Dessarte, faz-se necessário a individualização do tratamento dos pacientes para que recebam o tratamento de acordo com suas particularidades a fim de aumentar as chances de sucesso no tratamento e preservar seu estado de saúde. Os assistidos pelo PMTT participaram de retornos quinzenais por um período de três meses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram registrados a partir do acompanhamento de 41 assistidos inseridos no Programa Multidisciplinar de Tratamento Tabagista (PMTT) realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba. Dentre os participantes da presente intervenção 68,3% (n=28) correspondiam ao sexo feminino e 31,7% (n=13) ao sexo masculino destes, 75,6% (n=31) estavam entre a faixa etária de 60 a 69 anos, 19,5% (n=8) entre 70 a 79 anos de idade e apenas 4,9% (n=2) tinham 80 anos ou mais.

Por meio de anotações realizadas durante a Consulta Farmacêutica de cada paciente (Tabela 1), foi possível observar que a ansiedade é o sintoma mais incidente, com a porcentagem de 41,46%; 14,63% dos entrevistados apresentaram depressão; 14,63% sentiram dificuldade de concentração; 29,27% apresentaram fome excessiva; 34,15% insônia; 24,39% sentem-se irritados e apenas 4,88% dos assistidos passaram pelo processo de descontinuação tabágica sem manifestar sintomas de abstinência.

Tabela 1 – Sintomas referentes à síndrome de abstinência apresentados por idosos assistidos pelo PMTT.

SINTOMAS	**Nº**	**%**
Ansiedade	17	41,46
Depressão	6	14,63
Dificuldade de concentração	6	14,63

Fome excessiva	12	29,27
Insônia	14	34,15
Irritabilidade	10	24,39
Não apresentaram sintomas	2	4,88

Fonte: Autoria própria, 2020.

Assim como toda droga, o cigarro proporciona uma sensação de bem-estar, reduz a reatividade aos estímulos que causam irritação, aumenta a capacidade de concentração e reduz o apetite. Embora as informações acerca dos riscos que o uso contínuo do cigarro pode causar no organismo serem bastantes difundidas, bem como o reconhecimento do tabagismo pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das doenças de maior impacto negativo a nível mundial não representam, ainda assim, motivações suficientes para cessação tabágica. Observa-se que, o número de tabagistas aumenta exponencialmente principalmente nos países em desenvolvimento e prevalece entre os homens em comparação às mulheres (INCA, 2019). No Brasil, dada a Política de Tratamento do Tabagismo encampada pelo Instituto Nacional do Câncer, órgão executor do Ministério da Saúde, o número tem sido reduzido, ano a ano, mesmo diante do marketing agressivo da indústria tabágica.

Em contrapartida, de acordo com Hughes (2001), os fumantes que são mais dependentes ao cigarro demonstram pouca motivação para abandoná-lo devido à falta de confiança em almejar o objetivo e por temer o sofrimento provocado pela síndrome de abstinência durante o tratamento. Estímulos negativos como privar-se de uma atividade prazerosa na qual o indivíduo tem como hábito, pode desencadear sintomas como ansiedade, falta de concentração, depressão e irritabilidade –próprios da síndrome da abstinência.

Estes, costumam se manifestar de maneira incisiva durante o tratamento devido ausência da nicotina que por sua vez, dispõe de uma capacidade ansiolítica no organismo, tornando-as um dos maiores fatores de riscos para recaída. A insônia é o segundo sintoma mais recorrente entre os assistidos pelo PMTT pois além de ser decorrente da isenção do tabaco, apresenta também o efeito adverso mais comum relatado na literatura durante o uso de medicamentos antitabágicos (REICHERT, 2008).

Quanto ao sintoma da fome excessiva, ao interromper a inalação da nicotina, em consequência, interrompe a ação inibidora provocada no apetite, assim como, há uma mudança na quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos. A capacidade gustativa aumenta promovendo o aumento da taxa

metabólica. Nesta perspectiva, grande quantidade de tabagistas que mantém este mau hábito com o objetivo de controlar o peso ou pelo receio de tornar-se obeso (NUNES, 2011).

Assim, Zaitune et al. (2012), defende em sua pesquisa que a prevalência do tabagismo em idosos associada aos maus hábitos requer intervenções mais abrangentes em prol da cessação tabágica. Para isso, faz-se necessário a revisão constante dos sintomas a fim de direcionar a assistência às necessidades individuais da pessoa idosa. O tratamento tabagista conta com a realização da terapia comportamental e da terapia farmacoterápica que, quando associadas pode duplicar a chance de êxito.

Somada, a medicação de escolha, o cloridrato de bupropiona (Bup) é considerado o tratamento de primeira linha, indicada para adultos que consomem uma quantidade de 15 ou mais cigarros ao dia. Como também, para tabagistas com depressão por este ser medicamento antidepressivo. A dosagem inicial prescrita corresponde a 150mg por dia até o terceiro dia. Após esse período, passa para 300 mg por dia durante 12 semanas (3 meses) (NUNES, 2011). Este, é considerado como o tratamento de primeira linha. Entretanto, a grande quantidade de efeitos adversos que o fármaco pode causar, torna seu uso dependente de prescrição médica e de acompanhamento do profissional farmacêutico para que seus efeitos não interfiram no tratamento e, em especial, torne menos árduo o processo de abstenção ao cigarro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A chegada da terceira idade se mostra acompanhada, por vezes, da preocupação com o aumento da qualidade e expectativa de vida. Para isso, torna-se imprescindível a adoção de novos hábitos e estilo de vida saudável. Como passo importante nesta direção se apresenta a cessação do tabagismo, benéfica na redução da morbimortalidade em todas as idades. Entretanto, este processo costuma ser bastante difícil para idosos tabagistas por estarem há mais tempo expostos a nicotina e, por conseguinte, apresentarem os impactos da síndrome de abstinência de modo mais severo. Neste estudo foi possível observar que quanto maior a idade maior dificuldade em abandonar o cigarro. Visto que, os sintomas da abstinência são fatores que influenciam diretamente na probabilidade de recaídas. Bem como, a predominância do sexo feminino na busca dos serviços de saúde em prol do tratamento tabagista.

Demonstra-se a necessidade de programas preventivos ao tabagismo evidenciando a vantagem de não iniciação do hábito tabágico, os benefícios da cessação do tabagismo na manutenção da qualidade

de vida e redução da morbidade de maneira que aborde planos estratégicos para evitar a “fissura”, como substituir o hábito de fumar por outros hábitos opostos a ele.

O presente estudo contribui com o perfil informativo a serem destacados na prevenção ao uso de cigarros e nos sintomas a serem melhor avaliados no tratamento do tabagismo, na ordem: ansiedade, depressão, dificuldade de concentração, fome excessiva, insônia e irritabilidade. As manifestações dos sintomas de abstinência para indivíduos idosos participantes de grupos de tratamento de tabagistas devem ser criteriosamente observados e refletidos na condução de cada profissional participante do processo de abandono do cigarro. Assinala-se a importância de ações específicas para este grupo etário que se apresenta mais vulnerável a complicações pela continuação do tabagismo.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTE, Josias Sampaio. Tolerância – Dependência e Abstinência à Nicotina, 2019. Disponível em:http://drjosiascavalcante.com.br/site/medicina/tolerancia-dependencia-eabstinencia-anicotina/. Acesso em: 15 de abril de 2020.

GOULART, Denise; ENGROFF, Paula; ELY, Luísa Scheer; SGNAOLIN, Vanessa; SANTOS, Eliseu Felippe dos; TERRA, Newton Luiz; CARLI, Geraldo Attilio de. Tabagismo em idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 313-320, ago. 2010.

HUGHES, J.R.. Why does smoking so often produce dependence? A somewhatdifferentview. Tobacco Control, 10(Suppl. 1), 62-64, 2001.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9336-indicadores-sociodemograficos-e-desaude-no-brasil.html?=&t=o-que-e. Acesso em: 12 de abril de 2020.

INCA. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Dados e números da prevalência do tabagismo: 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/observatorio-dapolitica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo. Acesso em: 12 de abril de 2020.

MARQUES, Ana Cecilia P R; CAMPANA, Angelo; GIGLIOTTI, Analice de Paula; LOURENÇO, Maria Teresa C; FERREIRA, Montezuma Pimenta; LARANJEIRA, Ronaldo. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. Revista Brasileira de Psiquiatria, [s.l.], v. 23, n. 4, p. 200-214, dez. 2001.

NUNES, Sandra Odebrecht Vargas; VARGAS, Heber Odebrecht; NUNES, Luciana Vargas Alves; NOTO, Mariane Vargas Nunes. Tratamento Farmacológico do Tabagismo. In: NUNES, Sandra Odebrecht Vargas (org.). Tabagismo: prevenção, abordagem e tratamento. Londrina: Eduel, p. 185-191, 2011.

OPAS BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 12 de abril de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco 2008: o pacote Mpower. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008.

PIETROBON, Rosa Cecília. Utilização do teste de dependência à nicotina de fagerström como um instrumento de medida de grau de dependência. Rev Hcpa, Porto Alegre, p. 31-36, 2007.

REICHERT, Jonatas; ARAÚJO, Alberto José de; GONÇALVES, Cristina Maria Cantarino; GODOY, Irma; CHATKIN, José Miguel; SALES, Maria da Penha Uchoa; SANTOS, Sergio Ricardo Rodrigues de Almeida. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. Jornal Brasileiro de Pneumologia, [s.l.], v. 34, n. 10, p. 845-880, out. 2008.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; LIMA, Margareth Guimarães; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moisés; ALVES, Maria Cecilia Goi Porto. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 583-596, mar. 2012.

Capítulo 22

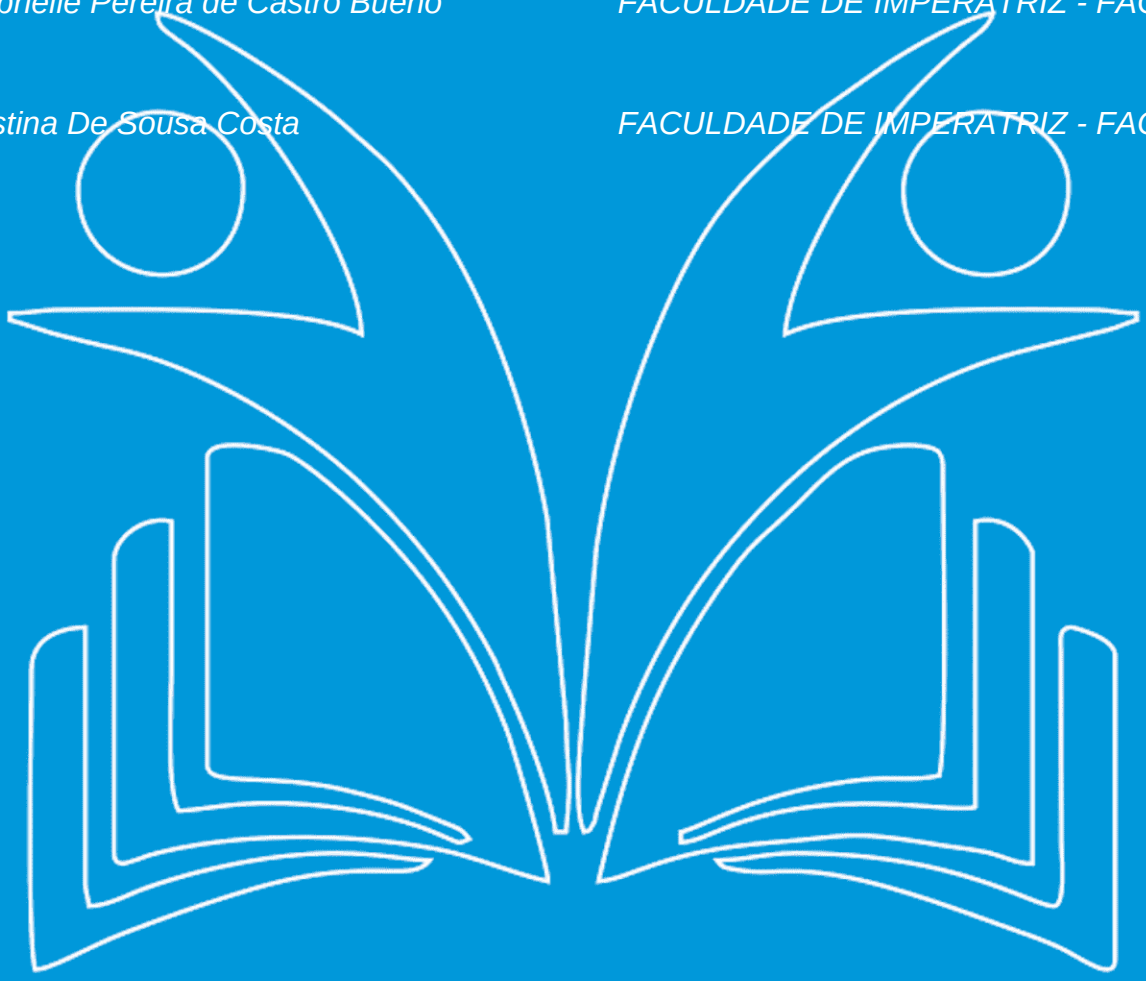
10.37423/220606177

A POLIFARMACIA E OS DANOS OCASIONADOS NA SAÚDE DO IDOSO

Tomaz Miranda Sales — *FACULDADE DE IMPERATRIZ - FACIMP*

Rayssa Gabrielle Pereira de Castro Bueno — *FACULDADE DE IMPERATRIZ - FACIMP*

Isabela Cristina De Sousa Costa — *FACULDADE DE IMPERATRIZ - FACIMP*



Resumo: A polifarmácia é quando um indivíduo faz uso de mais de uma medicação para tratar enfermidades distintas, o que pode vir a ocasionar, se não prescritos corretamente as medicações, ou por outros fatores, interações de medicamentos, efeitos adversos, colaterais e outros problemas que pode ocorrer por conta desse fenômeno. O método utilizado foi de revisão bibliográfica, onde foram lidos nove artigos e selecionados apenas cinco. O trabalho tem por objetivo refletir sobre a polifarmácia em idosos com ênfase nas reações adversas e nas interações medicamentosas. A vulnerabilidade dos idosos aos problemas decorrentes do uso de medicamentos é bastante alta, o que se deve à complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes terapêuticos e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento. Deste modo, racionalizar o uso de medicamentos e evitar os agravos advindos da polifarmácia serão, sem dúvida, um dos grandes desafios da saúde pública deste século.

Palavras-chaves: Polimedicação. Uso de medicamentos. Saúde do idoso.

INTRODUÇÃO

A polifarmácia é a utilização de cinco ou mais medicamentos por um mesmo indivíduo, a literaturas que incluem a automedicação com dois ou mais fármacos também como uma forma do mesmo. Os idosos são os mais afetados por esse fenômeno, devido a suscetibilidade a adquirir enfermidades crônicas como por exemplo: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, síndromes demenciais e entre outras. Pessoas com mais de 60 (sessenta) anos geralmente são portadores de mais de um problema de saúde, o que ocasiona a utilização de várias medicações, que pode vir a gerar uma interação medicamentosa (IM).

Estima-se que o risco de apresentar IM seja de 13% para idosos que usam dois medicamentos e de 58% para aqueles que recebem cinco. Nos casos em que o uso desses agentes é igual ou superior a sete, a incidência eleva-se para 82% (SECOLI, 2010; CARVALHO et al., 2012).

A IM ocorre quando um medicamento influencia a ação de outro, o que possibilita o agravo da doença portada ou efeitos colaterais, que eventualmente pode ser confundido com uma nova enfermidade, que irá prover a manipulação de um novo medicamento por esse indivíduo, agravando ainda mais seu estado de saúde. A utilização errada de medicamentos, por não ter uma boa visão, esquecimento ou por automedicação, é um das maiores causas de interação de medicamento e um dos grandes fatores da entrada de idoso em leitos de hospitais, por esse motivo é necessário estar sempre supervisionando e intervindo se for o caso, dando sempre uma assistência para evitar possíveis situações. (SECOLI 2010; LUCCHETTI et al., 2010).

Esse trabalho tem como objetivo abordar sobre a interação medicamentosa decorrente da polifarmácia em idosos.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica de característica qualitativa com abordagem descritiva e caráter informativo, como fontes de dados para a construção do trabalho utilizaram-se base de dados como SciELO e Google Acadêmico, a pesquisa foi realizada utilizando as palavras chaves: polifarmácia, uso de medicamentos, saúde do idoso. Ao todo utilizaram-se cinco artigos para construção desse trabalho em virtude da escolha e do filtro ter selecionado trabalhos publicados entres os anos 2008 (dois mil e oito) e 2013 (dois mil e treze) escrito em português e publicados no Brasil.

RESULTADO E DISCUSSÃO

De acordo com Galvão (2006), diversos fatores influenciam a eficácia e segurança da terapêutica do idoso, entre eles estão alterações de órgãos e sistemas e da função cognitiva, fatores financeiros e a existência de problemas de saúde concomitantes. O surgimento de novos sintomas devem sempre ser levados em consideração como um efeito adverso ou colateral do fármaco e não como uma doença. Medicar sintomaticamente, um fenômeno conhecido como cascata de prescrição, pode conduzir a doença iatrogênica. Quanto maior a quantidade de fármacos e maior a dosagem, maior será o risco de reações adversas. O tempo também é um grande influenciador nessa questão. (GOMES; CALDAS, 2008).

Ao contrário dos jovens, nos idoso o uso desse medicamentos, são em sua maioria, de uso crônico, gerando assim a polifarmácia como já mencionado. Alterações fisiológicas, reações atípicas a fármacos, prescrições inadequadas e não observância adequada dos esquemas terapêuticos podem contribuir para maior toxicidade medicamentosa no idoso. Segundo HERMES et al (2008) a polifarmácia é um dos maiores fatores que potencializam a interações de medicamentos. Estima-se que o risco eleva-se a praticamente 100% com a prescrição de oito medicamentos.. (GOMES; CALDAS, 2008).

De acordo com Oliveira; Menezes (2011) a falta de qualificação especializada para o cuidado integral da pessoa idosa interfere nas práticas de cuidar em saúde, pois, em estudo recente, observou-se que o conhecimento sobre o envelhecimento entre os profissionais de saúde ainda é conceitual, ou se encontra no domínio dos universos consensuais, pois os elementos desse conhecimento não estão integrados à realidade social. Essa falta de capacitação dos profissionais da saúde pode vir a causar também por conta da polifarmácia o que se chama de iatrogenia. A iatrogenia pode ser definida como um evento ou doença não intencional causada por uma intervenção, justificada ou não, por parte dessa equipe multiprofissionais de saúde, que resulte em danos à saúde do paciente. A iatrogenia também pode ser decorrente da omissão direta de uma intervenção bem estabelecida esperada ou de um procedimento de monitoramento. A proliferação de drogas e procedimentos diagnósticos e de monitoramento levam a um aumento na incidência de iatrogenia, principalmente em idosos, que acabam sofrendo com o maior impacto (SZLEIF, 2008).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a polifarmácia é um grande fenômeno na saúde do idoso e que isso pode vir a gerar diversos outros problema, como interação medicamentosa, efeitos adversos, iatrogenia, cascata de prescrição e entre outros. Por esse motivo é necessário uma maior atenção com idosos que fazem uso de mais de uma medicação. Também tem que haver um maior desempenho e capacitação por parte dos profissionais da saúde, buscando evitar e/ou combater os riscos que a polifarmácia pode vir a trazer ou desenvolver.

REFERÊNCIAS

1 - SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Revista Brasileira de enfermagem. vol. 63, núm. 1, pp. 136-140. Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 2010.

2 - GOMES, O.H. et al. Uso Inapropriado de Medicamentos Pelo Idoso: Polifarmácia e seus Efeitos. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. ano 7. Rio de Janeiro, 2008.

3 - MELGAÇO, T.B. et al. Polifarmácia e Ocorrência de Possíveis Interações Medicamentosas. Universidade Federal do Pará. Belém, Instituto de Ciências da Saúde, 2011.

4 - CARVALHO, M.F. et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes. São Paulo, Revista Brasileira de Epidemiologia, 2012.

5 - OLIVEIRA, A.M. Fatores de Riscos Associados à Saúde do Idoso. Universidade Federal de Mina Gerais. Campos Gerais, 2013.

Capítulo 23

10.37423/220606190

CUIDADO DE ENFERMAGEM A PESSOA COM AGRAVOS NEUROLÓGICOS PAUTADO EM CALISTA ROY

Louise Lisboa de Oliveira Villa — *Secretaria de Saúde e EBSERH*

Emile Aquino Pinheiro — *Secretaria de saúde de Serrinha*

Periana Mota de Oliveira — *Hospital Geral Ernesto Simões Filho*

Laís Nara Pinto Reis — *Instituto Couto Maia*

Daniele Ferreira Gama — *Maternidade Climério de Oliveria*

Lidiana Almeida Sacramento — *Pesquisadora Independente*

Mairy Aparecida Felix Araújo — *HUPES- BA*

Luana Leite da Silva — *Universidade Estadual de Feira de Santana*

Tâmara Angélica da Rocha — *Hospital Universitário Professor Edgar Santos- HUPES*

Roseli Oliveira Almeida — *Secretaria de Saúde de Salvador- SMS-BA*

A SAE favorece uma prática assistencial pautada no conhecimento científico contribuindo positivamente para o paciente, família, a equipe de enfermagem bem como para o serviço de saúde, tendo como foco o cuidado (ALFARO LEFREVE, 2014). Para Waldow (1998) o cuidado é a nossa prática e se caracteriza por ações e comportamentos realizados na intenção de favorecer, manter e melhorar o processo de viver-morrer, proporcionando atenção às necessidades biopsicossociais e espirituais das pessoas.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de trabalho fundamental para nortear as ações do cuidado de enfermagem ao indivíduo no contexto saúde-doença tendo como objetivo reunir as atividades de enfermagem para que não sejam feitas de forma isolada e façam parte de um processo. Este é denominado processo de enfermagem, podendo ser compreendido como um instrumento de trabalho da enfermagem, orientado pelo menos por uma teoria, sendo composto por etapas ordenadas, dinâmicas, interacionadas e independentes podendo ocorrer em qualquer cenário da atenção direta ao cliente (TANURE, PINHEIRO, 2019).

Dessa forma, a necessidade de aplicar à SAE às pessoas com abordagem clínicas e cirúrgicas dos agravos neurológicos é necessária devido considerando que são diversas às doenças neurológicas que acometem a população brasileira. São exemplos: acidentes vasculares transitórios, acidente vascular cerebral, traumas neurológicos, lesões raquimedular, tumores cerebrais, aneurismas cranianos, entre outros. O Ministério da saúde apontou em uma análise da situação de saúde no brasil em 2018 que as doenças neurológicas têm prevalência de 8,32% no Brasil (BRASIL, 2018). Urge que os profissionais de enfermagem estejam capacitados para prestar um cuidado de qualidade, integral e humanizado às pessoas com agravos renais assim como aprimorar as ações de prevenção para o agravo

Considerando a necessidade constante de mudança e melhoria na assistência à saúde, as quais vêm sendo influenciadas pelo contexto histórico, político, econômico, cultural e social, o processo de enfermagem vem sendo aprimorado (CARPENITO, 2018). Por seguinte, o processo de enfermagem é referido pelo Conselho de Enfermagem que o denomina Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), considerando esta ser uma atividade privativa da enfermeira (o), regulamentada pela Lei do exercício profissional (BRASIL, 1986), complementada pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009). Logo, a SAE emerge como ferramenta operacionalizadora do processo de enfermagem, através da organização do trabalho, quanto ao método, instrumentos e pessoal, devendo ser realizada em todos os ambientes, públicos ou privados, no qual ocorre o cuidado de enfermagem (COFEN, 2009). Consequentemente, o processo de enfermagem através da SAE, é um

método para atender o outro de forma mais organizada e sistemática alicerçado nas seguintes etapas: histórico; diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (ALFARO-LEFEVRE, 2014). Já a teoria de enfermagem funciona como um alicerce estrutural para implementar a SAE, considerando a importância de um marco conceitual que fundamente o cuidado e organização que o serviço almeja alcançar (TANURE, PINHEIRO, 2019). A partir dos pressupostos da teoria empregada, a enfermeira pode alinhar as atividades assistenciais e gerenciais, possibilitando a implementação de cuidados efetivos, eficientes, com foco no paciente e seguros.

Considerando a trajetória histórica, a referência pioneira é Florence Nightingale, em 1854 com adoção de práticas de enfermagem pautada no conhecimento científico através das técnicas de limpeza e organização do ambiente, importantes na prevenção de infecções sendo um marco a teoria ambientalista (NIGHTINGALE, 1898). Em 1955, Lydia Hall descreve pela primeira vez três fases para o processo de enfermagem: o histórico; o planejamento; e, avaliação (CAMPOS; DUTRA; ARAÚJO, 2004). Entretanto, o termo processo de enfermagem somente é definido pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, para explicar o cuidado de enfermagem. Três anos depois, em 1964, Wanda Horta inicia seus estudos e publicações e, apresenta aqui no Brasil, em 1970, o seu modelo para desenvolvimento do processo de enfermagem, fundamentado em uma abordagem humanista e empírica, a partir da teoria da motivação humana de Maslow (LEOPARDI, 1988). Seu modelo baseia-se nas leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo. Segundo a autora (1979), a enfermagem deve reconhecer o ser humano, que tem necessidades humanas básicas, as quais são classificadas em psico-biológicas, psicossociais e psico-espirituais.

Considerando a importância de se aliar uma teoria de enfermagem ao PE e no nosso caso à pessoa com agravos neurológicos a teoria da adaptação de calista Roy (1991), propõe que o paciente é um ser biopsicossocioespiritual com interações a depender das mudanças em sua vida e preconiza quatro modelos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, papel funcional, interdependência. O primeiro modelo ou necessidades fisiológicas se organizam em cinco necessidades básicas: oxigenação; nutrição; eliminação; atividade e repouso; proteção. O segundo modelo é o modo de autoconceito que evidencia os aspectos psicológicos e espirituais do ser humano. Já o terceiro modelo divide-se em comportamentos instrumentais que se refere ao conjunto de papéis que o sujeito desempenha na sociedade e comportamentos expressivos que se relacionam às emoções, e os feedbacks. O último modelo é o modo de interdependência ou modo social que se

relacionam às necessidades afetivas satisfeitas, de dar e receber afeto, amor, afeição, afirmação (ROY, ANDREWS, 1991). Roy propôs em sua teoria um processo de enfermagem composto por 6 fases.

A coleta de dados ou histórico de enfermagem do processo de enfermagem corresponde a 1ª e 2ª etapa do MAR. Vale ressaltar que nessa etapa é necessário considerar as informações que permeiam as dimensões subjetivas, objetivas, históricas e atuais da vida dos indivíduos. É um momento importante de contato e emersão com as crenças e costumes, hábitos e necessidades do outro.

É necessário, estar atenta às essas informações de cunho biomédico, dentre outras, como estado emocional e as condições de entendimento do indivíduo quanto ao procedimento a ser realizado, bem como envolver a família no processo do cuidado. No MAR, estaria incluso nessa etapa a avaliação dos estímulos, que auxilia o profissional de enfermagem a identificar circunstâncias internas ou externas que atuarão nos seus comportamentos. Nesta etapa, a teoria afirma existir três estímulos, o focal, o contextual e o residual. O primeiro, refere-se a própria condição da pessoa ou o contexto inserido ou ainda como isso vai impactar nos comportamentos assumidos, os quais foram avaliados na primeira fase. O contextual são aqueles elementos que permeiam diretamente o focal, interferem no modo de adaptação do indivíduo, a exemplo da idade, sexo, família, etnia e outros. Por último, os residuais são os estímulos indiretos, muitas vezes, não percebidos pela pessoa, mas que também contribuem no processo adaptativo (ROY, 1981).

Para tanto, a comunicação entre profissional e indivíduo deve se dar de maneira dialógica e negociada possibilitando a construção de um saber sobre o processo-saúde e doença mútua (ALVES, 2005). Desse modo, a enfermeira pode apropriar-se dos determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos e assim, planejar suas ações em consonância com as necessidades, na perspectiva do fomento a autonomia e consequente melhoria e manutenção da saúde. A coleta de dados refere-se a coleta de informações sobre o estado de saúde a partir de dados coletados de forma direta ou indireta (outras fontes como familiares, amigos, prontuário). Nessa etapa o enfermeiro identifica indícios e realiza inferências. Após essa etapa é importante a confirmação dos dados e posterior agrupamento a depender da teoria utilizada, identificando os fatores causais e comunicando e registrando os dados em prontuário para se assegurar da continuidade da assistência (TANURE, PINHEIRO, 2019). Salienta-se que essa investigação deve ser guiada por teorias de enfermagem, inclusive com instrumento de coleta de dados, normas, rotinas e protocolos inerentes a mesma. No caso dos agravos renais, essa coleta de dados deve ser baseado nos quatro modelos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, papel funcional, interdependência.

O exame físico quem vai dar os subsídios sobre as características fisiológicas da pessoa, como inspeção, ausculta, percussão e palpação. É importante avaliar estado mental (através de ferramentas como o MEEM -Mini-Exame do Estado Mental) nível de consciência (através da escala de glasgow), avaliação dos nervos cranianos, da coordenação e equilíbrio (teste de romberg), da marcha, exame de motricidade e reflexos. É importante resgatar também o histórico completo de uso de medicações, além de cirurgias e hospitalizações para tratar de problemas neurológicos. Deve-se ser questionado sobre diversas questões como o seu padrão nutricional, padrão de eliminação, padrão de atividade e exercícios, padrão de sono, padrão cognitivo, dentre outros.

Nesse momento à enfermeira irá coletar dados e os principais problemas encontrados são: Dor nas costas e no pescoço, Cefaléia, Dor ao longo de uma via nervosa (como na ciática ou herpes zóster), Disfunção muscular, Tremor (agitação rítmica de uma parte do corpo), Paralisia, Movimentos involuntários (não intencionais) (como tiques), Anomalias na locomoção, Má coordenação motora, Espasmos musculares, Inflexibilidade, rigidez e espasticidade (espasmos musculares resultantes de rigidez muscular), Lentidão dos movimentos, Alterações na sensibilidade, Dormência da pele, Sensação de formigamento ou picadas, Aumento da sensibilidade (hipersensibilidade) a um leve toque, Perda de sensibilidade ao tato, ao frio, ao calor ou à dor, Alucinações visuais e outros.

Cabe salientar que esses dados, somados à questões de ordem psicológica, social e espiritual darão subsídios para a formulação de diagnósticos, considerando que as enfermeiras tratam respostas humanas a problemas de saúde e/ou processos de vida com base na análise clínica e reflexiva das informações retidas. Cabe ressaltar que a realização do histórico precede de um roteiro que auxilia e ordena a enfermeira para a coleta, validação, agrupamento e registro dos dados (CAMPOS; DUTRA; ARAÚJO, 2004).

Assim, ao término da coleta de dados, a enfermeira resume para o indivíduo o que foi dito, abrindo espaço para esclarecimentos e negociação, oportunizando a realização da educação em saúde já desde o início do processo (DAVINI, 2019; BRASIL, 2009).

A 2ª etapa do PE corresponde a 3ª fase do MAR ou diagnóstico de enfermagem estão ligados aos problemas encontrados e a elaboração de diagnósticos conforme adaptação positiva ou negativa do paciente, problemas potenciais e situações de bem estar referentes as condições biológicas, psíquicas, sociais e espirituais, uma vez que o foco do atendimento é a pessoa e não a doença. Essa etapa culmina na tomada de decisão ou seja: as respostas da pessoa, família ou coletividade humana que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados

esperados. Cabe salientar que os diagnósticos devem ser apresentados por prioridade e o grande diferencial do enfermeiro para o médico é eles diagnosticam doenças e nós diagnosticamos respostas humanas decorrentes de problemas de saúde e processos de vida, Essa fase será baseada na taxonomia II da NANDA International (*North American Nursing Diagnosis Association*) e deverá pautar-se nos quatro modelos de adaptação. A estrutura do NANDA-I contém sete eixos ou dimensões da resposta humana. Na taxonomia atual são organizados e aprovados 244 diagnósticos, distribuídos em 13 domínios e 47 classes. O diagnóstico de enfermagem é formado de componentes estruturais: título do diagnóstico, definição, fatores relacionados, características definidoras, condições associadas, fatores de risco e população em risco. Estes componentes estruturais irão compor 3 tipos de diagnósticos (1-Diagnostico com foco no problema- composto de título, fator relacionado e característica definidora, 2- Diagnósticos de risco- composto de título e fatores de risco e diagnósticos de promoção a saúde- composto de título, fator relacionado e característica definidora).

Os principais diagnósticos de enfermagem elaborados para à pessoa com agravos neurológicos são:

MODO FISIOLÓGICO

Capacidade de transferência prejudicada Evidenciado por: capacidade prejudicada de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes Relacionada à: Força muscular insuficiente

Comunicação Verbal Prejudicada relacionada ao acidente vascular isquêmico, evidenciada por dislalia

Risco de lesão por pressão relacionado por restrição ao leito.

Risco de quedas devido à idade avançada.

Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz relacionado ao acidente vascular cerebral

INTERDEPENDÊNCIA/ FUNÇÃO DE PAPEL E AUTOCONCEITO

Disposição para controle da saúde melhorado relacionado pelo desejo de melhorar o controle de regimes prescritos

Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas

Processos familiares interrompidos relacionados ao comprometimento do estado de saúde de um membro da família evidenciado por interrupção nas atividades sociais de costume.

A 3ª etapa do PE corresponde a 4 fase do MAR ou estabelecimento das metas são os resultados esperados ou comportamento final que se deseja alcançar. Essa fase é realizada após formular os diagnósticos estabelecendo objetivos e resultados esperados, e implantação e desenvolvimento de intervenções específicas. As intervenções de enfermagem são realizadas por meio das prescrições de enfermagem, com base no planejamento realizado (ALFARO-LEFEVRE, 2014). O resultado esperado deve ter relação com o diagnóstico de enfermagem, ser centrado no paciente, ser alcançável, conter limite de tempo, ser mensurável e ser objetivo. O registro e o monitoramento dos resultados esperados (RE) possibilitam obter indicadores capazes de apontar o quanto a equipe de enfermagem contribui para o atendimento das necessidades apresentadas por aqueles que demandam seus cuidados. Dessa forma os profissionais de enfermagem devem evitar que os diagnósticos de risco evoluam para problemas, minimizar ou solucionar os problemas e manter um diagnóstico com foco na promoção. O resultado esperado deve ser pautado no Nursing Outcomes Classification (NOC), o qual é uma taxonomia complementar a taxonomia da NANDA-I, dividida em 7 domínios (saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, conhecimento em saúde, saúde percebida, saúde familiar e saúde comunitária) e 32 classes, com 490 resultados de enfermagem (MOORHEAD et al., 2016). Dessa forma o enfermeiro pode avaliar suas condutas, mantê-las ou modifica-las de modo a melhorar a qualidade do cuidado prestada pela equipe de enfermagem.

Alguns resultados esperados dos diagnósticos do modo fisiológico:

Capacidade de transferência prejudicada Evidenciado por: capacidade prejudicada de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes Relacionada à: Força muscular insuficiente. RE- Melhorar o condicionamento muscular. Indicador- Força muscular melhorada.

Comunicação Verbal Prejudicada relacionada ao acidente vascular isquêmico, evidenciada por dislalia. RE- Melhorar a comunicação. Indicador- comunicação verbal eficaz.

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito. RE- pele e mucosas não comprometidas. Indicador- integridade tecidual não comprometida.

Risco de quedas devido à idade avançada. RE- Ocorrências de queda: nenhuma; indicador: nenhuma queda da cama.

Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz relacionado ao acidente vascular cerebral. RE- sem alterações na perfusão tissular. Indicador: nível de consciência sem alterações.

Alguns resultados esperados do modo INTERDEPENDÊNCIA/ FUNÇÃO DE PAPEL E AUTOCONCEITO

Disposição para controle da saúde melhorado relacionado pelo desejo de melhorar o controle de regimes prescritos. RE- Melhorar a condição de saúde. Indicador: Saúde melhorada

Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas. RE- Saúde espiritual não comprometida. Indicador: interação com líderes espirituais não comprometido.

Processos familiares interrompidos relacionados ao comprometimento do estado de saúde de um membro da família evidenciado por interrupção nas atividades sociais de costume. RE- Processos familiares não comprometidos. Indicador: bem estar familiar.

A 4ª etapa do PE corresponde a 5ª etapa do MAR ou intervenção são os cuidados de enfermagem propriamente ditos para o alcance das metas.

Os cuidados relacionados aos diagnósticos são:

Capacidade de transferência prejudicada- Colocar os objetivos próximos à paciente; Instruir a paciente a exercitar-se e a aumentar a força no lado sadio; Encorajar a paciente a realizar os exercícios de amplitude de movimento do lado afetado

Comunicação Verbal Prejudicada- Incentivar sua comunicação através de gestos e escrita caso a paciente não consiga falar, assim evitando frustrações e desesperança quanto à disfasia; Conversar com a paciente durante as atividades de cuidado, estimulando sua fala; Encaminhar a paciente a um fonoaudiólogo, para que atenda ou atue na melhoria das necessidades de comunicação da mesma.

Risco de lesão por Pressão- Aplicar escala de braden, mudança de decúbito, uso de coxins e colchão pneumático, orientações de educação e saúde para pacientes e familiares sobre prevenção de lesões

Risco de quedas- Aplicar escalas de risco de queda diariamente, deixar grades levantadas, orientar pacientes e familiares sobre ações preventivas para evitar quedas.

Risco de perfusão tissular cerebral- manter/otimizar a pressão de perfusão cerebral; Monitorar a condição respiratória (frequência, ritmo e profundidade das respirações); Evitar flexão do pescoço ou flexão exagerada do quadril/joelho; Manter cabeceira elevada; Administrar vasodilatador cerebral, conforme prescrição.

Disposição para controle da saúde melhorado- Estimular que a pessoa melhore as condições de saúde por meio do conhecimento, encaminhar para serviços que sejam necessários para sua melhora/ cura, incentivar o uso de medicações prescritas e terapêuticas.

Risco de religiosidade prejudicada- Autorizar a entrada do padre, estimular paciente a continuar suas orações, solicitar a família objeto que relembre sua fé (terço ou similares).

Processos Familiares interrompidos- Estimular a presença dos familiares; Otimizar um sono tranquilo, alívio da dor, controle emocional; Monitorar padrão de sono e quantidade de horas dormidas; Proporcionar ambiente calmo e seguro

A 5 ª etapa do PE, corresponde a 6ª fase do MAR ou avaliação refere-se ao julgamento da eficácia das intervenções propostas. Ressalta-se que essa etapa é um processo contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. (COELHO, MENDES, 2011)

Após a realização das intervenções, é realizado o acompanhamento e avaliação do cuidado ofertado, verificando se cada resultado foi alcançado (BRUNNER & SUDDARTH'S, 2018). Nos casos negativos, a enfermeira deverá avaliar novamente os resultados esperados e trabalhar junto com a equipe de saúde na formulação/mudanças nas ações para melhoria da condição de saúde deste indivíduo, e assim realizar o planejamento para a alta do indivíduo. A alta hospitalar é uma etapa importante da SAE, pois direciona o plano e a implementação das ações, no decorrer do período entre admissão e alta hospitalar, com a finalidade de prever a continuidade do cuidado ao cliente no domicílio (PEREIRA e col., 2007). A enfermeira através da identificação das necessidades do indivíduo na coleta de dados durante o histórico desenvolve um plano de ação completo para melhoria da saúde dessa pessoa. O planejamento da alta é um acordo entre enfermeira, indivíduo e familiar desenvolvido ainda no hospital e que se estenderá à casa do indivíduo após sua alta. Segundo a OMS (2002) o planejamento da alta se torna uma estratégia de preparo do indivíduo e família para assumir responsabilidades pela continuidade do cuidado. Aspectos da educação em saúde são indispensáveis para a continuidade desses cuidados. A enfermeira durante o plano de alta, poderá formular um roteiro para ser entregue ao indivíduo contendo informações sobre o procedimento que foi realizado, os cuidados necessários além da orientação que qualquer alteração que seja identificada, retorne à unidade. A enfermeira desenvolve então seu planejamento visando adaptar o indivíduo promovendo medidas de enfrentamento à nova problemática.

Entretanto, apesar dos avanços no conhecimento científico e tecnológico do profissional de enfermagem e do desenvolvimento de ferramentas que viabilizam a melhoria do seu serviço, as ações da enfermeira na atualidade estão quase sempre estabelecidas no modelo assistencial hegemônico, seguindo uma lógica tecnicista e intervencionista. Deste modo, a SAE ocorre de maneira fragmentada

e sem continuidade das ações e avaliação dos resultados esperados, observando o indivíduo apenas pelo problema de saúde exibido e, trabalhando só com as necessidades fisiológicas, sem se atentar para as necessidades sociais, espirituais e emocionais dos indivíduos, em destaque, à pessoa com agravos digestórios. Ao aplicar a SAE no indivíduo com agravos renais a enfermeira deve realizá-lo em todas as suas etapas, e utilizar os protocolos para oferecer um cuidado holístico e integral, visando a promoção da saúde, prevenção de risco potencial e adaptação diante das necessidades em saúde. Cabe ressaltar que a utilização da Prática baseada em evidências compreende o processo que integra a competência clínica individual e os resultados de pesquisa bem fundamentados (pautado em 5 etapas: definição do problema, identificação das informações necessárias, busca de estudos, avaliação da aplicabilidade dos dados obtidos e determinação de sua utilização para o paciente). Desta forma, urge que os enfermeiros realizem pesquisas para extrair os melhores níveis de evidência para prestar um cuidado seguro aos pacientes (TANURRE, PINHEIRO, 2021).

Para além da SAE ser trabalhada pautada na teoria da adaptação e com foco nas evidências, cabe salientar a importância da educação em saúde, a qual se constitui uma ferramenta importante para melhoria do cuidado e das condições de saúde e vida. A educação em saúde desenvolvida pela enfermeira é garantida pela lei do exercício profissional no artigo 8ª, onde a enfermeira participa de atividades de educação em saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade. (BRASIL, 1986).

Por fim, cabe ressaltar que todo o processo de enfermagem voltado para a teoria da adaptação deve levar em consideração a segurança do paciente com estratégias voltadas para a gestão de riscos que têm sido implementadas a partir de padrões de acreditação hospitalar, criações de protocolos, guias, manuais e bundles. Todas essas estratégias podem estar atreladas aos diagnósticos de enfermagem de modo a minimizar complicações e assegurar maior segurança ao cuidado prestado.

REFERENCIAS

AMARAL, J.B.; POVEDA, MARTORELL, M.A.; MENEZES, M.R. A enfermagem e os cuidados paliativos a pessoa idosa. In: SILVA, R.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. (org). Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo (SP): Martinari, 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CÁRDENAS, A. S.; PÉREZ, M. B. G. Controle dos sintomas respiratórios. In: ARIAS, M.D.E. Cuidados Paliativos. Madrid- Valencia: Ed. Difusión Avances de Enfermería, 2000.p. 79- 84.

CASTILHO NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do brasil. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 280-9.

CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC) / Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman; [tradução Soraya Imon de Oliveira... et al]. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2010.

LEOPARDI, M. T. Sister Callista Roy – teoria da adaptação. In: Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolos: Papa-Livros, 1999. p.109-114.

LIMA, Aline Camilo; SILVA, José Augusto de Souza; DA SILVA, Maria Julia Paes. Profissionais de Saúde, Cuidados Paliativos e Família: Revisão Bibliográfica. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 14, n. 2, set. 2009. ISSN 2176-9133. .

MAZONI, Simone Roque et al . Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 63, n. 2, p. 285-289, Apr. 2010 .

NANDA. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2021 Orientações para prevenção e controle da disseminação de microrganismos multirresistentes em serviços de saúde no contexto da pandemia da COVID-19–02/08/2021NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISANº 05/2021

PRADO, Marta Lenise do et al . Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 172-177, Mar. 2012 . OMS, 2002.

Capítulo 24

10.37423/220606196

AVALIAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DA CIRURGIA DE LATARJET EM PACIENTES COM LUXAÇÃO RECIDIVANTE DO OMBRO

Diogo Lobo de Queiroz

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

David Victória Hoffmann

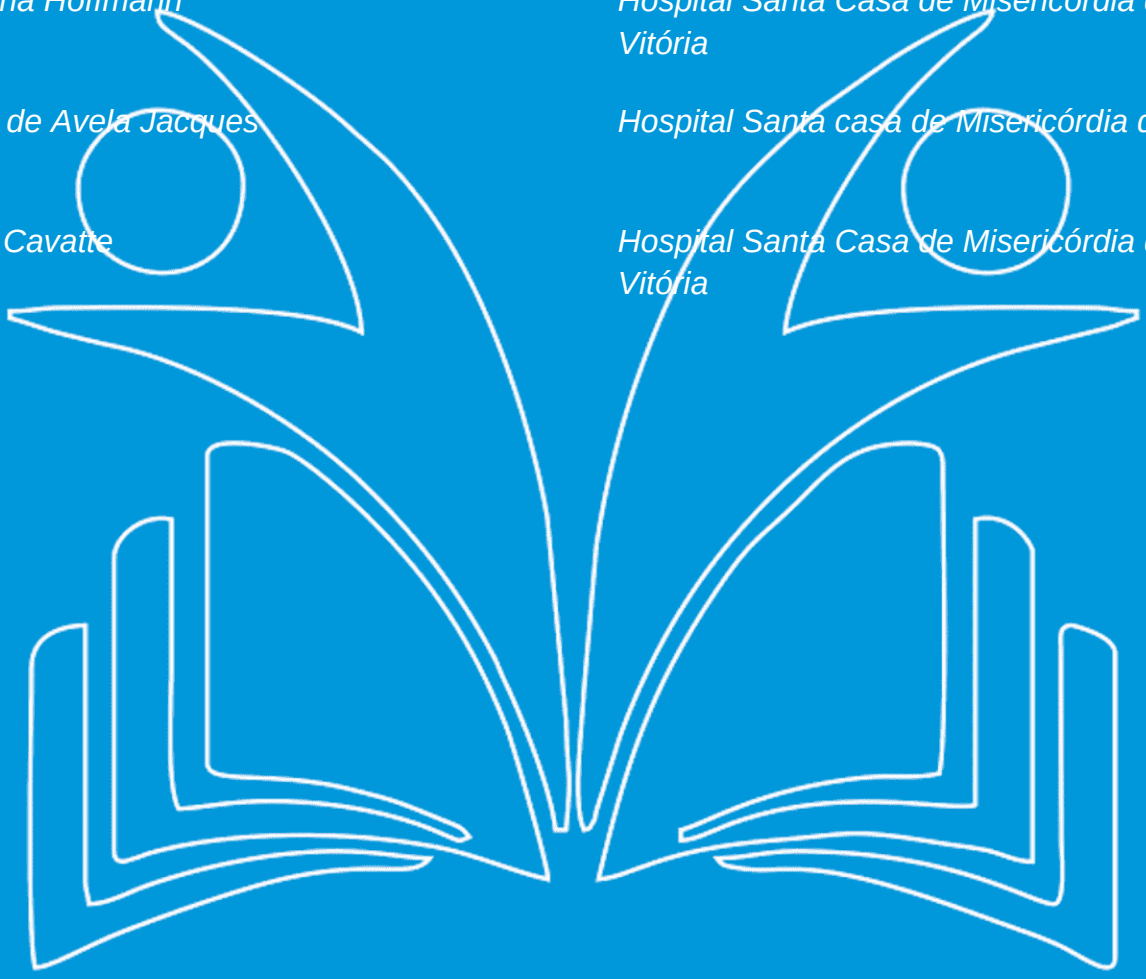
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Pedro Vitor de Avela Jacques

Hospital Santa casa de Misericórdia de Vitória

José Maria Cavatte

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória



Resumo: O ombro é uma das articulações mais complexas e com maior movimentação do corpo humano. Sua anatomia e biomecânica são responsáveis por alto índice de luxação, com uma recidiva de até 90%. A instabilidade glenoumeral possui maior incidência em jovens de 20 a 30 anos e o primeiro episódio está associado principalmente à trauma em atividades esportivas. O objetivo deste estudo foi de avaliar o nível de satisfação, a presença de complicações pós-operatórias bem como a melhora clínico-funcional de indivíduos com luxação anterior recidivante do ombro submetidos a cirurgia de Latarjet. Para isto, foi desenvolvida uma pesquisa prospectiva quali-quantitativa e os cinco indivíduos foram selecionados por amostra de conveniência provenientes do Ambulatório de Ortopedia do Ombro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Espírito Santo. Ao serem avaliados com o *Severity Shoulder Instability Score* (SSIS), obteve-se uma média de pontuação global de 4,2 (DP 2,28). Quanto à satisfação pessoal averiguada pelo sistema de pontuação da *University of California at Los Angeles Shoulder Rating Scale* (UCLA), foi observada uma melhora da média do escore global estatisticamente significativa entre pré e pós-operatório. Além disso, apresentam melhora estatisticamente relevante quanto aos parâmetros de dor, sono noturno, atividade de lazer, nível de elevação do membro para atividades sem dor, flexão frontal, abdução, rotação externa e força pelo *The Constant-Murley Score* (CMS). Nenhum paciente apresentou complicações pós-operatórias. Portanto, a técnica aberta de Latarjet demonstrou ser segura e eficaz para o tratamento de luxação recidivante anterior do ombro além de possibilitar uma reabilitação precoce.

Palavras-chave: Instabilidade glenoumeral, Latarjet, Ombro, Luxação Recidivante.

INTRODUÇÃO

O ombro é considerado uma das articulações mais complexas do corpo humano, uma vez que possui maior mobilidade e capacidade de realizar um movimento tridimensional. Para garantir a sua estabilidade, diversos fatores estão envolvidos, tais como: integridade de músculos e estruturas ósseas, laxidez ligamentar e preservação da congruência articular. Em virtude de sua anatomia e biomecânica que predispõe à instabilidade, esta articulação está associada à elevada taxa de luxações, sendo 85% correspondente às anteroinferiores [1].

A instabilidade glenoumeral é uma patologia comum que atinge 21,9 primo luxações a cada 100.000 habitantes ano. Acontece mais frequentemente em pacientes jovens e do sexo masculino, cujo pico de incidência encontra-se entre 20 a 30 anos de idade. Além disso, um importante fator de risco é a prática de atividades esportivas de alto impacto, o que favorece episódios traumáticos e, consequentemente, à luxação anterior [2].

A ocorrência de luxações recidivantes podem estar presentes em 90% dos casos, sendo essa complicação, consequência de lesões das estruturas anatômicas que promovem estabilidade do ombro [3]. A incapacidade gerada pela luxação recidivante impedem a aceitação do manejo conservador como tratamento definitivo para todos os pacientes, o que voltou a atenção para outras estratégias de reparo. Com isso, os tratamentos para luxação recidivante tem tido grandes avanços nos últimos anos para além do tratamento conservador, passando pelo reparo aberto até o reparo artroscópico [4].

Uma das principais opções cirúrgicas continua sendo o procedimento cirúrgico de Latarjet, que se baseia na transferência de um fragmento do processo coracoide juntamente com o tendão conjunto para região anteroinferior da glenóide, combinando um mecanismo ósseo com o aumento da superfície articular da glenoide e de tecidos moles, onde o tendão conjunto através de uma divisão no subescapular criam um reforço dinâmico ao complexo capsulo labral anterior [3].

O procedimento aberto é realizado com paciente na posição de cadeira de praia com o braço apoiado ao lado do paciente. O acesso é feito no intervalo deltopeitoral com aproximadamente 6 cm, realizada dissecção cuidadosa por planos e a veia cefálica é afastada lateralmente. Medialmente o peitoral menor é desinserido do coracoide. Em seguida, é utilizada uma serra oscilatória para seccionar o coracoide de medial para lateral e a liberação do ligamento coracoumeral.O subescapular é aberto no sentido de suas fibras, entre dois terços superior e um terço inferior. A cápsula é aberta paralelamente

ao rebordo anterior da glenoide. São realizados dois furos com broca de 2,5mm com 1 cm de distância através do coracoide. A superfície inferior do coracoide é decorticada. Então, na região anteroinferior da glenoide o osso é decorticado com um osteótomo e uma lima. O coracoide é posicionado nivelado 1 mm rebaixado em relação à glenóide e fixado com dois parafusos de 3,5 mm. Em seguida, o intervalo deltopeitoral e a pele são fechados conforme técnica cirúrgica habitual. Todos os pacientes saíram do centro cirúrgico com curativo estéril e em uso de tipoia Americana [4,5].

De acordo com diversos estudos publicados, a técnica de Latarjet demonstrou-se segura e com excelentes resultados em relação à melhora da capacidade funcional, baixa taxa de recidiva e risco de infecção de 1,5% [6].

O objetivo da pesquisa foi de analisar os resultados clínico-funcionais, a incidência de complicações cirúrgicas, bem como os parâmetros de satisfação pessoal e qualidade de vida dos indivíduos com luxação recidivante de ombro submetidos à cirurgia aberta de Latarjet.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa prospectiva com análise quali-quantitativa de pacientes selecionados por amostragem de conveniência provenientes do Ambulatório Especializado de Ortopedia do Ombro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Espírito Santo.

O critério de inclusão da pesquisa foi possuir diagnóstico clínico e radiológico além de indicação cirúrgica para instabilidade glenoumeral anterior. Foram excluídos indivíduos com histórico de cirurgias prévias do ombro.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) sob o número de aprovação 5.053.493 e CAAE 45370521.0.0000.5065 baseado nas normativas e diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, concretizada pelo Ministério da Saúde no Conselho Nacional de Saúde. Os indivíduos foram convidados a participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), após serem devidamente informados a respeito de dúvidas e questionamentos.

Inicialmente, foi realizada entrevista individual com cada paciente, realizada anamnese minuciosa, exame físico geral e exame físico ortopédico do ombro.

Antes da realização da cirurgia de Latarjet, os voluntários foram submetidos a questionários validados e traduzidos ao português: *Severity Shoulder Instability Score* (SSIS) (ANEXO B), *University of California at Los Angeles Shoulder Rating Scale* (UCLA) (ANEXO C), e o The *Constant-Murley Score* CMS) (ANEXO D). Todos traduzido para língua Portuguesa e validados culturalmente para o Brasil.

O *Severity Shoulder Instability Score* (SSIS) aborda os fatores de risco para recidiva. Entre os critérios tem-se: (1) A idade do paciente no momento da cirurgia, sendo atribuído 2 pontos à quem possui idade menor ou igual a 20 anos e 0 pontos para quem possui idade superior a 20 anos. (2) Em relação ao nível de modalidade esportiva praticada, recebe 0 pontos quando é recreativa e 2 pontos quando é uma prática de competição. Caso o esporte seja de contato ou realize rotação externa/abdução forçadas, o indivíduo pontua mais 2 pontos.

(3) A hiper frouxidão ligamentar do ombro pontua 01 ponto. (4) A presença de lesões associadas é investigada através da radiografia anteroposterior do ombro e caso detectado a lesão de Hill-Sachs o participante pontua 2 pontos nesta classificação. (5) O último critério deste questionário é em relação à perda do osso subcondral e, quando vista na radiografia anteroposterior em posição neutra, o voluntário recebe 2 pontos a mais no score. Logo, o SSIS varia de 0 a 10 pontos [7].

A *University of California at Los Angeles Shoulder Rating Scale* (UCLA) foi usada para analisar a satisfação do paciente em relação ao procedimento realizado. Os parâmetros avaliados são dor, função, força e satisfação do paciente.

(1) Dor é avaliada de 1 a 10 pontos, onde 1 ponto é dor presente todo o tempo e insuportável, faz uso de medicação regularmente; 2 pontos presente o tempo todo mas suportável, faz uso de medicação de vez em quando; 4 pontos nenhuma ou pouca dor quando o braço está parado, ocorre durante trabalhos leves, faz uso de medicação regularmente; 6 pontos ocorre apenas durante trabalhos pesados ou durante trabalhos específicos, faz uso de medicação de vez em quando; 8 pontos dor leve e de vez em quando; 10 pontos nenhuma dor.

(2) Em relação a função, 1 ponto é a incapacidade do uso do braço; 2 pontos capaz apenas de realizar atividades leves; 4 pontos capaz de realizar atividades domésticas leves ou a maioria de atividades do dia a dia; 6 pontos o paciente é capaz de realizar a maioria das atividades domésticas inclusive fazer compras, dirigir, pentear-se, vestir-se, despir-se e fechar o sutiã; 8 pontos pouca dificuldade capaz de realizar atividades acima da altura do ombro; 10 pontos atividades normais. (3) Para mensuração de força, os indivíduos foram colocados sentados com o membro em posição neutra ao lado do corpo. Em seguida, foram instruídos a realizar movimentos conforme orientação do examinador para que

realizassem a elevação do membro ao máximo possível sem compensação. O goniômetro foi posicionado na linha média axilar do tórax e braço distal na linha médio lateral do úmero sendo eixo colocado próximo ao acrômio. A flexão anterior ativa foi avaliada de 0 a 5 pontos, onde 0 corresponde a um valor inferior a 30 graus; 1 ponto de 30 a 45 graus; 2 pontos de 45 a 90 graus; 3 pontos de 90 a 120 graus; 4 pontos de 120 a 150 graus e 5 pontos 150 graus ou mais. Para realização do teste de força manual, os pacientes foram sentados com membro ao lado do corpo e antebraço pronado a seguir foram orientados e elevar o membro a 90 graus e manter a posição contra resistência aplicada na porção distal do úmero acima do cotovelo. A força foi avaliada de 0 a 5 pontos, 0 corresponde à ausência de contração; 1 ponto apresenta contração muscular; 2 pontos possui uma contração fraca; 3 pontos caracteriza uma contração regular; 4 pontos boa contração e 5 pontos contração normal. (4) Quanto à variável satisfação, o indivíduo foi convidado a pontuar em uma escala de 0 a 5 pontos, na qual 0 corresponde a insatisfeito e 5 satisfeito [8] A pontuação máxima obtida é de 35 pontos e o score final foi classificado como excelente (34–35 pontos), bom (28–33), regular (21–27) ou ruim (0–20).

Por fim, o *The Constant-Murley Score* (CMS) é uma escala funcional que avalia dor, atividades de vida diária, amplitude de movimento e força do ombro afetado. Sua pontuação varia de 0 a 100 pontos, distribuídos da seguinte forma [9]:

(1) O critério da dor é pontuado como ausência equivale a 15 pontos, dor leve igual a 10, moderada 5 pontos e intensa correspondendo a 0 pontos.

(2) Atividade de vida diária tem um máximo de 20 pontos e avalia as limitações na realização de trabalho normal, atividades recreativas, sono noturno não afetado e posicionamento do braço até um determinado nível. Os dois primeiros itens foram pontuados como: sem limitação = 4, moderado = 2 e grave = 0 pontos. O sono noturno é avaliado como: não afetado = 2, às vezes perturbado = 1, sempre perturbado = 0 pontos. E a capacidade de posicionamento do braço: até a cintura = 2, xifóide = 4, pescoço = 6, cabeça = 8, acima da cabeça = 10 pontos. (3) A gonometria avalia quatro amplitudes de movimento ativas, recebendo 10 pontos cada, ou seja, elevação anterior e lateral sem dor, rotação externa e interna. Os graus de elevação são medidos com um goniômetro na posição sentada e as pontuações variam de: 0°–30° = 0 a 151°–180° = 10 pontos. A rotação externa é baseada em cinco manobras manuais não assistidas, com 2 pontos cada: mão atrás da cabeça com cotovelo para frente, mão atrás da cabeça com cotovelo para trás, mão no topo da cabeça com cotovelo para frente, mão no topo da cabeça com cotovelo para trás e elevação total. A rotação interna foi inicialmente medida com o dorso da mão apontando para determinadas partes do corpo, mas na publicação mais recente,

o polegar foi sugerido como um indicador para os seguintes pontos anatômicos: coxa lateral = 0, nádega = 2, junção lombossacral = 4, cintura = 6 (4). Por fim, o componente de força recebe 25 pontos. Nas recomendações atualizadas, o uso do tensiômetro é feito a 90° de abdução, com a mão voltada para baixo, usando um dinamômetro ou uma técnica de equilíbrio de mola definida com no máximo três repetições consecutivas. Quando a abdução desejada não pode ser alcançada, então o sujeito recebe 0 pontos.

Após realização da cirurgia de Latarjet, todos os pacientes permaneceram internados por 24 horas no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Após a alta hospitalar, os pacientes foram prescritos medicações para dor como analgesia simples a cada 6 horas por 7 dias e Anti-inflamatório não esteroidal (AINE) a cada 12 horas por 5 dias, além disso foram orientados manter o uso de tipoia Americana por 6 semanas e início de fisioterapia após 6 semanas. Foram reavaliados conforme rotina de seguimento pós-operatório pré-estabelecidas pelo Centro de Referência em Ortopedia de Ombro.

A avaliação dos parâmetros físicos, satisfação pessoal do paciente e resultados clínico-funcionais através dos questionários *The Constant-Murley Score* (CMS) e *University of California at Los Angeles Shoulder Rating Scale* (UCLA) foi realizada após 06 meses da intervenção cirúrgica.

Para análise estatística foi utilizado o test t para amostras pareadas a fim de comparar as médias dos resultados no pré e pós-operatório com auxílio dos programas: Statistica 12, SPSS21 e Origin Pro 2019, estabelecendo nível de significância de 5%. Todos os pressupostos de cada teste foram checados antes da aplicação.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por cinco indivíduos do sexo masculino, com média de idade de 26,6 anos (DP: 5.68) e variou entre 21 a 34 anos.

Quanto à presença dos fatores de risco para recidiva mensurados pelo questionário SSIS, obteve-se uma média de pontuação global de 4,2 (DP 2,28). Apenas um dos cinco pacientes realizava atividade esportiva e essa atividade era de impacto. Todos os pacientes apresentavam hiperlaxidão ligamentar. Dois dos cinco pacientes apresentavam Hill-Sachs visível na radiografia anteroposterior com rotação lateral. Dois dos cinco pacientes apresentavam perda de osso subcondral na radiografia em ântero posterior em posição neutra.

Em relação ao CMS, pode-se destacar que houve melhoras substanciais com valor estatisticamente relevante quanto aos parâmetros de escala de dor, sono noturno, atividade de lazer, nível de elevação

do membro para atividades sem dor, flexão frontal, abdução, rotação externa e força. Apenas para rotação interna e atividade laboral não foi observado melhora estatisticamente significativas no pós-operatório, conforme demonstrado na Tabela 1.

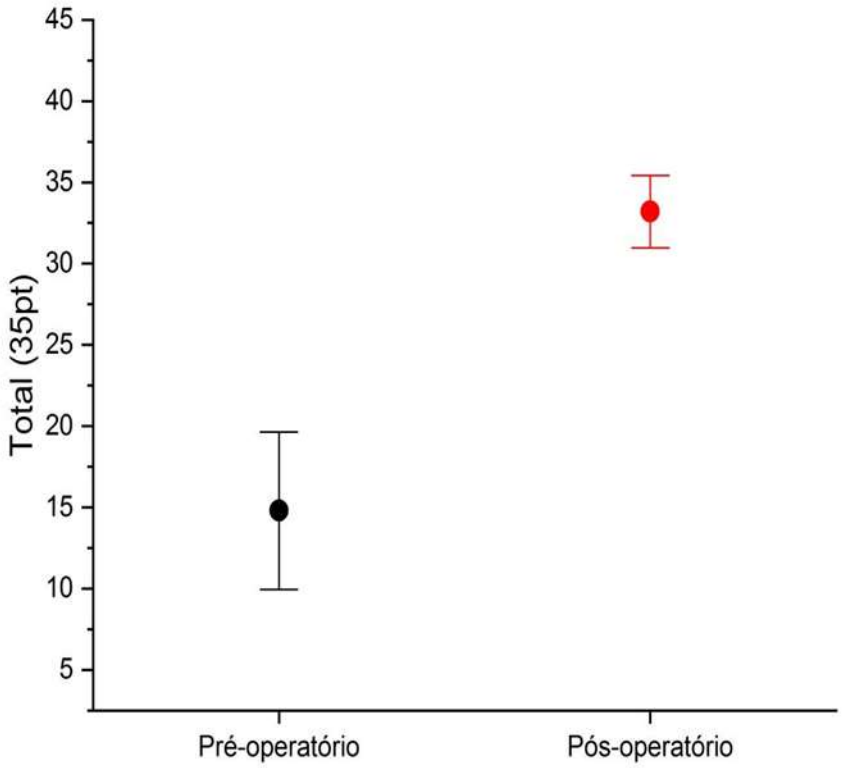
Tabela 1 – Análise estatística do escore funcional CMS pré e pós-operatória.

Variável	Média Pré	Média Pós	DP Pré	DP Pós	Valor p
Dor	5,800	14,000	5,263	1,414	0,037*
Atrapalha no sono	0,200	1,800	0,447	0,447	0,003*
Atividade Laboral	1,800	3,400	2,049	0,894	0,160
Atividade de Lazer	0,400	3,600	0,548	0,548	0,001*
Nível que eleva o braço para atividades sem dor	5,600	10,000	0,894	0,000	0,000*
Flexão Frontal	6,400	9,600	2,191	0,894	0,035*
Abdução	4,800	9,200	1,789	1,789	0,011*
Rotação Externa	2,800	10,000	3,347	0,000	0,009*
Rotação Interna	4,800	7,200	2,280	1,789	0,178
Força	19,200	25,000	2,950	0,000	0,012*
Total 100pts	51,800	93,800	17,964	5,310	0,011*

Quantos aos dados obtidos pela aplicação do sistema de pontuação da UCLA foi observado uma melhora do escore global estatisticamente significativa entre pré e pós-operatório. A média de pontuação total pré-operatória foi de 14,8 (DP 3,89) considerada ruim pela interpretação do escore.

Já após a cirurgia, a média global foi de 33,2 (DP 1,78), sendo interpretada como resultado excelente pelo sistema de pontuação UCLA conforme demonstrado pelo Figura 1.

Figura 1 – Análise estatística do escore UCLA antes e após o procedimento cirúrgico.



DISCUSSÃO

O procedimento de Latarjet é indicado geralmente em casos de perda óssea e em situações de múltiplos fatores de risco para recidiva da instabilidade com reparo artroscópico. O SSIS possui o objetivo de facilitar a decisão entre o tratamento conservador e o cirúrgico. Habermeyer [10], em seu estudo com 80 pacientes, obteve 2,9% de recidiva nos pacientes tratados cirurgicamente e 10,9% naqueles tratados conservadoramente.

Em estudo prévio, pacientes com pontuação maior ou igual a 6 pontos no SSIS apresentaram risco de luxação recidivante de 70% ($p < 0,001$) [11]. Desta forma, é sustentado em literatura que pacientes que pontuem um valor igual ou superior a 4 pontos no SSIS sejam submetidos à cirurgia de Latarjet [12].

Bessière et al (2014) observou, em um estudo retrospectivo com dois grupos com 93 pacientes cada, comparando o reparo artroscópico de Bankart e técnica de Latarjet, que àqueles submetidos ao procedimento aberto de Latarjet apresentaram menor instabilidade glenoumeral em seguimento médio de 6 anos [13]. Neste estudo todos os indivíduos foram submetidos à técnica de cirurgia de Latarjet aberta.

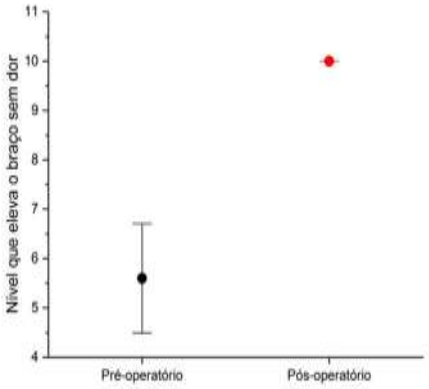
A luxação recidivante do ombro é uma patologia com grande impacto na qualidade de vida dos acometidos. No que tange à avaliação de dor, atividade de vida diária, amplitude de movimento e força do ombro acometido através do CMS, este estudo resultou em média do escore total de 93,8 com valor pré-operatório de 51,8; superior ao visto por Schmid et al (2012) que foi de 80 a 85 pontos, respectivamente [14].

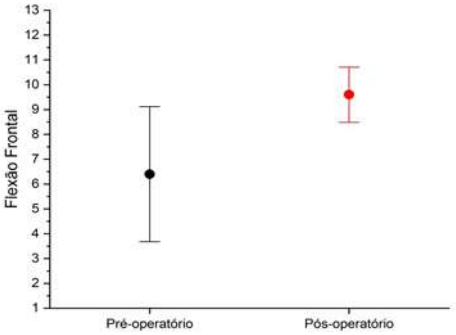
Acerca do nível de satisfação dos indivíduos após a cirurgia obtidos pelo escore UCLA; em estudo prévio descrito em literatura com 51 pacientes submetidos à técnica de Latarjet, encontrou-se uma média no escore global de 31,4 no período pós-operatório [15]. Nesta pesquisa, a média obtida com a satisfação do paciente em relação à cirurgia foi maior (33,2).

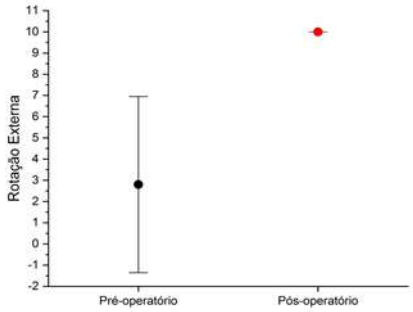
A complicação mais relacionada à cirurgia de Latarjet é a redução de amplitude do movimento de rotação externa [16,17].

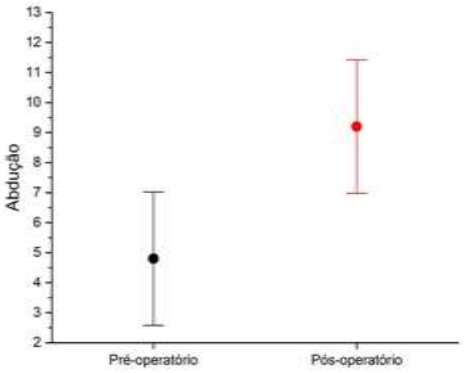
No que tange ao critério de amplitude do movimento do CMS, pode-se notar uma melhora estatisticamente relevante de 5 dos 6 itens avaliados com a movimentação ativa: grau de elevação do membro sem dor, flexão frontal, abdução e rotação externa mesmo com número de cinco indivíduos na amostra, conforme demonstrado em **Figura 2** com as respectivas médias e Intervalo de Confiança. Relativamente à rotação externa, neste estudo após seis meses de acompanhamento foi observada uma melhora da média estatisticamente relevante em relação a este possível desfecho.

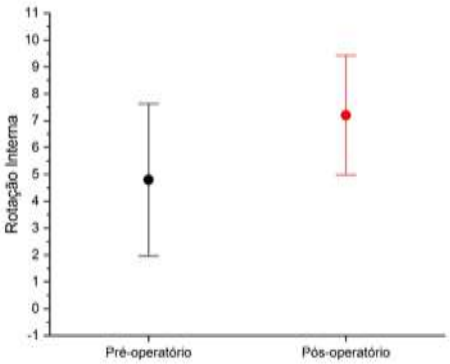
Figura 2 –Melhora da amplitude do movimento após cirurgia de Latarjet.











Ademais, não foram evidenciadas complicações pós-operatórias no período de seis meses de seguimento. Domos et al (2018) encontrou taxa de complicações de até 15% e em revisão sistemática conduzida por Griesser et al (2013) obteve o percentual de 30%, entre elas: lesões neuro vasculares, hematoma, infecções e restrições de movimento do ombro acometido [8, 18].

No presente trabalho, nenhum paciente evolui com recidiva de luxação após o procedimento de Latarjet. Já em revisão sistemática de literatura com 1904 ombros, a taxa de recidiva foi de 2,9% [19].

No que tange à avaliação de complicações pós-cirúrgicas este estudo possui uma limitação do tempo de seguimento clínico de seis meses, uma vez que uma alteração comum da cirurgia de Latarjet é a artrose [20], que demanda tempo mais prolongado para surgimento em exame radiográfico.

No entanto, é válido pontuar que o estudo é prospectivo, cirurgias realizadas exatamente pela mesma equipe e mesmo local com técnica de Latarjet seguida de forma sistemática, o que elimina alguns vieses que poderiam influenciar nos resultados obtidos.

Em decorrência da pandemia do Covid-19 , tratando-se de uma catástrofe de saúde publica global, houve a necessidade de cancelamento das cirurgias eletivas do nosso serviço o que acarretou com a diminuição da amostra, além disso quatro pacientes que foram submetidos a cirurgia de Latarjet não realizaram o seguimento pós-operatório completo com a equipe de ortopedia do ombro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico com a técnica aberta de Latarjet para o tratamento da instabilidade anterior do ombro apresentou, durante o período de seguimento, bons resultados de satisfação pessoal, melhora da dor, força, melhora da capacidade de realizar as atividades de vida diária além da amplitude de movimento exceto para rotação interna do ombro acometido. A técnica demonstrou-se eficaz, segura e proporciona uma reabilitação precoce.

REFERÊNCIAS

1. Zacchilli MA, Owens BD. Epidemiology of shoulder dislocations presenting to emergency departments in the United States. J Bone Joint Surg Am. 2010 Mar;92(3):542-9. doi: 10.2106/JBJS.I.00450. PMID: 20194311.

2. Hovelius L. Incidence of shoulder dislocation in Sweden. Clin Orthop Relat Res. 1982;(166):127-31

3. Calvo E, Granizo JJ, Fernández-Yruegas D. Criteria for arthroscopic treatment of anterior instability of the shoulder: a prospective study. J Bone Joint Surg Br. 2005;87(5):677-83.

4. Oliveira C, Finelli CA, Santos MAM, Moretto RTS, Monteiro AC. Tratamento da luxação anterior recidivante do ombro pela técnica de Bristow-Latarjet. Rev Bras Ortop. 2001;36(10):.

5. Hobby J, Griffin D, Dunbar M, Boileau P. Is arthroscopic surgery for stabilization of chronic shoulder instability as effective as open surgery? A systematic review and meta-analysis of 62 studies including 3044 arthroscopic operations. J Bone Joint Surg Br. 2007;89(9):1188-96

6. Domos P, Lunini E, Walch G. Contraindications and complications of the Latarjet procedure. Shoulder Elbow. 2018 Jan;10(1):15-24. doi: 10.1177/1758573217728716. Epub 2017 Sep 11. PMID: 29276533; PMCID: PMC5734530.

7. Tokish JM, Thigpen CA, Kissenberth MJ, Tolan SJ, Lonergan KT, Tokish JM Jr, Dickens JF, Hawkins RJ, Shanley E. The Nonoperative Instability Severity Index Score (SSIS): A Simple Tool to Guide Operative Versus Nonoperative Treatment of the Unstable Shoulder. Sports Health. 2020 Nov/Dec;12(6):598-602. doi: 10.1177/1941738120925738. Epub 2020 Jul 1. PMID: 32609577; PMCID: PMC7785891.

8. Thamyongkit S, Wanitchanont T, Chulsomlee K, Tuntiyatorn P, Vasaruchapong S, Vijittrakarnrung C, Saengpetch N. The University of California-Los Angeles (UCLA) shoulder scale: translation, reliability and validation of a Thai version of UCLA shoulder scale in rotator cuff tear patients. BMC Musculoskelet Disord. 2022 Jan 18;23(1):65. doi: 10.1186/s12891-022-05018-0. PMID: 35042509; PMCID: PMC8767714.

9. Vrotsou K, Ávila M, Machón M, Mateo-Abad M, Pardo Y, Garin O, Zaror C, González N, Escobar A, Cuéllar R. Constant-Murley Score: systematic review and standardized evaluation in different shoulder pathologies. Qual Life Res. 2018 Sep;27(9):2217-2226. doi: 10.1007/s11136-018-1875-7. Epub 2018 May 10. PMID: 29748823; PMCID: PMC6132990.

10. Habermeyer, P. "The severity shoulder instability score (SSIS): a guide for therapy option for first traumatic shoulder dislocation." International Conference on Surgery of the Shoulder (ICSES), Edinburgh, Scotland. 2010.

11. Balg F, Boileau P. The instability severity index score. A simple pre-operative score to select patients for arthroscopic or open shoulder stabilisation. J Bone Joint Surg Br. 2007 Nov;89(11):1470-7. doi: 10.1302/0301-620X.89B11.18962. PMID: 17998184.

12. Allain J, Goutallier D, Glorion C. Long-term results of the Latarjet procedure for the treatment of anterior instability of the shoulder. J Bone Joint Surg Am. 1998 Jun;80(6):841-52. doi: 10.2106/00004623-199806000-00008. PMID: 9655102.

13. Bessière C, Trojani C, Carles M, Mehta SS, Boileau P. The open latarjet procedure is more reliable in terms of shoulder stability than arthroscopic bankart repair. Clin Orthop Relat Res. 2014 Aug;472(8):2345-51. doi: 10.1007/s11999-014-3550-9. PMID: 24615422; PMCID: PMC4079884.

14. Schmid SL, Farshad M, Catanzaro S, Gerber C. The Latarjet procedure for the treatment of recurrence of anterior instability of the shoulder after operative repair: a retrospective case series of forty-nine consecutive patients. J Bone Joint Surg Am. 2012 Jun 6;94(11):e75. doi: 10.2106/JBJS.K.00380. PMID: 22637215.

15. Silva, Luciana Andrade da, Lima, Álvaro Gonçalves da Costa, Kautsky, Raul Meyer, Santos, Pedro Doneux, Sella, Guilherme do Val, & Checchia, Sergio Luiz. (2015). Avaliação dos resultados e complicações em pacientes com instabilidade anterior de ombro tratado pela técnica de Latarjet. Revista Brasileira de Ortopedia , 50 (6), 652-659. https://doi.org/10.1016/j.rboe.2015.09.009

16. ROSA JRP, et al. Traumatic anterior instability of the shoulder. Revista Brasileira de Ortopedia, São Paulo, 2017; 5(52): 513-520.

17. AN VVG, et al. A systematic review and meta-analysis of clinical and patient-reported outcomes following two procedures for recurrent traumatic anterior instability of the shoulder: Latarjet procedure vs. Bankart repair. Journal of Shoulder and Elbow Surgery. Sydney, 2016; 25(5): 853-863.

18. Griesser MJ, Harris JD, McCoy BW, Hussain WM, Jones MH, Bishop JY, Miniaci A. Complications and re-operations after Bristow-Latarjet shoulder stabilization: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2013 Feb;22(2):286-92. doi: 10.1016/j.jse.2012.09.009. PMID: 23352473.

19. LATARJET M. Treatment of recurrent dislocation of the shoulder. Lyon Chir. 1954 Nov-Dec;49(8):994-7. English. PMID: 13234709.

20. Bliven KCH, Parr GP. Outcomes of the Latarjet Procedure Compared With Bankart Repair for Recurrent Traumatic Anterior Shoulder Instability. J Athl Train. 2018 Feb;53(2):181-183. doi: 10.4085/1062-6050-232-16. Epub 2018 Jan 19. PMID: 29350555; PMCID: PMC5842908.

ANEXO A

EMESCAM
Tradição e Conhecimento em Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE LATARJET, sob a responsabilidade de Pedro Vitor de Avelar Jacques.

JUSTIFICATIVA: A realização desse estudo é justificada pela necessidade de diferenciar e conhecer os resultados clínicos e a satisfação dos pacientes submetidos ao procedimento de Latarjet, realizados no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA: Verificar os resultados clínicos em pacientes submetidos ao procedimento aberto de instabilidade glenoumeral e seu impacto na recuperação e reabilitação precoce do mesmo.

PROCEDIMENTOS: Os pacientes atendidos no ambulatório do ombro do HSCMV, serão convidados a fazer parte do estudo. Os pacientes que preencherem os critérios de inclusão e aceitarem participar do projeto, assinando o TCLE, serão

sujeitos a entrevista, por meio de uma ficha inicial de dados pessoais/identificação, após, será realizado o protocolo de avaliações. Serão submetidas a avaliação da recuperação. Todas as etapas da avaliação serão realizadas no HSCMV.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, com duração de 06 meses (Julho a Dezembro de 2021).

RISCOS E DESCONFORTOS: O risco envolvido na pesquisa é quanto a de perda da sigilo das informações do paciente, perda da privacidade ao responder questões sensíveis, tomar o tempo do indivíduo ao responder questionário. Sendo garantido a não violação e a integridade dos documentos, assegurado confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. O pesquisador assume a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

BENEFÍCIOS: Os resultados poderão beneficiar diretamente aos participantes da pesquisa e certamente irão preencher uma lacuna no conhecimento científico a respeito do tema e poderão auxiliar na reabilitação do paciente e na diminuição de complicações.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Os participantes continuarão a ser acompanhados após o encerramento da pesquisa, até o momento de alta ambulatorial. É garantida a assistência imediata e integral gratuita por danos decorrentes da pesquisa.

_____

Assinatura do participante

_____

Assinatura do Pesquisador Responsável

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTEÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: Os gastos serão cobertos completamente pelo organizador da pesquisa e haverá o ressarcimento caso algum dano necessite de um investimento por parte do participante.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:

Em caso de dúvida você poderá procurar o responsável pela pesquisa: Pedro Vitor de Avelar Jacques, telefone: (27) 99700-3788, Av. Dante Michelini 1897, apto 101, Mata da Praia – Vitória -ES ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

_____

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa "AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE LATARJET", eu, Pedro Vitor de Avelar Jacques , declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____

Pesquisador

ANEXO B - SEVERITY SHOULDER INSTABILITY SCORE (SSIS)

Idade no momento da cirurgia	
Até 20 anos	2
>20 anos	0
Nível de prática esportiva	
Competição esportiva	2
Atividade de esportivas recreativa ou nenhuma pratica esportiva	0
Atividade esportiva antes da cirurgia	
Esporte de contato ou rotação extrema/abdução forçada	2
Outro	0
Hiperlaxidez do ambro	
Sim	1
Não	0
Lesão de Hill-Sachs no RX AP	
Visível em rotação lateral	2
Invisível em rotação lateral	0
Perda do osso subcondral no contorno de rx AP posição neutra.	
Sim	2
Não	0
Total	10

ANEXO C - UNIVERSITY OF CALIFORNIA AT LOS ANGELES SHOULDER RATING SCALE (UCLA)

Dor	
1. Presente todo o tempo e insuportável; faz uso de medicação regularmente	1
2. Presente todo o tempo, mas suportável; faz uso de medicação de vez em quando	2
3. Nenhuma ou pouca dor quando o braço está parado, ocorre durante trabalhos leves; faz uso de medicação regularmente	4
4. Ocorre apenas durante trabalhos pesados ou durante trabalhos específicos; faz uso de medicação de vez em quando	6
5. Dor leve e ocorre de vez em quando	8
6. Nenhuma	10
Função	
1. Incapaz de usar o braço	1
2. Capaz apenas de realizar atividades leves	2
3. Capaz de realizar trabalhos domésticos leves ou a maioria dos trabalhos do dia a dia.	4
4. Capaz de realizar a maioria dos trabalhos domésticos, inclusive fazer compras, dirigir, pentear-se, vestir-se, despir-se e fechar o sutiã.	6
5. Apresenta pouca dificuldade, capaz de realizar movimentos acima da altura do ombro.	8
6. Atividades normais.	10
Goniometria: Flexão anterior ativa - O paciente deve se posicionar sentado com o membro ao lado do corpo e posição neutra. O examinador deve instrui-lo a elevar o braço o máximo possível sem compensações.	
1. 150 graus ou mais	5
2. 120 a 150 graus	4
3. 90 a 120 graus	3
4. 45 a 90 graus	2
5. 30 a 45 graus	1
6. Menos que 30 graus	0
Força de flexão anterior ativa: Teste de força Manual - O paciente deve se posicionar sentado com o membro ao lado do corpo e antebraço pronador a seguir deve elevar o membro a 90 graus. 0 examinador devera instrui-lo a manter esta posição contra resistência que será aplicada na porção distal do úmero (acima do cotovelo).	
1. Grau 5(normal)	5
2. Grau 4(boa)	4
3. Grau 3(regular)	3
4. Grau 2(fraco)	2
5. Grau 1(contração muscular)	1
6. Grau 0(ausência de contracão)	0
Satisfação do paciente	
1. Satisfeito e melhor	5
2. Insatisfeito e pior	0

ANEXO D - THE CONSTANT-MURLEY SCORE (CMS)

A: Escore de dor: Indique o nível mais alto de dor que você experimentou em seu ombro durante atividades comuns nas últimas 24 horas. Para fazer isso, defina uma marca na linha

|----------|

Sem dor Dor intolerável

B: Atividades da Vida diária: As próximas 4 perguntas tratam de atividades cotidianas que você experimentou na última semana.

1. O seu sono é perturbado pelo seu ombro? (Por favor, marque apenas uma caixa

☐ O sono não é perturbado (+2) ☐ Perturbação ocasional ao dormir (+1)
☐ Perturbação de todas as noites (+0)

2. Quanto do seu trabalho diário normal o seu ombro permite que você realize? (Indique colocando uma marca na linha)

|----------|

Todo trabalho Nenhum trabalho

3. Quanto de sua atividade recreativa normal seu ombro permite que você realize? (Indique colocando uma marca na linha)

|----------|

Todas atividades Nenhuma atividade

4. Até que nível você pode usar sua mão confortavelmente? (Por favor, verifique apenas o movimento de maior avanço)

☐ Abaixo da cintura (+0) ☐ Até a cintura (+2) ☐ À altura do esterno (+4)
☐ Até o pescoço (+6) ☐ Até o topo da cabeça (+8) ☐ Acima da cabeça (+10)

C: Movimento: Quatro diferentes movimentos ativos e sem dor do braço são realizados. Se o braço pode ser levantado a 140 graus com dor e 110 graus sem dor na questão 1,2, então uma amplitude de movimento de 110 graus é registrada. O testador mostra primeiro o movimento desejado, que o paciente realiza em seguida. Todos os exercícios são feitos com o sujeito de teste em pé com os pés apontando diretamente para a frente e na largura dos ombros.

1,2. A elevação frontal e lateral são registradas com um goniômetro de braço longo. Apenas o braço afetado realiza movimentos. Por favor, marque uma caixa.

Amplitude de movimento em graus						
Movimento	0-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151
Flexão						
Abdução						
Pontos	0	2	4	6	8	10

2. Rotação externa realizada sem ajuda e as mãos devem ser colocadas atrás e acima da cabeça sem tocar na cabeça. Os movimentos são realizados por ambos os braços simultaneamente, mas registrados apenas para o lado afetado. Os movimentos devem ser realizados sem dor. Por favor, verifique todos os que se aplicam.

☐ Mãos atrás da cabeça, cotovelos para frente (+2) ☐ Mãos atrás da cabeça, cotovelos para trás (+2) ☐ Mãos no topo da cabeça, cotovelos para a frente (+2) ☐ Mãos no topo da cabeça, cotovelos para trás (+2) ☐ Elevação total dos braços (+2)

3. A rotação interna é realizada sem ajuda e o sujeito deve usar o polegar para apontar para os pontos anatômicos especificados. Os movimentos são realizados apenas com o braço afetado. Os movimentos devem ser realizados sem dor. Marque apenas a caixa para o movimento mais avançado.

☐ Face lateral da coxa (+0) ☐ Abaixo da prega glútea (+2) ☐ Até a sacro ilíaca (+4) ☐ Até a cintura (+6) ☐ Até 12ª vértebra torácica (+8) ☐ Até o nível escapular (+10)

D: Força: A força é medida com um dinamômetro. O teste é feito com o sujeito de teste em pé com os pés apontando diretamente para a frente e na largura dos ombros. O braço deve ser abduzido 90 graus no plano escapular. Se o braço não pode ser elevado a 90 graus, uma pontuação de 0 pontos é dada. O pulso é pronado de modo que a palma da mão fique voltada para baixo e o cotovelo seja esticado o máximo possível. A tira do dinamômetro deve ser colocada ao redor do pulso do sujeito de teste de modo que fique sobre a cabeça longa da ulna. O sujeito do teste é instruído a empurrar ao máximo para cima por 5 segundos e recebe 3 tentativas.

	1 tentativa	2 tentativa	3 tentativa	Melhor Pontuação
Força (KG)				

Capítulo 25

10.37423/220606237

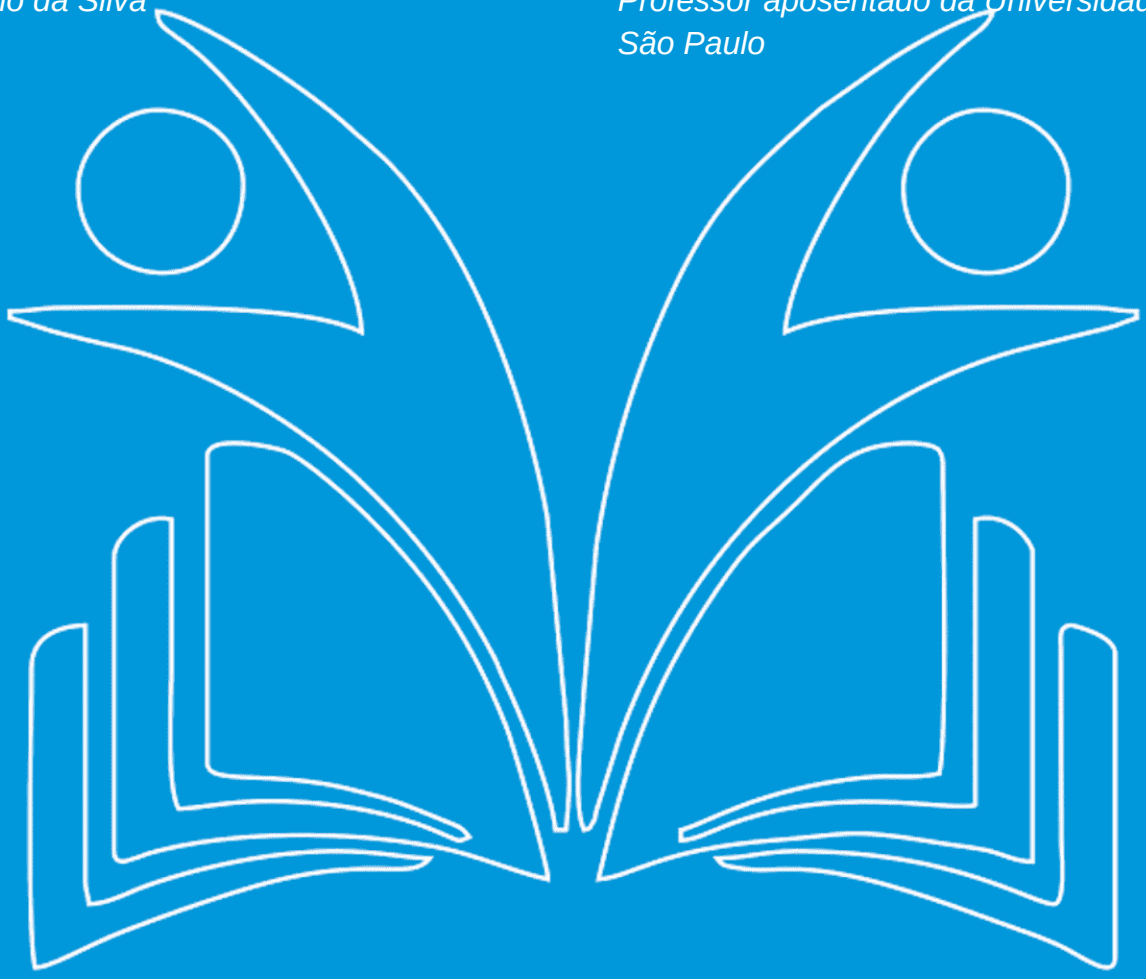
A REDE SOCIAL DE APOIO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ASPECTOS ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS

Adriana Guimarães Rodrigues

Universidade Federal de São João del-Rei

Ailton Amélio da Silva

Professor aposentado da Universidade de São Paulo



Resumo: O presente artigo apresenta dados de um estudo descritivo que teve como objetivo identificar os aspectos estruturais e funcionais da rede social de idosos institucionalizados, visto que o apoio social apresenta uma função importante no enfrentamento das perdas e limitações na velhice. Participaram 30 idosos institucionalizados (M - 74 anos) de três Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Para coleta dos dados foram utilizados: entrevista e diagrama de escolta. Os idosos possuíam, em média, 6,2 pessoas nas suas redes sociais, quantidade pequena quando comparada com as redes relatadas em outros estudos. Esses idosos recebiam e forneciam apoio de poucas pessoas: recebiam apoio de, em média, 1,3 pessoas e ofereciam para 0,7 pessoas. Os resultados indicam a necessidade de políticas e programas para auxiliarem os idosos institucionalizados a conquistarem e a manterem uma rede social com mais pessoas, principalmente com os demais internos das ILPI, e com mais trocas de apoio entre eles.

Palavras-chave: institucionalização; idosos; velhice; redes sociais; apoio social.

1 INTRODUÇÃO

Os estudos científicos sobre o envelhecimento são relativamente recentes, pois, anteriormente, o foco de interesse dos estudiosos do desenvolvimento humano estava dirigido, principalmente, para a infância e a adolescência. No âmbito da psicologia, fato semelhante ocorreu. Durante muito tempo, os estudos concentraram-se no conhecimento das especificidades da infância e, em alguns casos, da adolescência, porque havia a crença de que os primeiros anos da vida eram determinantes para a constituição da personalidade do indivíduo, sendo as demais etapas, reflexos daquilo que foi adquirido na infância (Rodrigues, 2002; Rodrigues & Silva, 2003).

Para ilustrar essa situação de pouco conhecimento sobre as etapas finais da vida e o recente interesse sobre o envelhecimento, Carstensen (1995) afirma: “sabemos menos sobre os últimos 30 anos da vida do que sobre os cinco primeiros. Todavia, o atual crescimento da população idosa está criando um interesse sem precedentes pelo processo do envelhecimento” (p. 113).

Pesquisas têm demonstrado que a população de idosos, com mais de 60 anos, é a que mais cresce no Brasil. No ano de 1991, havia cerca de 10,5 milhões de idosos no país, em 2001 contabilizava 15,5 milhões e no ano de 2011 a população de idosos cresceu para 23, 5 milhões de idosos no Brasil, representado 12,1% da população. Esses dados mostram que, em 20 anos a população idosa brasileira mais que dobrou em quantidade e estima-se que deverá ultrapassar a marca de 35% do total da população brasileira, no ano de 2050 (Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos, 2014). Estes dados e outros permitem afirmar que a população brasileira está envelhecendo.

O rápido envelhecimento populacional traz sérias consequências sociais, pois chegar aos limites biológicos da vida humana, sem qualidade de vida, transforma a velhice em uma etapa de sofrimento e requer investimento maciço de recursos (Ramos, 2002).

As dificuldades de viver a velhice como mais uma etapa do ciclo vital não se restringem aos fatores de ordem econômica, pois estão relacionadas também com as limitações decorrentes de um corpo desgastado, com as ideias preconceituosas e distorcidas que associam a velhice com doença, declínio, morte e com as variáveis situacionais que são consequências de se viver por muitos anos, como a morte de parentes próximos e cônjuges, os filhos que se afastam da casa dos pais para constituírem novas famílias e outros aspectos (Fernandes, Borges, Rodrigues & Silva, 2009).

Os poucos recursos para atender às necessidades desta parcela da população refletem-se na crescente demanda pela institucionalização de idosos e das precárias condições de assistência de algumas instituições de longa permanência para idosos. (Reis & Ceolin, 2007; Pollo & Assis, 2008).

O aumento da demanda pela institucionalização dos idosos também parece estar relacionado com as transformações histórico-culturais ocorridas, principalmente, na segunda metade do século XX. A redução do tamanho das famílias, a modificação dos arranjos da família nuclear pelo elevado número de divórcios e recasamentos, a inserção crescente e intensa da mulher no mercado de trabalho e o ritmo de vida cada vez mais acelerado que retira o tempo do convívio familiar e o desloca para as necessidades profissionais alteraram profundamente a relação de cuidados que a família dispensava aos seus idosos. A mulher, que antes ficava com a função de cuidadora, passou a ter dificuldade para conciliar esta função com o papel profissional (Pollo & Assis, 2008). Assim, as alternativas para manter o idoso em casa ficaram mais restritas, principalmente, quando este precisava de cuidados e/ou quando a família não possuía condições físicas, emocionais, sociais e financeiras para lhe oferecer os cuidados necessários.

Não restam dúvidas de que o envelhecimento é um processo complexo que envolve uma gradativa diminuição da capacidade física, psicológica e social do indivíduo. Várias teorias procuram explicar como ocorre esse processo, mas nenhuma delas, isoladamente, conseguiu descrever toda a complexidade desta última etapa da vida. Uma das teorias mais abrangente sobre a velhice é a teoria do *lifespan*, desenvolvida por Paul B. Baltes (Rodrigues, 2011). Essa proposta teórica incorporou contribuições de várias disciplinas e preconiza que o desenvolvimento ocorre durante toda a vida, inclusive na velhice, sendo um processo contínuo, multidirecional e multidimensional que envolve mudanças previsíveis e não previsíveis influenciadas tanto por fatores biológicos quanto pelos culturais (Baltes & Smith, 2004).

A velhice é uma etapa da vida, carregada de perdas e limitações, seja pelas dificuldades de funcionamento dos órgãos e sistemas, seja pela morte de parentes e amigos que, gradativamente, vai diminuindo a rede social dos idosos, tornando-os mais vulneráveis ao desamparo (Neri, 2001; Pereira, 2005).

1.1 A REDE SOCIAL NA VELHICE

De acordo com Capitanini (2000), as redes sociais de apoio são formadas por um conjunto de pessoas que mantêm entre si relações que envolvem compartilhamento, permitindo-lhes trocar informações

e serviços, receber apoio emocional, ajuda material, estabelecer novos contatos sociais e manter a identidade social. Essas redes podem ser classificadas quanto aos seus aspectos estruturais, funcionais e contextuais.

Os aspectos estruturais envolvem o tamanho e a composição das redes sociais que oferecem apoio. Os aspectos funcionais referem-se às funções que o apoio exerce na vida do indivíduo que recebe e que fornece apoio social e os aspectos contextuais referem-se à adequabilidade do apoio social à situação em que o indivíduo está vivendo (Simão, 2003; Martins, 2005; Siqueira, 2008).

Para Kahn e Antonucci (1980), as redes de apoio social também devem ser analisadas considerando sua simetria, estabilidade, conectividade e homogeneidade, bem como em relação às características e frequências das interações entre os membros. Para esses autores, a relação entre as pessoas que trocam apoio social costuma ser hierarquizada, com algumas relações mais íntimas do que as outras. Nas relações mais íntimas, o indivíduo é mais amparado e acolhido em suas dificuldades, auxiliando-o a reinterpretar suas experiências e reafirmar seus valores. Essas relações funcionam como amortecedores para os eventos negativos e contribuem para o aumento do bem-estar subjetivo do indivíduo

Outro aspecto relevante, salientado por Martins (2005), refere-se ao modo como as pessoas percebem o apoio social recebido. É importante considerar as percepções que o indivíduo tem do apoio social e de sua disponibilidade, pois dificuldades cognitivas e afetivas podem comprometer essa percepção. Embora o apoio social dependa das funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas para o indivíduo, seu valor está diretamente relacionado à sua capacidade de perceber o apoio social recebido. Essa percepção se traduz na crença de que o indivíduo é estimado e de que as pessoas se interessam por ele e estão disponíveis quando ele precisar.

Chor, Griep, Lopes e Faerstein (2001) fazem uma distinção conceitual entre redes sociais e apoio social. As redes sociais são definidas, fazendo uma analogia com “teias” de relações, ou seja, as redes sociais são formadas pelo grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de participação social. Já a definição de apoio social envolve a ideia de ser um processo dinâmico e complexo que engloba a interação do indivíduo com sua rede social e as trocas estabelecidas entre eles. Por meio dessas interações, o indivíduo pode satisfazer suas necessidades sociais.

Deps (1993) elaborou uma definição mais abrangente de apoio social que se refere à presença de recursos psicológicos e materiais fornecidos por pessoas familiares ou amigas, antes e depois da ocorrência de um evento estressante na vida. Em seus estudos, a autora afirma que o apoio social

favorece o enfrentamento de situações de estresse físico e psicológico e diminui a suscetibilidade à doença e à mortalidade.

O significado que a pessoa atribui à sua rede de relações sociais está associado à avaliação que ela faz da natureza de suas relações, (por exemplo, se são formais ou informais, composta por familiares ou por amigos, íntimas ou distantes), ao grau em que o apoio fornecido pode suprir suas necessidades, à quantidade de pessoas que fazem parte da rede, à qualidade da relação entre a pessoa e os membros de sua rede e ao grau de desejabilidade dos relacionamentos e das interações (Capitanini, 2000).

É importante diferenciar a frequência das relações sociais da qualidade dessas relações. Não basta ter uma ampla rede de relações sociais se a qualidade das relações entre os integrantes não for boa, pois a qualidade da relação é mais importante do que a quantidade. Ramos (2002) distingue as interações positivas das interações negativas. Para fazer esta distinção, esse autor leva, em conta, a qualidade, o balanço das trocas sociais e o que está sendo trocado.

De acordo com Ramos (2002), normalmente, as redes sociais dos idosos são formadas pelos familiares, vizinhos e amigos. Embora o apoio social oferecido pelos familiares seja a forma mais comum, este tipo de apoio, nem sempre, é o mais satisfatório. Quando a relação estabelecida entre idoso e sua família está comprometida, o apoio pode ser visto como uma obrigação que gera peso, desconforto e desentendimento. Esta situação raramente ocorre com os amigos, pois as trocas entre amigos são mais voluntárias, calcadas em interesses mútuos e necessidades sociais. Por isso, essas relações apresentam um nível maior de reciprocidade quando comparadas com as relações de parentesco.

1.2 ESTUDOS SOBRE A REDE SOCIAL DE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Existem alguns estudos que descrevem a composição, a funcionalidade e a satisfação proporcionadas pelas redes sociais de idosos. Por exemplo, Nogueira (2001) analisou a configuração da rede social de 300 pessoas (metade de cada sexo) de três grupos etários: adultos jovens, adultos de meia-idade e idosos. Com relação aos idosos, os resultados apontam que eles têm um menor número de pessoas em suas redes (em média 12 pessoas) do que os demais grupos etários estudados. Grande parte das pessoas que compõem a rede dos idosos é mais nova e composta, principalmente, por familiares. Os filhos foram apontados pelas mulheres idosas como uma importante fonte de apoio social. As pessoas indicadas como as principais fontes de apoio emocional, instrumental e informativo são as mais próximas afetivamente. Os três grupos etários afirmaram estar satisfeitos com o número de pessoas na rede, sendo que os idosos apresentaram escore mais alto de satisfação com a rede atual.

Os estudos de Resende, Cardoso, Caixeta e Braga (2004) sobre a configuração da rede social e a satisfação com ela, realizados com de 25 mulheres com mais de 50 anos, encontraram resultados semelhantes aos do estudo de Nogueira (2001), citado acima. A quantidade média de pessoas que compõem a rede dessas mulheres é 14. A maior parte das pessoas da rede social é mais nova, do sexo feminino e faz parte de sua família. A maioria dessas 25 mulheres relata estar muito satisfeita com a rede social.

Resende, Bones, Souza e Guimarães (2006) investigaram as redes de relações sociais e satisfação com a vida de 90 pessoas (72% mulheres e 28% homens) com idades que variavam entre 25 a 85 anos. As autoras verificaram com relação às pessoas idosas que o apoio emocional geralmente é fornecido por familiares (41%); desses, 61% tinham idades próximas a dos participantes da pesquisa. O apoio instrumental também é fornecido mais por familiares (57%), sendo que desses, 49% estavam na mesma faixa etária dos participantes e 34% eram mais jovens. Com relação ao suporte informativo, 43% são fornecidos por familiares, sendo 57% da mesma faixa etária dos participantes. Estes resultados indicam que a maioria dos participantes recebe apoio emocional, instrumental e informativo de familiares com idades semelhantes. Grande parte dos participantes relatou estar mais ou menos satisfeita (42%) e muito satisfeita (53%) com a rede de apoio.

As pesquisas citadas acima sobre a configuração das redes sociais de apoio e a satisfação com elas, apesar de apresentarem variações em seus objetivos e amostras um pouco diversificadas quanto ao gênero, estado civil, escolaridade e outros, foram apresentadas porque refletem a situação de idosos não institucionalizados que têm um grau relativo de autonomia e por apresentarem resultados semelhantes entre si quanto à composição das redes e satisfação com as mesmas. Os resultados dessas pesquisas sugerem que a maioria dos idosos investigados possui uma boa rede de apoio social e está satisfeita com ela, quebrando os mitos sobre a solidão na velhice, ou seja, esses resultados indicam que os idosos não se isolam, continuam a manter uma rede social, embora esta seja mais restrita à família.

Essas pesquisas não esclarecem a realidade dos idosos institucionalizados, uma vez que grande parte deles não tem contatos com familiares. Seus contatos ficam mais restritos aos demais internos da ILPI, pessoas com idades semelhantes e não com pessoas mais novas. Como ficaria a composição da rede social dos idosos institucionalizados e quais funções ela desempenha para eles? O objetivo deste estudo é contribuir para a resposta destas questões.

2 METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo que teve como objetivo a identificação de aspectos estruturais e funcionais da rede social de 30 idosos institucionalizados.

2.1 PARTICIPANTES

Todo o processo da pesquisa ocorreu em conformidade com os princípios éticos. A coleta dos dados com os participantes ocorreu somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (protocolo 2009.077), com anuência da direção das ILPI e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido de cada idoso participante.

Participaram dessa pesquisa 30 idosos de três instituições filantrópicas de longa permanência para idosos, localizadas no interior de Minas Gerais e próximas uma das outras, num raio de 120 quilômetros. Desses idosos, 17 eram do sexo feminino e 13 do sexo masculino.

Como critério de participação na pesquisa, os idosos deveriam ter: (1) idade superior a 60 anos; (2) capacidade cognitiva suficiente para compreender os objetivos da pesquisa e seu modo de participação.

Quanto ao estado civil dos 30 idosos, 18 eram solteiros, oito viúvos, um casado e três divorciados. Desses idosos, dez (33,4%) possuíam filhos e/ou enteados.

A média de idade dos idosos era de 74 anos, com desvio padrão *(dp)* de 9,1 anos. Dos 30 idosos participantes, três eram analfabetos, 15 não completaram a 4ª série do ensino fundamental e 12 completaram somente a 4ª série. Com relação à fonte de renda, todos os idosos eram aposentados e/ou pensionistas. A maioria era católica (27 idosos), sendo dois evangélicos e um afirmou não ter religião definida.

O tempo médio de institucionalização dos idosos era de seis anos e cinco meses (*dp*: 7,5 anos), variando entre um mês a 34 anos de institucionalização. Segundo seus relatos, 16 idosos foram institucionalizados por um membro da família, seis por amigos, seis foram encaminhados pelo serviço de Assistência Social do Município ou por Ordem Judicial e dois pelos seus ex-patrões. Os motivos da institucionalização apontados por eles, foram: seis idosos não tinham onde morar; 10 já moravam sozinhos e não tinham mais condições físicas e/ou financeiras de continuar morando sozinhos e 14 idosos disseram que a família não podia ou não queria cuidar deles.

Para a escolha dos participantes, inicialmente foram selecionados todos os idosos da instituição os quais não apresentavam comprometimento cognitivo. Dentre aqueles que atenderem a esses critérios, foram sorteados dez idosos de cada instituição.

2.2 INSTRUMENTOS

I - Entrevista semiestruturada para obtenção de dados pessoais dos participantes. Os dados obtidos dizem respeito à idade dos participantes, à escolaridade, à situação profissional atual e anterior, ao tempo de institucionalização e outros. Esses dados foram utilizados para caracterizar a amostra.

II - Diagrama de escolta: trata-se de uma medida do tipo autoinforme que visou identificar os aspectos estruturais e funcionais da rede de apoio social. A representação gráfica do diagrama é composta por quatro círculos concêntricos e hierárquicos, construídos em um quadro de isopor coberto com feltro, medindo 80 cm por 80 cm, de cor verde. No círculo central, está representada a pessoa avaliada. Esse círculo está inserido numa estrutura maior, constituída por três outros círculos e com divisões claras entre eles. Cada um dos círculos representa distintos graus de proximidade afetiva em relação ao indivíduo que se encontra em foco. Junto ao diagrama, foi apresentada uma série de bonecos de diferentes formas (feminina e masculina) e cores (rosa para a forma feminina e azul para a masculina). Esses bonecos foram fixados com alfinetes nos três círculos de acordo com o grau de importância e proximidade da pessoa avaliada.

2.3 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, foram feitos contatos com as diretorias das ILPI para explicação dos objetivos da pesquisa, metodologia utilizada, seleção dos idosos, modo de participação desses, consentimento livre e esclarecido dos participantes, anonimato da identidade deles e outras informações.

Os idosos selecionados foram convidados a participar da pesquisa, esclarecidos sobre os objetivos da mesma, seu modo de participação e forneceram seus consentimentos livres e esclarecidos. Em seguida, foi feita a entrevista com os idosos e, depois, a aplicação do diagrama de escolta. A entrevista e a aplicação do diagrama de escolta ocorreram individualmente em uma sala com mesa e cadeiras.

Em cada instituição, estes dados foram obtidos em um intervalo de dois dias, com uma média de cinco idosos por dia para não cansar a pesquisadora e comprometer a coleta de dados. Os resultados coletados foram analisados quantitativamente, utilizando-se dos recursos da estatística descritiva (representados em gráficos e tabelas).

A aplicação do diagrama de escolta teve duração média de, aproximadamente, 19 minutos (dp: 9,47 minutos) e ocorreu em duas etapas consecutivas. Na primeira, explicou-se ao participante o tempo de duração da aplicação do diagrama e que, antes do início da tarefa, seriam feitas algumas perguntas sobre sua rotina ("Como é o seu dia a dia?" e "E o seu final de semana?"). Em seguida, pediu-se ao participante que pensasse nas pessoas que eram importantes em sua vida, com as quais mantinha diferentes níveis de proximidade. Após essa tarefa, solicitou-se que os participantes pensassem nas pessoas próximas, que seria difícil imaginar a vida sem elas, e escolhessem bonecos para representá-las. Esses bonecos foram afixados no círculo mais interno do diagrama. O mesmo procedimento ocorreu no preenchimento do círculo intermediário, que foi descrito como "incluindo aquelas pessoas de quem você não se sente tão próximo, mas que ainda assim são muito importantes para você" (Couto, Koller, Novo & Soares, 2008, p. 498).

Para o preenchimento do círculo externo, pediu-se ao participante que pensasse nas pessoas que não foram mencionadas, mas das quais ele se sentia próximo, e que eram importantes o suficiente para serem colocadas na sua rede. Em uma folha separada, foram registrados o nome e o local onde foi afixado cada boneco nomeado pelo participante. Nesta etapa de aplicação do diagrama, foram obtidas informações sobre a estrutura da rede de apoio social dos participantes.

Na segunda etapa da aplicação, procuraram-se obter dados mais aprofundados sobre a composição da rede. Nessa etapa, foi apresentada uma série de perguntas sobre as pessoas relacionadas pelo participante. As questões envolviam: nome das pessoas inseridas na rede, sexo, idade, círculo em que a pessoa foi inserida, tipo de relação com o participante, tempo decorrido desde o início da relação, frequência do contato e distância entre a instituição que o participante reside e o local onde a pessoa citada mora.

A frequência do contato foi avaliada de acordo com uma escala do tipo *likert* que incluiu os seguintes graus de variação: 1 – irregularmente; 2 – anualmente; 3 – mensalmente; 4 – semanalmente e 5 – diariamente ou vivem juntos. A distância entre o local de residência foi avaliada em minutos de deslocamento de carro para percorrer a distância entre elas.

Nessa etapa, também foram identificadas as características funcionais da rede social, usando-se como critério cinco tipos de relação de apoio recebidos e fornecidos pelo participante. As relações são: 1) confidenciar coisas importantes; 2) ser estimulado e/ou tranquilizado em momentos de incerteza; 3) ser cuidado em situação de doença; 4) conversar quando está triste, nervoso ou deprimido e 5)

conversar sobre sua própria saúde. Para cada uma dessas questões, pediu ao participante que olhasse para o diagrama e apontasse aquelas pessoas das quais ele recebia o apoio e para as quais ele fornecia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados gerados pela aplicação do diagrama de escolta mostra que a rede social dos idosos é composta por, em média, 6,2 pessoas (dp:3).

No total, os idosos relataram possuir 185 pessoas em suas redes, sendo a maioria do sexo feminino – 115 pessoas (62% das pessoas da rede) e 70 pessoas do sexo masculino (38% da rede). Deste total de pessoas, 170 (92%) foram inseridas no círculo interno do diagrama de escolta por serem consideradas pessoas muito importantes e mais próximas, 14 pessoas (7,5%) foram inseridas no círculo intermediário desse diagrama, por serem consideradas importantes, porém menos próximas, e uma pessoa (0,5%) foi colocada no círculo externo por ser considerada importante, mas distante.

Os grupos de pessoas citadas pelos idosos como integrantes de suas redes sociais eram: amigos (36% do total das pessoas citadas), familiares (30%), funcionários da instituição (19%) e demais internos (15%). Com relação aos familiares, a maior parte era constituída de sobrinhos (34%).

A quantidade média de pessoas que compõem a rede social dos idosos participantes da pesquisa (6,2 pessoas) é bem menor do que a média de 12 pessoas da rede social de idosos não institucionalizados, descrita nos estudos abaixo.

No estudo de Nogueira (2001), realizado com 300 pessoas (metade de cada sexo), cujas idades variavam entre 65 e 75 anos, sendo a maioria casada, aposentada e com nível educacional fundamental, os idosos relataram possuir uma rede composta por 12 pessoas. De maneira geral, havia mais mulheres nas redes do que homens. A maioria dos componentes da rede dos idosos era constituída por pessoas mais novas, mais próximas afetivamente e familiares.

Freire, Resende e Rabelo (2004) identificaram a composição da rede social de idosos que frequentavam centros socioeducativos e verificaram que suas redes sociais eram compostas, em média, por 12 pessoas, sendo que a maior parte era membro da família, do sexo feminino e mais jovem.

O estudo de Resende e cols. (2004) sobre a rede social de 25 mulheres com mais de 50 anos, demonstrou que essa rede era composta, em média, por 14 pessoas.

Um estudo com objetivos semelhantes também foi realizado por Braga, Cardoso e Resende (2005), citados por Resende e cols. (2006), sobre a rede social de 42 idosos que tinham, em média, 74 anos de idade, sendo a maioria do sexo feminino, viúva, aposentada ou pensionista e vivia só. A rede social destes idosos era composta, em média, por nove pessoas.

De acordo com o estudo de Resende e cols. (2006) sobre a rede social de 90 pessoas, com idades entre 25 e 85 anos, sendo que a maioria dos participantes era casada. A rede social era composta por 12 pessoas, em média, constituída, principalmente, por familiares, mulheres e pessoas mais jovens e com idades semelhantes a dos participantes da pesquisa.

A comparação entre estes resultados sugere que os idosos institucionalizados apresentam mais dificuldades para conseguir uma rede de apoio social mais ampla do que os não institucionalizados. Inúmeras hipóteses podem explicar este fenômeno, tais como: baixa motivação e/ou habilidade para o estabelecimento de novas relações interpessoais; posse de uma rede social menor antes da institucionalização; falta de oportunidades para manter uma rede composta por amigos de longa data e familiares; baixa motivação e/ou habilidades para desenvolver amizades com os demais internos da instituição e outras.

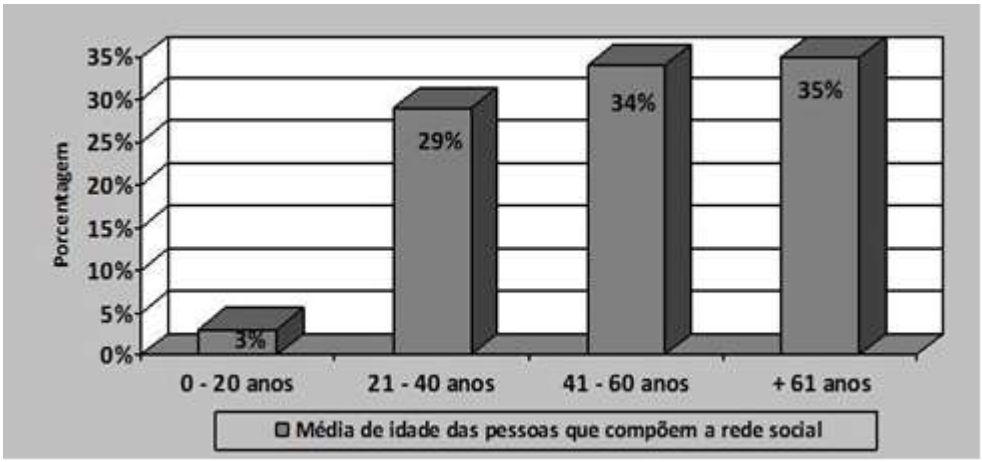
Na presente pesquisa e, em alguns estudos citados acima, percebe-se que havia uma maior percentagem de mulheres na composição da rede social dos idosos. Para Neri (2001), as mulheres têm mais oportunidade de aprendizagem social e, por isso, são menos agressivas, mais expressivas, envolvidas, solidárias, sugestionáveis e mais relacionadas socialmente que os homens. Outro fator que justifica a presença feminina mais elevada na rede social dos idosos é que, no Brasil, a população de idosas é maior do que a de idosos. Conforme os dados referentes ao ano de 2014, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, as mulheres brasileiras viviam, em média, 7,2 anos a mais do que os homens brasileiros (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2014).

Souza e Hutz (2008) afirmam que as amizades entre as mulheres são de melhor qualidade do que entre os homens. As relações de amizade entre as mulheres são mais íntimas, divertidas, próximas e envolvem mais trocas afetivas, enquanto as amizades entre os homens valorizam as atividades conjuntas e são mais instrumentais.

As idosas tinham uma rede um pouco menor do que os idosos, com uma média de 5,9 pessoas por idosa, das quais 74% eram do sexo feminino. Os idosos tinham uma rede constituída por, em média, 6,5 pessoas, sendo composta por quantidades semelhantes de mulheres (48%) e homens (52%).

Ao comparar o número médio de pessoas que compõem a rede social das 17 idosas que participaram desse estudo (5,9 pessoas) com a quantidade média da rede social de 25 mulheres de mais de 50 anos (14 pessoas) do estudo de Resende e cols. (2004), verifica-se que a rede das idosas institucionalizadas é constituída por menos da metade da quantidade de pessoas das redes de idosas não institucionalizadas. Este estudo ainda aponta que a grande maioria das pessoas que compõe a rede dessas 25 mulheres não institucionalizadas é tipicamente mais nova, pertencente ao sexo feminino e faz parte de sua família, o que difere da rede das idosas institucionalizadas que é mais composta por amigos e pessoas com idades semelhantes às suas próprias idades. A média de idade das pessoas que faziam parte da rede social dos idosos é apresentada na Figura 1.

Figura 1 - *Média de Idade das Pessoas que Compõem a Rede Social dos Idosos*



Boa parte (35%) dos integrantes da rede social dos idosos tinha 60 anos ou mais, ou seja, idades próximas às deles. Outra parcela razoável (34%) era composta por pessoas cujas idades variavam de 41 a 60 anos. Assim, a grande maioria das pessoas da rede social destes idosos tinha mais de 40 anos. Por outro lado, o contato com pessoas bem mais jovens, com menos de 20 anos, era muito menor, visto que estes representavam apenas 3% de suas redes.

A média de idade das pessoas da rede social dos idosos participantes desta pesquisa é diferente da média de idade das pessoas da rede social de idosos não institucionalizados, de acordo com os dados apresentados em outros estudos, como os de Nogueira (2001); de Freire e cols. (2004); de Resende e cols. (2006), citados acima neste tópico. Estes autores verificaram que a rede social de idosos não institucionalizados é composta, principalmente, por pessoas mais jovens e familiares como: filhos, genros, noras e netos. A rede social dos idosos participantes da pesquisa é composta mais por pessoas com idades semelhantes ou um pouco mais novas, entre 41 e 60 anos.

O tempo de relação dos idosos com os integrantes de suas redes era bastante variável. Com algumas pessoas, os idosos tinham menos tempo de relação, como, por exemplo, com os internos e funcionários da instituição; com outras pessoas, como os parentes e amigos de fora da instituição, eles tinham muitos anos de relação.

Com relação à frequência de contato entre os idosos e as pessoas de suas redes, foi possível verificar que eles mantinham contato diário com 34% dos integrantes de suas redes, os quais eram os outros internos e funcionários da instituição. O contato com o restante das pessoas da rede era: semanal (11% dos integrantes), mensal (15%), algumas vezes ao ano (11%), anualmente (10%) e em intervalos de tempo maior do que um ano (12%). Sete por cento das pessoas da rede social dos idosos nunca foram à instituição em que eles residiam.

Verificou-se que 26% das pessoas da rede social dos idosos os visitavam semanalmente ou mensalmente, mas 33% das pessoas dessa rede tinham contatos mais esporádicos, variando de algumas vezes ao ano, anualmente até intervalos maiores do que um ano. Ademais, 7% dos integrantes da rede dos idosos nunca os visitaram na instituição. Esta baixa frequência de contato, de poucas vezes ao ano ou mais, não é justificada pela distância da instituição da casa do integrante da rede, pois somente 8% das pessoas citadas na rede social dos idosos residiam em outros municípios.

De acordo com as informações sobre a distância entre a casa dos integrantes da rede social e a instituição em que os idosos residiam, medida em tempo de deslocamento de carro, verifica-se que 34% dos integrantes eram internos ou funcionários da instituição, estando, portanto, no mesmo local em que residia o idoso, ou em boa parte do tempo na instituição, como no caso dos funcionários. Dos demais integrantes, 34% residiam a uma distância de até 10 minutos de deslocamento de carro; 12% em até 20 minutos; 6% em até 30 minutos; 6% em distâncias entre 31 minutos e 60 minutos e 8% em outros municípios, cujas distâncias eram superiores a 61 minutos de deslocamento de carro. Percebe-se que a distância não é o principal motivo do baixo contato ou do não contato de alguns familiares e amigos de fora da instituição com o idoso, pois a maioria residia relativamente próxima ao asilo.

Dentre as pessoas que compõem a rede social dos idosos, foram identificadas as que forneciam e recebiam apoio dos idosos. De maneira geral, os idosos recebiam e forneciam apoio para poucas pessoas de suas redes. Os idosos recebiam, em média, apoio de 1,3 pessoas de suas redes e forneciam para 0,7 pessoas. Embora os idosos possuíssem uma média de 6,2 pessoas em sua rede, eles recebiam apoio de apenas 1,3 pessoas e ofereciam para 0,7 pessoas, ou seja, 19% das pessoas que integravam a rede social forneciam apoio aos idosos e somente 11% recebiam apoio destes. Os idosos possuíam

poucas pessoas que os apoiavam no enfrentamento das perdas e limitações típicas desta etapa da vida, bem como, no enfrentamento dos problemas advindos da institucionalização.

O idoso institucionalizado vai se distanciando de seus familiares e amigos. Como consequência, perde suas referências de apoio externo e tem que se adaptar à rotina da instituição. O idoso desamparado tem dificuldades para estabelecer uma nova rede social de apoio, ficando cada vez mais isolado, principalmente, se a instituição não estimula o contato entre os institucionalizados. A criação de programas que estimulem o desenvolvimento de amizades em ambientes institucionais para idosos é imprescindível (Rodrigues, 2011).

Outro dado que deve ser considerado é que os idosos pareciam receber apoio de uma quantidade maior de pessoas da rede social em comparação com quantidade de pessoas para as quais eles forneciam apoio: média de 1,3 pessoas (19% dos integrantes da rede) e 0,7 pessoas (11%), respectivamente. Estes dados sugerem uma troca desequilibrada entre os idosos e os membros de suas redes que os apoiavam. Para estabelecimento de boas relações sociais, as trocas entre as pessoas devem ser igualitárias.

De acordo com Ramos (2002), o apoio social deve ser balanceado, ou seja, as trocas entre quem oferece e quem recebe apoio devem ser equilibradas para que os efeitos positivos do apoio se sobreponham. Nas situações em que as pessoas percebem que recebem mais ajuda do que podem retribuir, elas passam a se sentir como um peso ou que devem obrigações para quem forneceu o apoio. Quando oferecem mais apoio do que recebem, sentem-se exploradas.

Percebe-se que o idoso, em função de algumas limitações, necessita, muitas vezes, de apoio material, como, por exemplo, o auxílio no deslocamento de trechos com barreiras, degraus e rampas, além de ajuda para carregar objetos pesados e outros. Como retribuição, o idoso poderia fornecer uma conversa agradável, o que deixaria a relação de trocas mais equilibrada.

Também é importante identificar o percentual de pessoas da rede social que ofereciam e recebiam apoio dos idosos, conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1 - *Subgrupos de Pessoas da Rede Social e o Percentual de Pessoas que Ofereciam e Recebiam Apoio dos Idosos*

Rede social/apoio	Parentes	Amigos	Internos	Funcio-nários
Total de pessoas da rede	**56**	**66**	**27**	**36**
Pessoas que forneciam apoio aos idosos	**14%**	**20%**	**26%**	**22%**
Pessoas que recebiam apoio dos idosos	**13%**	**6%**	**26%**	**6%**

Os demais internos da instituição representavam a menor parcela das pessoas que compõem a rede dos idosos. No entanto, entre eles, ocorriam mais trocas de apoio: cerca de 26% dos internos da instituição citados na rede social forneciam e recebiam apoios dos idosos participantes da pesquisa. Verifica-se, também, que a parcela de funcionários que davam apoio é de 22%, enquanto apenas 6% recebiam apoio dos idosos. Esta diferença parece ser decorrente da função dos funcionários que é cuidar dos idosos.

Os amigos de fora da instituição formavam o maior grupo de pessoas da rede social dos idosos: 20% forneciam apoio aos idosos, mas somente 6% recebiam. Estes dados sugerem uma relação desigual de trocas entre eles e podem ser justificados pela impossibilidade de os idosos visitarem os amigos e do caráter assistencial e caridoso que o auxílio a um idoso institucionalizado pode representar para outras pessoas.

Com relação aos familiares, somente 14% davam apoio aos idosos, sendo este o menor grupo de pessoas que apoiavam os idosos em termos proporcionais. Por outro lado, a mesma proporção de familiares recebia apoio por parte dos idosos. Estes achados reforçam ainda mais a suposição de que as relações com os familiares parecem estar comprometidas, na medida em que este é o menor grupo que oferecia apoio aos idosos.

Percebe-se que as dificuldades de relacionamento interpessoal entre os membros familiares que se refletem na falha de formação de um vínculo afetivo entre eles ou na formação de um vínculo frágil são apontadas como um dos maiores motivos que leva a família a institucionalizar o idoso, delegando às ILPI a função de cuidar dele.

Verificou-se que o menor grupo de pessoas que integrava a rede dos idosos foi o de internos. No entanto, em termos proporcionais, foi com eles que mais ocorreram trocas de apoio social, tanto no

recebimento como no fornecimento. Devido ao fato de os internos estarem mais próximos fisicamente, as trocas entre eles podem ser mais frequentes, embora não sejam tão valorizadas pelos idosos, já que eles interagiam com poucos internos, quase sempre reclamavam deles e os desvalorizavam, de acordo com os dados obtidos na entrevista.

Pesquisas têm demonstrado que idosos institucionalizados têm preconceitos em relação aos outros idosos institucionalizados. De acordo com Silva, Menezes, Santos, Carvalho e Barreiros (2006), os idosos institucionalizados parecem não querer envolver uns com os outros, apresentando atitudes preconceituosas com os outros idosos da instituição e insensibilidade diante de seus problemas.

Segundo Silva, Carvalho, Santos e Menezes (2007), no caso dos idosos institucionalizados, a rede social de apoio deveria ser composta por amigos (demais idosos da instituição), pois é comum a família abandonar os idosos nas ILPI. Nestes casos, os amigos da instituição poderiam exercer algumas funções que anteriormente eram desempenhadas pelos familiares como, ajuda física, colaboração nas atividades diárias e compartilhamento dos afetos e da emoção.

O próprio processo natural do envelhecimento conduz o idoso à perda de entes queridos, reduzindo gradativamente a rede social que o circunda. De acordo com Silva e cols. (2006), a redução da rede social do idoso pode ser um fator que comprometa sua qualidade de vida e favoreça a institucionalização. Portanto, também pode-se inferir que estes idosos já possuíam uma rede social menor, em função de vários motivos, inclusive por falta de habilidades comunicativas e relacionais. Por isso, foram institucionalizados.

Uma pessoa apática, sem motivação e/ou sem habilidades sociais tem dificuldades de manter um bom relacionamento com as outras pessoas, inclusive com os membros da própria família. Este aspecto, porém, poderia ter favorecido a institucionalização. Novas pesquisas poderiam ser realizadas para verificar se ocorre esta relação.

4 CONCLUSÃO

Enfim, foi possível perceber que os idosos possuíam uma rede social pequena, quando comparados com dados apontados na literatura científica sobre idosos não institucionalizados. Além de possuírem uma rede social pequena, poucas pessoas de suas redes forneciam e recebiam apoio dos idosos, o que sugere comprometer a qualidade de vida destes idosos.

Ter mais amigos na rede e receber mais apoio destes não é explicado pela falta de familiares vivos, uma vez que 29 idosos possuíam familiares vivos, sendo que a maioria dos parentes morava na mesma

cidade da instituição em que eles estavam. Estes dados reforçam a hipótese de desinteresse ou existência de conflitos com os familiares.

Portanto, a presente pesquisa forneceu uma contribuição importante para a compreensão da rede social dos idosos à medida que seus resultados ofereceram evidências de que idosos institucionalizados têm uma rede social menor, trocam apoio com poucas pessoas e recebem menos apoio. Este fato, por sua vez, pode estar relacionado com suas habilidades sociais e/ou com outras influências como: o isolamento social, a baixa motivação para o contato, já possuir uma rede social diminuída (uma das possíveis causas da institucionalização). Estas hipóteses poderão ser testadas em outras pesquisas. Estes resultados também apontam para a necessidade de programas para auxiliarem os idosos institucionalizados a conquistarem e a manterem uma boa rede social de apoio.

REFERÊNCIAS

- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: an examination of social networks, social support, and sense of control. In J. E. Birren & K. W. Schaie. (Eds.). Handbook of the psychology of aging (pp. 427-448). San Diego, CA: Academic Press.

- Baltes, P. B. & Smith, J. (2004). Lifespan psychology: from developmental contextualism to developmental biocultural co-construtivism. Research in Human Development, 1(3), 123-144.

- Capitanini, M. E. S. (2000). Solidão na velhice: realidade ou mito? Em A. L. Neri, & S. A. Freire (Orgs.) E por falar em boa velhice (pp. 69-89). Campinas, SP: Papirus.

- Carstensen, L. L. (1995). Motivação para contato social ao longo do curso de vida: uma teoria de seletividade socioemocional. Em A. L. Neri (Org.). Psicologia do envelhecimento (pp. 111-158). Campinas, SP: Papirus Editora.

- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S. & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. Cadernos de Saúde Pública, 7(4), 887-896.

- Couto, M C. P. P., Koller, S. H., Novo, R. & Soares, P. S. (2008). Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social – diagrama de escolta – para idosos brasileiros. Universitas Psychologica, 7(2), 493-505.

- Deps, V. L. (1993). Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In A. L. Neri (Org.). Qualidade de vida e idade madura (pp. 57-82). Campinas, SP: Papirus.

- Fernandes, F. A. D., Borges, J. A., Rodrigues, A. G. & Silva, A. A. (2009). Adoção afetiva: um elo de ligação entre idosos asilados e a sociedade. Em A. L. F. Dias, A. C. P. M. Passarelli, F. L. Melo & M. A. S. Morais (Orgs.) Ciência do comportamento: conhecer e avançar (pp.184-193). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

- Freire, S. A.; Resende, M. C. & Rabelo, D. F. (2004). Rede de relações sociais de participantes de centros sócio-educativos. Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp. 777-783). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

- Freitas, E. V. (2004). Demografia e epidemiologia do envelhecimento. Em L. Py, J. L. Pacheco, J. L. M. de Sá & S. N. Goldman (Orgs.) Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais (pp. 19-38). Rio de Janeiro: Nau Editora.

- Herédia, V. B. M., Cortelletti, I. A. & Casara, M. B. (2004). Institucionalização do idoso: identidade e realidade. Em I. A. Cortelletti, M. B. Casara & V. B. M. Herédia (Orgs). Idoso asilado: um estudo gerontológico (pp. 13-60). Caxias do Sul, RS: Educs/Edipucrs.

- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: attachment, roles and social support. In P. B. Baltes & O Brim (Eds.). Life-span development and behavior. (pp. 253-286). New York: Academic Press.

- Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu. Millenium online, 31, 128-134.

- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). Tábuas completas de mortalidade para o Brasil – 2014: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Recuperado em 02 de dezembro de 2016, de ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2014/notastecnicas.pdf

- Neri, A. L. (2001). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. Em Anais ... 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas.

- Nogueira, E. J. (2001). Rede de relações sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários. (Tese de Doutorado). Universidade de Campinas, Programa de Pós-graduação da Faculdade de Educação, Campinas, São Paulo.

- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. Sociologia, XV, 275-288.

- Pereira, T. M. F. R. A. (2005) Histórias de vida de mulheres idosas: um estudo sobre o bem-estar subjetivo na velhice. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Rio Grande do Norte.

- Pollo, S. H. L. & Assis, M. (2008). Instituições de longa permanência para idosos – ILPS, desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 11(1). Recuperado em 28 de agosto de 2008, de http://www.unati.uerj.br

- Ramos, M. P. (2002) Apoio social e saúde entre idosos. Sociologias, 4(7), 156-175.

- Reis, P. O. & Ceolim M. F. (2007). O significado atribuído a "ser idoso" por trabalhadores de instituições de longa permanência. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41(1). Recuperado em 28 de agosto de 2008, de http://scielo.br/scielo.php

- Resende, M. C.; Silva, K. L. A. B.; Cardoso, L. B. A. S., Caixeta, R. & Braga, S. C. (2004). Configuração da rede de relações sociais de idosos participantes de grupos de convivência. Em Anais...XXXIV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. Ribeirão Preto, São Paulo.

- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S. & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. Psicologia para América Latina. Recuperado em 10 de setembro de 2008, de http://scielo.bvs-psi.org.br

- Rodrigues, A. G. (2002). A crise da meia-idade no homem: uma investigação a partir de aspectos psicossociais. (Dissertação de Mestrado). Universidade Vale do Rio Verde de Três Corações, Programa de Pós-graduação em Educação, Três Corações, Minas Gerais.

- Rodrigues, A.G. & Silva, M. V. (2003). A crise da meia-idade no homem: uma investigação a partir de aspectos psicossociais. Vertentes, (22), 18-28.

- Rodrigues, A. G. (2011). Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Psicologia, São Paulo, São Paulo.

- Silva, C. A., Menezes, M. R., Santos, A. C. P. O., Carvalho, L. S. & Barreiros, E.X. (2006). Relacionamento de amizade na instituição asilar. Revista Gaúcha de Enfermagem, 27(2), 274 -283.

- Silva, C. A., Carvalho, L. S., Santos, A. C. P. O. & Menezes, M. R. (2007). Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. Texto Contexto Enfermagem, 16(1), 97-104.

- Simão, M. J. P. (2003). Depressão pós-parto e aspectos psicossociais associados: suporte social e eventos vitais adversos. Revisão de literatura. (Dissertação de Mestrado), Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Psicologia, São Paulo, São Paulo.

- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. Psicologia em Estudo, 13(2), 381-388.

- Souza, L. K. & Hutz, C. S. (2008). Relacionamentos pessoais e sociais: amizade entre adultos. Psicologia em estudo, 13(2), 257-265.

Capítulo 26

10.37423/220706247

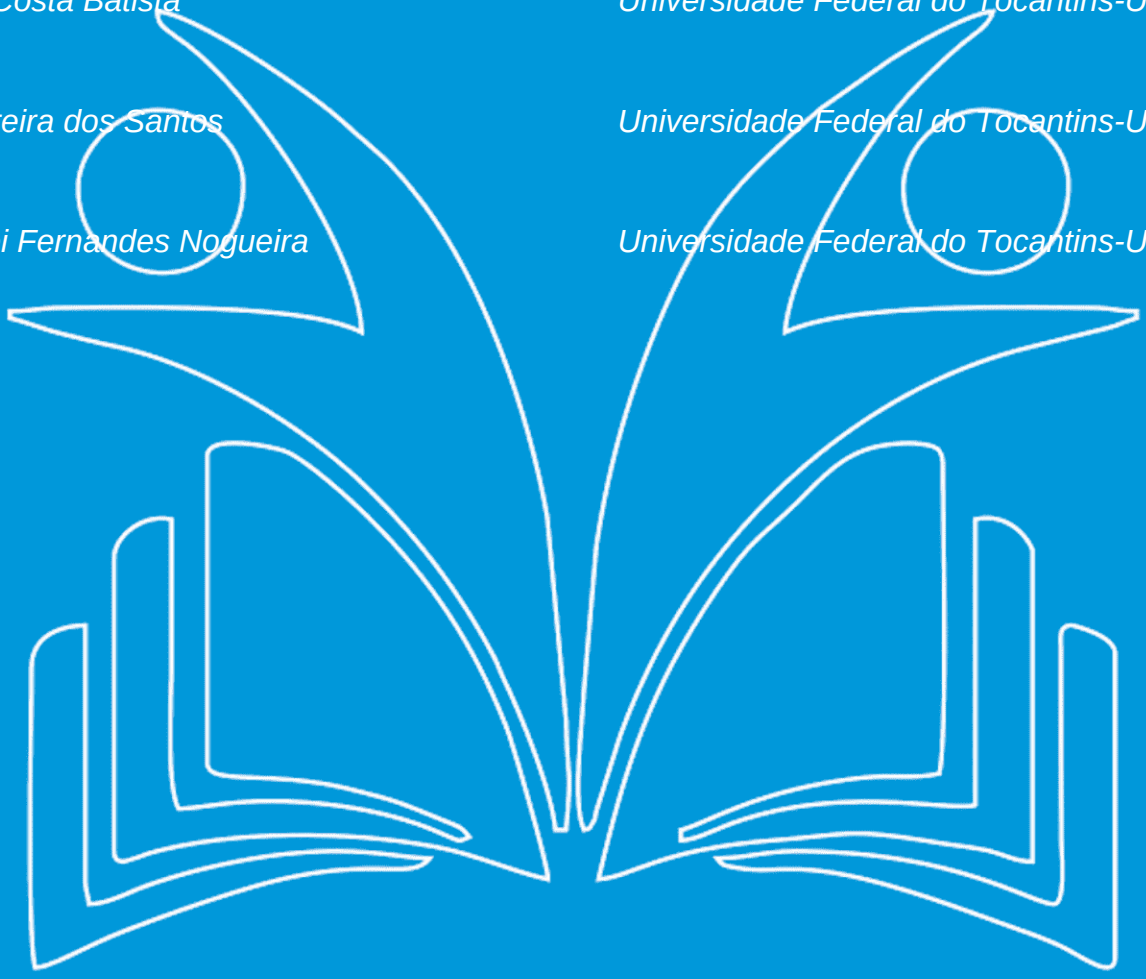
PLANTAS MEDICINAIS REPRESENTADAS NA CULTURA POPULAR

Douglas Tarciano Zimmermann — *Universidade Federal do Tocantins-UFT*

Sirlene da Costa Batista — *Universidade Federal do Tocantins-UFT*

Kamilla Pereira dos Santos — *Universidade Federal do Tocantins-UFT*

Sara Marilei Fernandes Nogueira — *Universidade Federal do Tocantins-UFT*



Resumo: As plantas medicinais vêm sendo utilizada no Brasil e no mundo há séculos, esse fato está registrado e faz parte da evolução humana. São conhecimentos importantes que foram passados ao longo dos anos de geração em geração. Esse fato se dá pelo conhecimento em plantas usadas para determinados fins curativos, alívio, bem-estar, rituais religiosos e também pelo baixo valor aquisitivo de determinadas pessoas, classes ou pela cultura de povos antigos. Essas plantas são encontradas em vários ecossistemas, podendo ser de clima tropical ou subtropical, porém, algumas são de regiões específicas consideradas espécies exóticas. Além dos habitats naturais, as plantas medicinais podem ser encontradas cultivadas nos quintais das residências, e comercializadas nas feiras livres ou em mercados municipais. O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre algumas plantas medicinais representadas em diferentes regiões e culturas brasileiras. A revisão bibliográfica foi realizada através dos acessos aos bancos de dados, como a Scientific Eletronic, Library Online Acadêmico *Science Direct, PubMed* e *Bireme,* utilizando-se as palavras chaves. Ao analisar os artigos constatou-se que a população faz uso de diferentes plantas medicinais e que, o conhecimento e aplicabilidade desses costumes dependem muito da cultura de cada região, estando mais próxima ou não do conhecimento tradicional e empírico, voltadas para distante, nos mostrou também que não se tem na maioria dos casos comprovações científicas sobre os efeitos dessas plantas. Vários estudos ressaltaram que as plantas medicinais são utilizadas com finalidade ritualística, religiosa, ou seja, não são utilizadas somente para cura ou alívio de doenças. Os estados brasileiros apresentam grandes variedades de plantas medicinais e algumas espécies aparecem com mais frequência em uma determinada região. Os estados do To e SP destacaram com maior quantidade plantas medicinais. Verificou-se com esse estudo que os jovens demonstram dificuldades na transmissão dos saberes tradicionais, talvez essa falta de interesse esteja relacionado aos acessos tecnológicos, como as redes sociais que são meios de trocas de comunicação e difusão de práticas populares de saúde, considerada uma forma mais fácil de unificar os conhecimentos entre os povos.

Palavras-chave: Plantas medicinais; Historia das plantas medicinais; Conhecimento popular; Fitoterápicos.

1. INTRODUÇÃO

Os saberes e conhecimentos sobre plantas medicinais são muito diversificados, na maioria das vezes esses conhecimentos não são adquiridos através de uma matéria regular lecionada em uma escola. Segundo Antonio et al. (2013, p. 3) “Seus saberes e práticas baseiam-se em uma abordagem holística, herdada de familiares, dom ou aprendizado com outro curador”.

As plantas medicinais sempre foram utilizadas desde a antiguidade quando não existia as tecnologias para promover o bem-estar e até mesmo a cura de algumas doenças, ficando evidente que na maioria dos casos não se tinha como comprovar a verdadeira eficácia do uso, porém acreditava-se no poder que elas exerciam sobre determinadas moléstias (FIRMO et al., 2011 e ALMEIDA, 2011).

Nesse contexto, as plantas medicinais sempre tiveram presentes na cultura brasileira e no mundo, as quais são de suma importância na medicina, nas indústrias de cosméticos e perfumarias, farmacêuticas e na alimentação das sociedades. As diferentes populações acumularam muitos conhecimentos através das experiências a respeito da utilização das plantas medicinais, por meio de seus, curandeiros, pajés, rezadeiras, macumbeiras e parteiras, sendo o nome modificado de acordo com a cultura regional. Com as descobertas científicas e os avanços tecnológicos, parte dessa cultura tão importante foi sendo substituídas ao longo do tempo por conhecimentos da medicina tradicional e por remédios de laboratórios, deixando de lado o conhecimento popular e até mesmo desacreditando esse conhecimento milenar.

As pesquisas ressaltam que fatores como a destruição das matas, a poluição e outros fatores de degradações ambientais, tais como, utilização de tecnologias, mudanças dos modos de vida, dificuldade de transmissão dos conhecimentos adquiridos às novas gerações, ameaçam as práticas de utilização popular das plantas medicinais por futuras gerações. O resgate do uso popular das plantas que são utilizadas como medicamento permite não só o registro deste conhecimento como também a avaliação da eficácia e segurança do seu uso mediante validação científica das suas propriedades terapêuticas (SILVA e BUNDCHEN, 2011).

Para que as futuras gerações tenham a oportunidade de reconhecer a importância das plantas medicinais usadas pelos seus antepassados é importante que essas plantas continuem a existir. Para isso é preciso preservar as florestas nativas e incentivar o cultivo adequado das plantas medicinais para que sejam preservadas e que possa haver a continuidade das espécies.

Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre algumas plantas medicinais representadas nas diferentes regiões e culturas brasileiras.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A revisão bibliográfica foi realizada nos bancos de dados da *Internet*, no site da *Scientific Eletronic*, *Library Online* (SciELO), *Google* Acadêmico *Science Direct,*

Pub Med, Bireme e Scielo utilizando-se as palavras chaves, plantas medicinais, histórico de plantas medicinais e conhecimento popular.

As referências bibliográficas foram selecionadas por assuntos, totalizando 90 exemplares. Em seguida realizaram-se os fichamentos individuais contendo as seguintes informações:

a) Histórico das plantas medicinais;

b) Uso de plantas medicinais no Brasil;

c) Uso de plantas medicinais no Estado do Tocantins.

Após o preenchimento das fichas selecionaram-se as informações mais relevantes, buscando valorizar os conhecimentos populares, identificando-as a partir da utilização no meio popular.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 HISTÓRICO DAS PLANTAS MEDICINAIS

O uso de plantas medicinais passou a ser uma ferramenta importante dos profissionais de saúde, dos usuários, dos pesquisadores e dos gestores (NASCIMENTO JUNIOR et al., 2016).

A utilização das plantas medicinais pela sociedade têm sido relatada em várias literaturas a muitos anos.

> Segundo Firmo et al. (2011) *apud* Duarte (2006), os primeiros registros sobre a utilização de plantas medicinais é datado de 500 a. C., no texto Chinês que relata nomes, doses e indicações de uso de plantas para tratamento de doenças. Outros registros foram encontrados no manuscrito Egípicio “Ebers Papirus”, de 1.500 a. C., em que continham informações sobre 811 prescrições e 700 drogas. E algumas dessas plantas ainda são utilizadas, como *Ginseng* (*Panax* spp.), *Ephedra* spp., *Cassia* spp. e *Rheum palmatum* L., inclusive como fontes para indústrias farmacêuticas.
>
> De acordo com Firmo et al. (2011) *apud* Simões, Schenkel e Simon (2001) e Vale (2002), os primeiros registros fitoterápicos datam do período 2.838-2.698 a. C., quando o imperador chinês Shen Nung catalogou 365 ervas medicinais e

> venenos que eram usados sob inspiração taoista de Pan Ki, considerado Deus da criação. Esse primeiro herbário dependia da ordenação de dois polos opostos: *yang*-luz, céu, calor, esquerdo; e o *yin*-trevas, terra, frio, direito. Por volta de 1.500 a. C., a base da medicina hindu já estava revelada em dois textos sagrados: *Veda* (Aprendizado) e *Ayurveda* (Aprendizado de Longa Vida).

Segundo Oliveira (2016), as plantas medicinais são aquelas que possuem substâncias que podem ser utilizadas para melhorar a saúde dos seres humanos com seus princípios ativos retirados de qualquer parte da planta, como flor, folha, caule, raiz ou fruto. A maioria do uso dessas plantas ocorre sem o conhecimento de um profissional formado, a confiança vem principalmente de figuras consideradas experientes dentro de uma determinada comunidade.

3.2 USO DAS PLANTAS MEDICINAIS

O uso das plantas medicinais tem sido observado no mundo inteiro, sendo que cada cultura popular pode utilizar de várias formas. Em algumas regiões brasileira, as populações usam plantas medicinais diferentes para tratar a mesma doença e outras usam uma única planta para tratar várias doenças. Isso pode estar relacionada à distribuição populacional dessas plantas, pois muitas espécies medicinais podem ser encontradas com maior facilidade em várias regiões e outras não, como por exemplo, o *Cymbopogon citratus* Stapf, conhecido popularmente como capim santo, capim-limão, capim-cidreira, capim-cheiroso e capim-cidrão. Essa é uma espécie original da Índia, porém muito comum nas regiões tropicais do Brasil (PEREIRA et al., 2018 apud SANTOS et al., 2009).

Segundo Firmo et al. (2011), 80% da população mundial tem confiança nas plantas medicinais, sendo que a maioria diz respeito aos países em desenvolvimento, e fazem a utilização dos produtos naturais encontrados principalmente na flora local, em feiras livres, mercados ou adquiridos com seus vizinhos em seus quintais. Essa é uma relação direta que a população tem com a cultura existente na sua própria região, sendo considerada uma experiência que nasce com o ser humano, o qual possui capacidade de transferi-los aos mais novos integrantes que, uma determinada espécie de planta medicinal pode ser utilizada para aliviar as dores, prevenir e tratar as doenças, uso em rituais e até mesmo como alimentação.

Por outro lado, as diferenças de conhecimento e contexto social envolvendo as dificuldades de acesso à medicina tradicional pelo sistema de saúde e a falta de recursos financeiros tem levado boa parte da população a continuar buscando meios de tratamentos via conhecimentos empíricos.

“Assim, diferenciaram-se as formas de uso das plantas medicinais em: familiar, popular, tradicional, científica e de outras racionalidades médicas” (ANTONIO et al., 2013).

3.3 USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO BRASIL

Segundo Firmino e Binsfeld (2010) ressaltam a necessidade do uso sustentável da biodiversidade, especialmente nos países em desenvolvimento; primeiro, por estarem estes mediante diversos fatores, na vanguarda do uso de fitoterápicos; segundo, por possuírem as maiores biodiversidades, inclusive em termos de flora, estando o Brasil enquadrado neste quesito. Isso traz no seu acervo grande variedade de plantas medicinais que são usadas in natura e também as que servem para fabricação de medicamentos, mas as pesquisas têm encontrado dificuldades por falto de recursos e matéria-prima. No entanto, mesmo com as dificuldades encontradas, o Brasil tem avançado nas pesquisas ao longo dos tempos, como podemos observar, de acordo com alguns autores.

Dentre as plantas popularmente utilizada tem o barbatimão (*Stryphnodendron adstringens* (Mart.) Coville que é tradicionalmente utilizado no Brasil como cicatrizante (Piriz et al., 2014 *apud* Minatel et al., 2010). A calêndula (*Calendula officinalis* L.) e mastruço-do-brasil ou mentruz (*Coronopus didymus* (L.) Smith) e babosa (*Aloe Vera* L. Burm) têm sido estudados como ações de reepitelização promovida pela utilização do extrato (PIRIZ et al., 2014 *apud* FALEIRO et al., 2009; NITZ et al., 2006).

Pesquisa realizada por Peixoto et al. (2015) mostrou que as plantas medicinais mais utilizadas pelos idosos da zona rural de fagundes – PB são a erva-cidreira primeiro lugar e em segundo o capim-santo.

> A erva-cidreira, conhecida popularmente como *Melissa officinalis* é utilizada como calmante, dor de barriga, problemas intestinais, hipertensão, tosse, gases, dor de estômago, diarreia, azia, insônia, febre, gripe, mal estar, tendo como modos de preparo, a fervura ou infusão das folhas. Já capim-santo (*Cymbopogon citratus*) é uma planta bastante utilizada pela população sendo preparada através da fervura das folhas para chá ou infusão no alívio das dores de cabeça, dor de barriga, como calmante, hipertensão e problemas intestinais.

O componente mais importante do óleo essencial do capim-santo é o citral, sendo uma mistura de isômeros, geranial (a-citral) e neral (b-citral), que é utilizada pela indústria farmacêutica para síntese de ianonas e vitamina A, acompanhado de pequena quantidade de mirceno (Pinto et al., 2014 apud Nascimento et al., 2003).

A herança de crenças, culturas, dentre outros costumes sempre ocorreram na origem humana. No caso dos Brasileiros, a origem é bem diversificada, primeiro com os índios e depois com a chegada dos portugueses, os quais trouxeram consigo os africanos. Posteriormente, vieram outros imigrantes, tais como os alemães, os holandeses e várias outras nacionalidades, tornando o Brasil rico em diferentes culturas. Devido a essa diversidade de saberes poderemos encontrar nas regiões do país vários nomes para uma mesma planta. Do mesmo modo, em algumas regiões dependendo da cultura popular, a

planta medicinal pode ser utilizada como uma bebida servida como chá da tarde, enquanto que, em outras regiões pode ser tratada como um poderoso calmante, como é o caso da camomila, lembrando que, muitos desses conhecimentos não se têm comprovação científica (FIRMO et al., 2011).

É muito importante que seja resgatada essas culturas de conhecimentos, pois mediante a situação de pandemia mundial que vivemos atualmente com o aparecimento da covid-19, o conhecimento sobre plantas medicinais pode ser importante, visto que em algumas redes sociais e canais de comunicações, os profissionais da saúde têm se pronunciado quanto ao uso desses recursos em casa, não para a cura do vírus, mas sim para amenizar sintomas e aliviar as dores ou complicações causados pelo desenvolvimento da doença.

3.4 USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO ESTADO DO TOCANTINS

O Estado do Tocantins possuiu uma grande diversidade de cultura, em especial os povos indígenas que trazem consigo suas especificidades adquiridas pelos seus ancestrais. Eles ainda encontram suas plantas nas florestas nativas das regiões onde estão localizadas suas aldeias. A ilha do bananal localizada no Sul do Tocantins possuiu grandes destaques, pois são encontradas nessas regiões várias aldeias nas margens do rio javaés, tendo nessa região uma grande diversidade de plantas medicinais nativas.

Temos também no assentamento Mariana que fica aproximadamente 20 km de Palmas Capital do Tocantins, o cultivo de plantas para uso medicinais em forma de chás e garrafadas, sendo cultivadas as espécies de babosa, hortelã, sucupira e macaúba, entre outras (TENÓRIO, 2016).

O Tocantins possui grandes riquezas de biomas, sendo constituído principalmente por 90% da vegetação de cerrado, onde são encontradas diversidades de plantas medicinais utilizadas pela população local no preparo de remédios caseiros, alguns conhecidos como “garrafadas” (Nascimento, 2016). Além de utilizar a flora nativa do cerrado, a população Tocantinense também possui o costume de cultivar as plantas medicinais em hortas comunitárias com o apoio dos municípios ou particularmente nos fundos dos quintais, sendo muito comum também a comercialização dessas plantas nas feiras livres das cidades, atividades que faz parte da cultura dos povos da região Norte.

Sabemos que é de suma importância a continuidade e preservação dos conhecimentos e costumes dos nossos antepassados, porém devemos nos atentar quanto ao uso exagerado ou errôneo de certas espécies medicinais, pois na maioria dos casos as plantas comercializadas não apresentam comprovações científicas para o suposto problema de saúde relatado, isso poderá causar danos ao

consumidor, como por exemplo, intoxicação pelo composto químico que a mesma possui e seus efeitos colaterais ainda não foram estudados (PACHECO, 2011).

As literaturas brasileiras listam inúmeras plantas consideradas medicinais que podem ser encontradas em algumas regiões brasileiras com os mesmos nomes populares ou não. Nas tabelas 1 à 6 podemos observar algumas variedades de plantas com nomes populares conhecidas em diferentes regiões do Brasil.

De acordo com as listas apresentadas abaixo, verificam-se uma grande diversidade de plantas medicinais que temos no Brasil. Essa é uma pequena parcela apresentada por alguns autores para demostrar as plantas mais utilizadas nas regiões brasileiras.

Tabela 1. Lista de plantas medicinais encontradas no município de Buritis dos Lopes, Estado do Piauí (ALVES et al., 2017).

Nome Popular	Nome Científico	Nome Popular	Nome Científico
Alho	*Allium sativum* L.	Catingueira	*Poincianella gardneriana* Benth.
Jucá	*Libidibia ferrea* Mart. ex Tul.	Alfazema	*Lavandula officinalis* Chaix.
Imburama	*Amburana cearensis* (Allemão) A. C. Sm.	Goiabeira	*Psidium guajava* L.
Camomila	*Chamomilla recutita* (L.) Rauschert	Romã	*Punica granatum* L.
Hortelã	*Mentha x villosa* Huds	Arruda	*Ruta graveolens* L.
Mastruz	*Chenopodium ambrosioides* L.	Berinjela	*Solanum melongena* L.
Unha de gato	*Mimosa* sp	Gengibre	*Zingiber officinalis*Roscoe
Capim-limão	*Cymbopogon citratus* Stapf	Penicilina	*Alternanthera dentata* (Moench) Stuchlik
Noni	*Morinda citrifolia* L.	Malva	*Malva sylvestris* L.

Eucalipto	*Eucalyptus* sp.	Erva-cidreira	*Foeniculum vulgare* Mill.
Aroeira	*Myracrodruon urundeuva*	Quebra-pedra	*Phyllanthus urinaria* L.
Babosa	*Aloe vera* (L.) Burm. F	Pau-d'arco	*Handroanthus* sp.
Erva-cidreira	*Lippia alba* (Mill.) Brow.	Boldo	*Plectranthus barbatus* Andrews
Caraúbas	*Tabebuia* sp.	Jatobá	*Hymenaea* sp.

Tabela 2. Lista de plantas medicinais encontradas no município de Maringá, Mato Grosso do Sul (LIMA et al., 2012).

Nome Popular	Nome Científico	Nome Popular	Nome Científico
Guaco	*Mikania glomerata*	Barbatimão	*Stryphnodendron*
Gervão	*Stachytarpheta cayennensis*	Ipé-roxo	*Handroanthus impetiginosus*
Carquejinha	*Baccharis articulata*	Gota da seca	*Gota da seca*
Alfavaca	*Ocimum basilicum*	Marcela	*Achyrocline satureioides*
Flor de laranja lima	*Citrus Ourantifolia*	Sabugueiro	*Sambucus nigra*
Folha de pitanga	*Eugenia uniflora*	Erva-cidreira	*Melissa officinalis*
Boldo	*Peumus boldus*	Poejo	*Mentha pulegium*
Folha de coco	*Cocos nucifera*	Manjerona	*Origanum majorana*
Flor de goiaba	*Psidium guajava*	Caraguatá	*Bromelia pinguin*

Dente de leão	*Taraxacum officinale*	Guavira	*Campomonesia adamantium*
Mentruz	*Dysphania ambrosioides*	Cipó da Amazônia	*Banisteriopsis caapi*
Flor da Amazônia	*Tithonia diversifolia.*	Eucalipto	*Eucalyptus*
Carqueja	*Baccharis trimera*	Rubim	*Leonurus sibiricus*

Tabela 3. Lista de plantas medicinais encontradas na comunidade de Nossa Senhora do Livramento, Estado do Amazonas (BARRETO et al., 2020).

Nome Popular	**Nome Científico**	**Nome Popular**	**Nome Científico**
Pupunha	*Bactris gasipaes* (Kunth)	Macaxeira	*Ocimum basilicum* L.
Cuieira	*Alternanthera tenella* Coll.	Pião-branco	Jatropha curcas L.
Couve	*Brassica oleracea* L	Pião-roxo	*Ruta graveolens* L.
Uxi-vermelho	*Endopleura uchi* (Huber) Cuatrec	Ingá	*Inga edulis* Mart
Babosa	*Annona muricata* L.	Juca	*Mentha pulegium* L
Alho	Allium sativum L.	Alfavaca	*Acanthospermum hispidum* DC.
Elixir paregórico	*Piper callosum* Ruiz & Pav	Boldo	*Artemisia absinthium* L.
Noni	*Plectranthusbarbatus* Andr.	Boldo chinês	*Aspidosperma excelsum* Benth.
Cacau	*Theobroma cacao* L	Hortelã	*Luehea divaricata* Mart.

Mutuquinha	*Justicia pectoralis* Jacq	Malvarisco	*Coleus amboinicus* Lour
Sara tudo	*Justicia calycina* (Nees) V.A.W. Graham	Manjericão	*Panax ginseng* C.A. Mey
Caju	*Anacardium occidentale L*	Oriza	*Portulaca pilosa* L.
Manga	Mangifera indica L.	Vick	*Zingiber officinale* Roscoe
Tapereba	*Urtica urens* L.	Abacate	*Bonamia ferruginea* (Choisy)House
Sucuúba	*Tithonia diversifolia* (Hemsl.) A.Gray	Buriti	Mauritia vinifera Mart
Graviola	*Linum usitatissimum* L.	Tomate	*Lycopersicon esculentum* Mill
Saracura mira	*Tabebuia impetiginosa* (Mart. ex DC.) Standl	Cupuaçu	*Theobroma grandiflorum* (Will)
Arruda	*Amburana cearensis* (Allemao) A. C. Sm	Vindica	*Alpinia zerumbet* (Pers.) B.L. Burtt. & R.M. Sm
Catolé	*Hancornia speciosa*	Acerola	*Malpighia glabra* L.
Coco	*Cocos nucifera* L.	Amora	*Morus nigra* L.
Tucumã	*Astrocaryum aculeatum G. Mey*	Jaca	*Artocarpus integrifolia* L.f
Bacaba	*Oenocarpus bacaba*	Banana	Musa paradisiaca L.
Chicória	*Eryngium foetidum* L.	Jambeiro	*Syzygium malaccense* (L.) Merr. & L.M. Perry
Cibalena	*Justicia* sp.	Pimenta malagueta	*Capsicum frutescens*

Jambu	*Maytenus guianensiss* Klotzch	Pitangueira	*Eugenia uniflora* L
Macela	*Achyrocline satureioides (Lam.) DC*	Azeitona	*Anacardium occidentale* L
Cajurú	*Croton cajucara* Benth	Trevo roxo	*Oxalis regnellii atropurpurea*
Pobre velho	*Solanum*	Mucuracaá	*Pinus sylvestris* L.
Abacaxi	*Ananas comosus* (L.) Merril	Biriba	Annona mucosa (Jacq.) Baill.
Jatobá	*Hymenaea courbaril* L.	Cipó tuíra	*Citrus sinensis* (L.) Osbeck.
Mamão	*Operculina macrocarpa* (Linn) Urb.	Aranto	*Kalanchoe daigremontiana*
Mastruz	*Phyllanthus niruri* L.	Cebolinha	*Chamaemelum nobile* (L.) All.
Corama	*Costus spicatus* (Jacq.) S.w.	Óleo elétrico	*Pogostemon patchouly* Pellet.
Jirimum	*Cucurbita pepo* L.	Capim santo	*Bowdichia nitida Spruce* ex Benth.
Cipó-d'água	Doliocarpus rolandri	Amor crescido	*Portulaca pilosa L.*
Limão	*Citrus aurantifolia*	Gengibre	Juglans regia L.
Salva de Marajó	*Lippia grandi*s Schan.	Cidreira	*Euterpe oleracea* Mart.

Tabela 4. Lista de plantas medicinais encontradas nos municípios de Gurupi e Talismã-TO (SILVA, 2017).

Nome Popular	Nome Científico	Nome Popular	Nome Científico
Aça peixe	*Vernonia ferruginea*	Goiaba	*Psidium gaujava* L.
Açafrão	*Curcuma longa*	Hortelã	*Mentha piperita* L.
Agrião	*Rorippa sp.*	Confrei	*Symphytum officinale* L.
Alecrim	*Rosmarinus officinalis*	Copaíba	*Copaifera angsdorfii D*
Alfavaca	*Ocimum basilicum*	Embaúba	*Cecropia pachystachia Trécul*
Alfazema	*Lavandula officinalis*	Malva do reino	*Malva sylvestris* L.
Algodão	*Gossypium Barbadense* L.	Mamão	*Caripa papaya* L
Barú	*Dipteryx alata* Vog.	Ipê-roxo	*Tabebuia aurea (Mart.) Bur.*
Alho	*Allium sativum* L.	Jatobá	*Hymenaea courbaril.*L.
Angelim	*Andira fraxinifolia Benth.*	Laranja	*Citrus sinensis* (L.) O.
Angico	*Anadenanthera falcata (Benth. Speg.)*	Limão	*Citrus limon* (L.) Burn.
Araçá-boi	*Psidium sp.*	Losma	*Artemisia verlotorum* Lamotte
Arnica	*Lychnophora ericoides* Less.	Trevinho	*Didymopanax macrocarpum*
Aroeira	*Myracrodruon urundeuva*	Manga	*Mangifera indica* L.
Arruda	*Ruta chalepensis* L.	Mangaba	*Hancornia speciosa* Gomez
Babosa	*Aloe vera* (L.) Burm	Manjericão	*Ocimum basilicum*
Barbatimão	*Stryphnodendron barbatiman* M.	Mastruz	*Chenopodium ambrosioides* L.

Batata de purga	*Ipomoea sp.*
Picão	*Bidens pilosa* L.
Sangra d'água	*Croton urucurana*
Umburana	*Amburana cearensis* (Fr. Allem.)
Boldo	*Peumus boldus Molina*
Buriti	*Mauritia flexuosa* Linn. F.
Cagaita	*Eugenia dysenterica* DC.
Camomila	*Matricaria chamomilla* L.
Cana de macaco	*Costus spiralis* (Jacq.)
Canela	*Cinnamomum zeylanicumi* L.
Canela d'ema	*Vellozia flavicans* Mart.ex Schult.
Capim santo	*Cymbopogon citratus* D.C.
Carqueja	*Baccharis trimera* (Less) DC
Erva-cidreira	*Lippia alba* (Mill.) Blume
Erva-doce	*Foeniculum vulgare* (mill.) gaertn.
Espinheira santa	*Maytenus ilicifolia* M.
Fedegoso	*Artemisia ocidentalis L*
Gengibre	*Zingiber officinale* R.
Melão são caetano	*Momordica charantia* L.
Sambaíba	*Curatella americana* L.
Sucupira	*Pterodon polygalaeflorus* (Benth.) Benth.
Mentrasto	*Ageratum conyzoides* L.
Noni	*Morinda citrifolia*
Óleo de buriti	*Mauritia flexuosa* Linn.F.
Pau terra	*Qualea grandifloraMart.*
Pé de perdiz	*Camarea affinis* A.St.Hil.
Pequi	*Caryocar brasilie* Camb.
Piaçava	*Attalea geraensis Barb. Rodr.*
Picão	*Bidens pilosa* L.
Pitanga	*Eugenia uniflora* L.
Podoi	*Copaifera langsdorffii* Desf.
Poejo	*Mentha pullegium* L.
Quebra-pedra	*Phyllanthus niruri* L.
Quina	*Coutarea hexandra* L.
Romã	*Punica granatum*
Sálvia	*Salvia officinalis* L.

Gervão	*Stachytarpheta jamaicensis*	Vique	*Mentha arvensis*
Eucalipto	*Eucalyptus melanophloia* L	Unha de gato	*Uncaria tomentosa* L.

Tabela 5. Lista de plantas medicinais encontradas na cidade de São Paulo - SP (BRASIL, 2019).

Nome popular	Nome Científico	Nome popular	Nome Científico
Mil folhas	*Achillea millefolium*	Funcho	*Foeniculum vulgare*
Macela	*Achyrocline satureioides*	Alcaçuz	*Glycyrrhiza glabra*
Macela do campo	*Achyrocline satureiodes*	Hamamélis	*Hamamelis virginiana*
Mentrasto	*Ageratum conyzoides*	Anis-estrelado	*Illicium verum*
Catinga de bode	*Ageratum conyzoides*	Chambá	*Justicia pectoralis*
Alho	*Allium sativum*	Chachambá	*Justicia pectoralis*
Babosa	*Aloe vera*	Trevo-cumaru	*Justicia pectoralis*
Colônia	*Alpinia zerumbet*	Erva-cidreira	*Lippia alba*
Bardana	*Arctium lappa*	Alecrim pimenta	*Lippia sidoides*
Arnica	*Arnica montana*	Malva	*Malva sylvestris*
Carqueja amarga	*Baccharis trimera*	Camomila	*Matricaria recutita*
Picão	*Bidens pilosa*	Espinheira santa	*Maytenus ilicifolia*
Calêndula	*Calendula officinalis*	Melissa	*Melissa officinalis*
Jucá	*Caesalpinia ferrea*	Erva cidreira	*Melissa officinalis*
Pau-ferro	*Libidibia ferrea*	Hortelã pimenta	*Mentha x piperita*
Erva-de-bugre	*Casearia sylvestris*	Unha de gato	*Uncaria tomentosa*
Pimenteira d'água	*Polygonum punctatum*	Boldo baiano	*Vernonia condensata*
Goiabeira	*Psidium guajava*	Sálvia Sabugueiro	*Salvia Officinalis*
Roma	*Punica granatum*	Dente-de-leão	*Taraxacum officinale*
Cáscara- Sagrada	*Rhamnus purshiana*	Confrei	*Symphytum officinale*

Erva-de-lagarto	*Casearia sylvestris*	Ginseng	*Panax ginseng*
Canela-do Ceilão	*Cinnamomum verum*	Maracujá azedo	*Passiflora edulis*
Laranja amarga	*Citrus aurantium*	Guaraná	*Paullinia cupana*
Copaíba	*Copaifera langsdorffii*	Boldo-do-Chile	*Peumus boldus*
Erva baleeira	*Cordia verbenacea*	Quebra-pedra	*Phyllanthus niruri*
Curcuma	*Curcuma longa*	Anis	*Pimpinela anisum*
Açafrão	*Curcuma longa*	Erva-doce	*Pimpinela anisum*
Açafrão-da terra	*Curcuma longa*	Cajueiro	*Anacardium occidentale*
Capim-cidreira	*Cymbopogon citratus*	Tansagem	*Plantago major*
Falsa melissa	*Lippia alba*	Boldo nacional	*Plectranthus barbatus*
Capim-santo	*Cymbopogon citratus*	Hortelã homem	*Plectranthus barbatus*
Alcachofra	*Cynara scolymus*	Falso boldo	*Plectranthus barbatus*
Chapéu-de-couro	*Echinodorus grandiflorus*	Boldo africano	*Plectranthus barbatus*
Cavalinha	*Equisetum arvense*	Polígala	*Polygala senega*
Mulungu	*Erythrina verna*	Erva-de-bicho	*Polygonum punctatum*
Eucalipto	*Eucalyptus globulus*	Assa peixe	*Vernonia polyanthes*
Pitangueira	*Eugenia uniflora*	Gengibre	*Zingiber officinale*
Aroeira da praia	*Schinus terebinthifolia*	Alecrim	*Rosmarinus officinalis*
Sene	*Senna alexandrina*	Salgueiro branco	*Salix alba*
Jurubeba	*Solanum paniculatum*	Barbatimão	*Stryphnodendron*
Silimarina	*Silybum marianum*	Poejo Guaco	*Mentha Pulegium*

Tabela 6. Lista de plantas medicinais encontradas na cidade de Santa Maria – RS (BADKE et al., 2011).

Nome popular	Nome Científico	Nome popular	Nome Científico
Alcachofra	*Cynara scolymus* L.	Insulina de horta	*Sphagneticola trilobata* (L.) Pruski
Alecrim	*Rosmarinus officinalis* L.	Macela	*Achyrocline satureioides* (Lam.) DC
Alho	*Allium sativum* L.	Chapéu de coro	*Grandiflorus* (C.&S.)
Arnica	*Solidago chilensis*	Erva cidreira	*Cymbopogon citratus* (DC) Stapf
Boldo	*Plectranthus barbatus*	Mentruz	*Coronopus didymus (L.) Sm*
Cancorosa	*Maytenus ilicifolia* Mart.	Salsaparrilha	*Smilax* sp.
Cavalina	*Equisetum giganteum* L.	Sene	*Senna occidentalis* (L.)
Folha de laranjeira	*Citrus sinensis* (L.)	Guaco	*Mikania glomerata* Spreng.
Guavirova	*Campomanesia xanthocarpa*		

4. CONCLUSÃO

Dos seis estados representados nesse trabalho, apenas o alho, hortelã, boldo e mastruz foram observados em cinco estados. A babosa, eucalipto e gengibre apareceram repetidos em quatro estados. Enquanto que o jucá, erva doce, camomila, noni, quebra-pedra, jatobá, goiabeira e romã foram observados em três estados. Os estados do TO e SP destacou com grandes variedades de espécies medicinais.

É válido lembrar que essa lista de espécies consideradas medicinais pode não estar nitidamente contemplada, uma vez que a mesma planta pode ser conhecida por nome diferente em outras regiões.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo fez uma avaliação das literaturas relacionadas às plantas medicinais e a história das mesmas levando em consideração o contexto social, cultural, econômico e religioso.

Percebe se que o uso das plantas medicinais acompanha a humanidade desde o seu surgimento, onde as pessoas foram desenvolvendo seus costumes ao longo do tempo, onde as pessoas utilizam as plantas para aliviar as dores, para bem-estar, rituais e até mesmo comercializá-las.

Elas são encontradas em ambientes naturais e preservadas, no entanto muitas espécies exóticas são trazidas de outras regiões e até mesmo de outros países. Existem também aquelas que são plantadas para consumo próprio em hortas e até mesmo as que são cultivadas em grandes lavouras para depois serem vendidas em grandes escalas.

Existe com isso uma preocupação a cerca da extinção de algumas espécies, pois o extrativismo sem controle, os desmatamentos e as queimadas vêm sendo cada vez maior, onde as pessoas não se preocupam com a perda dessas espécies. Com isso é necessário que se elaborem projetos que visam à reposição das espécies perdidas ou em extinção. Dessa forma, podemos garantir que as próximas gerações possam conhecer algumas ou várias das plantas medicinais existentes na grande diversidade que temos no Brasil.

E preciso urgentemente que haja uma ação politica e social que possam promover o retorno e a valorização dos conhecimentos populares sobre as plantas medicinais e que tenha um incentivo para que os jovens se interessem e venham preservar suas culturas e de seus ancestrais.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, M. Z. Plantas medicinais: Abordagem histórico contemporânea. In: Plantas Medicinais. 3a edição. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 34-67. ISBN978-85-232-1216-2. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/xf7vy/pdf/almeida-9788523212162.pdf>. Acesso em 08 de julho de 2020.

ALVES, M, H. H.; MEIRELES, M. P. A.; LEMOS, J. R. Percepção dos alunos de duas escolas do ensino básico sobre plantas medicinais, município de buriti dos Lopes, norte do Piauí, nordeste do Brasil. Revista Espaciais, vol. 38, n. 50, 2017. Disponível em:

<http://www.revistaespacios.com/a17v38n50/17385008.html>. Acesso em 05 de setembro de 2020.

ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; PIRES, R. O. M. Contribuição das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primaria. Interface. Comunicação Saúde Educação, v.17, n. 46, p. 615-33, 2013. Disponivel em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 09 de setembro de 2020.

BADKE, M. R.; BUDÓ, M. L. D.; SILVA, F. M.; RESSEL, L. B. Plantas medicinais: O saber sustentado na prática do cotidiano popular. Pesquisa Research-Investigación. Esc Anna Nery (impr.) 2011, 15 (1), p. 132-139. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100019&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

BARRETO, H. C. A.; CARVALHO, D. DE S; LIMA, J. P. S. Manejo e uso de plantas medicinais na comunidade nossa senhora do livramento Amazonas, Brasil. Revista Educação Ambiental em Ação. ISSN 16780701, n. 70, ano XVII, 2020. Disponível em:

<http://revistaea.org/artigo.php?idartigo=3908>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de apoio técnico e educação permanente comissão assessora de plantas medicinais e fitoterápica. São Paulo. 2019. 4ª edição. 86 p.; 20 cm. ISBN 978-85-9533-023-8. 2019. Disponível em: <http://www.crfsp.org.br/images/cartilhas/PlantasMedicinais.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

FIRMINO, F. C. A.; BINSFELD, P. C. B. Biodiversidade brasileira como fonte de medicamentos para o SUS. Universidade Católica de Goiás. 2010. Disponível em:

< http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/6mostra/artigos/SAUDE/FABIANA%20COSTA%20FIRMINO.pdf>. Acesso em 07 de agosto de 2020.

FIRMO, W. DA C. A.; MENEZES, V. DE J. M. DE; PASSOS; C. E. DE C.; DIAS, C. N.; ALVES, L. P. L.; DIAS I. C. L.; SANTOS NETO, M.; OLEA, R.S. G. Contexto histórico, uso popular e concepção científica sobre plantas medicinais. Caderno de Pesquisa. São Luis, v. 18, n. Especial, dezembro 2011. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/746>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

LIMA, S. C. D. S.; ARRUDA, G. O.; RENOVATO, R. D.; ALVARENGA, M. R. M. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. Revista Latino Americana de Enfermagem, 20(4), p. 1-8, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400019&lang=en>. Acesso em 10 de agosto de 2020.

NASCIMENTO JÚNIOR, B. J.; TÍNEL, L. O.; SILVA, E. S.; RODRIGUES, L. A.; FREITAS, T. O. N.; NUNES, X. P.; AMORIM, E. L. C. Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina, PE, Brasil. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 57-66, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-05722016000100057&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 25 de setembro de 2020.

OLIVEIRA, J. D.; ALVES, C. C. F.; MIRANDA, M. L. D.; MARTINS, C. H. G.; SILVA, T. S.; AMBROSIO, M. A. L. V.; ALVES, J. M.; SILVA, J. P. Rendimento, composição química e atividades antimicrobiana e antioxidante do óleo essencial de folhas de Campomanesia adamantium submetidas a diferentes métodos de secagem. Revista Brasileira de Plantas m Medicinais, v. 18, n. 2, p. 502-510, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbpm/v18n2/1516-0572-rbpm-18-2-0502.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2020.

PACHÊCO, N. M. D.; ARRUDA, C. M. T.; ARAUJO, E. C.; GOMES, L. H. M. Uso de plantas medicinais, obtenção, acondicionamento e preparo de remédios por idosas. Revista Geriátrica e Gerontologia, 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v7n4a10.pdf>. Acesso em 04 de setembro 2020.

PEIXOTO, M. I.; BÚ, E. DE A. DO; LIMA, E. L. DE M.; ANDRADE, E. T. S. DE. Plantas medicinais utilizadas por idosos da zona rural de fagundes – PB. Anais CIEH, v. 2, n.1, p. 2318-0854, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/suporte/Desktop/TCCdouglas%20Kamilla/KAMILLA/PEIXOTO%20ET%20AL.%202015.pdf>. Acesso em 25 de setembro de 2020.

PEREIRA, P. S.; PAULA, L. L. R. J. Ações terapêuticas do capim santo: uma revisão de literatura. Revista Saúde em Foco. Edição n. 10, 2018. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/034_A%C3%87%C3%95ES_TERAP%C3%8AUTICAS_DO_CAPIM-SANTO.pdf>. Acesso em: 04 de julho de 2020.

PINTO, D. A., MANTOVANI, E. C.; MELO, E. DE C.; SEDIYAMA, G. C, VIEIRA, G. H. S. Produtividade e qualidade do óleo essencial de capim-limão, Cymbopogon citratus, DC., submetido a diferentes lâminas de irrigação. Revista Brasileira de Plantas Medicinais. v. 16, n. 1, p. 54-61. 2014.

PIRIZ, M. A.; LIMA, C. A. B.; JARDIM, U. M. R.; MESQUITA, M. K.; SOUZA, A. D. Z.; HECK, R. Plantas medicinais no processo de cicatrização de feridas: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, v.16, n3, p. 628-636, 2014.

Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_abstract&pid=S151605722014000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 05 de setembro de 2020.

SILVA, J. A.; BUNDCHEN, M. Conhecimento etnobotânico sobre as plantas medicinais utilizadas pela comunidade do Bairro cidade Alta, município de Videira, Santa Catarina, Brasil. Unoesc & Ciência, v. 2, n. 2, p. 129-140, 2011. Disponível em:

<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/1358>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

SILVA, R. M. Levantamento etnodirigido em dois municípios da região sul do Tocantins, Brasil. Dissertação (Mestrado em Ciência da Saúde). Universidade Federal do Tocantins - UFT. 2017. 37f. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFT_bbb89f56319b217b6341eab9d9c42a4a>. Acesso em 26 de julho de 2020.

TENÓRIO, E. Plantas medicinais são produzidas em sistema agroflorestais no assentamento de Mariana. Secretaria da agricultura, pecuária e aquicultura, Governo do Tocantins. 2016. Disponível em: <https://seagro.to.gov.br/noticia/2016/12/7/plantas-medicinais-sao-produzidas-em-sistemas-agroflorestais-no-assentamento mariana/#:~:text=Plantas%20medicinais%20s%C3%A3o%20produzidas%20em%20sistemas%20agroflorestais%20no%20assentamento%20Mariana,-07%2F12%2F2016&text=No%20assentamento%20Mariana%2C%20localizado%20a,%C3%A1rvores%20naturais%20e%20outras%20culturas>. Acesso em 20 de agosto de 2020.