CIÊNCIAS DA SAÚDE: UMA ABORDAGEM HOLÍSTICA

VOLUME IX



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico Celestino Barbosa

Ciências da Saúde: uma abordagem holística

9ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

Copyright© 2022 por Editora Conhecimento Livre

9ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238C Ciências da Saúde: uma abordagem holística

/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2022

480 f.: il
DOI: 10.37423/2022.edcl491
ISBN: 978-65-5367-120-1
Modo de acesso: World Wide Web
Incluir Bibliografia

1. saúde 2. prevenção 3. diagnóstico 4. tratamento 5. equipe I. Barbosa, Frederico Celestino II. Título

CDU: 613

https://doi.org/10.37423/2022.edcl491

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 10
AVALIAÇÃO DE DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS DE INDIVÍDUOS PÓS AGUDIZAÇÕES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)
MIRIAN CRISTINE FERNANDES DE ARAUJO
RAUL HENRIQUE DE OLIVEIRA PINHEIRO
DOI 10.37423/220505771

CAPÍTULO 2 37
QUALIDADE DE VIDA E EDITORIAS JORNALÍSTICAS UTILIZADAS POR IDOSOS NO RS: REVELAÇÕES DE UM ESTUDO MULTICASO
Karen Cristina Kraemer Abreu
Nádia Teresinha Schröder
José Antonio Meira da Rocha
DOI 10.37423/220505797

CAPÍTULO 3 53
OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE MOTO COM ESTUDANTES DE UM MUNICÍPIO DO CURIMATAÚ PARAIBANO
Caio Cezar Silva Spinelli
Isolda Maria Barros Torquato
Francisco de Assis Coutinho Pontes Júnior
Valdicleia da Silva Ferreira Torres
Ana Elza Oliveira de Mendonça
Bernadete de Lourdes André Gouvéia
Adriana Montenegro de Albuquerque
DOI 10.37423/220505800

CAPÍTULO 4 71
O USO DO MÉTODO DAS BOQUINHAS NO ATENDIMENTO REMOTO EM PACIENTES COM MÚLTIPLOS DIAGNÓSTICOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
Acsa Fernandes Mendes Pereira
Cláudia Regina de Araújo
Giane Passos Lozi de Andrade
Luciene de Souza Castro Perillo
DOI 10.37423/220505810

CAPÍTULO 5 77
MOLDAGEM CONVENCIONAL X MOLDAGEM DIGITAL: ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS.
Carlos Roberto Teixeira Rodrigues
Isabella Cardoso Filgueira Gomes
Marcelo Vieira Bruno
Cezar Romero Furtado Teixeira
DOI 10.37423/220505819

CAPÍTULO 6 89
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM PACIENTES COM NEGLIGÊNCIA HEMIESPACIAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
Ana Luísa Santiago da Silveira Fonseca
DOI 10.37423/220505821

CAPÍTULO 7 106
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA CONSULTA FARMACÊUTICA NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, ESTADO DO PARÁ, BRASIL
Maria Lucia Dias Tavares
Valdenira Gonçalves da Silva
Hayllen Mayara Santos Gonçalves Rocha
Ana Paula Bastos Ferreira Vieira
Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro
Marcos Valério Santos da Silva
Marcieni Ataide de Andrade
Brianna Jandira Sousa dos Santos
Anna Paula Alves Monteiro Costa
Bruno José Sarmento Botelho
DOI 10.37423/220505829

CAPÍTULO 8 129
CONTRIBUTIONS OF PHYSICAL ACTIVITY IN INDIVIDUALS WITH A DIAGNOSIS OF DEPRESSION: A LITERATURE REVIEW
Herick de Paula
Elena Marie Peixoto Ruthes
Lucca Arbigaus Gritten
Antonio Beira de Andrade Junior
DOI 10.37423/220505830

CAPÍTULO 9 141
PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: PREVENINDO RUBÉOLA CONGÊNITA POR MEIO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
Ana Paula de Araújo Silva Almeida
Maria José Ramos Justino
Maria do Socorro Vieira Brasil
Joelma Pereira do Nascimento
Larissa Soares Mariz Vilar de Miranda
DOI 10.37423/220505842

CAPÍTULO 10 144
PREVALÊNCIA DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM PRATICANTES DE CROSS TRAINING
Calebe Felipe Lobato Pinhieiro
Juliana Beatriz Santos da Silva
Alana de Nazaré Reis do Monte
Nayan Leonardo Souza Lopes
DOI 10.37423/220505846

CAPÍTULO 11 164
TREINAMENTO PROPRIOCEPTIVO NA PREVENÇÃO DE LESÕES EM ATLETAS DE FUTEBOL: REVISÃO SISTEMÁTICA
DANIELY SALES RAMOS MACIEL
DAVY SALES RAMOS MACIEL
REGINA MARTA SOUSA DO ROSÁRIO
TONIMAR MONTEIRO DA SILVA
Jefferson Brito Miranda
ANDERSON ALBUQUERQUE MELO
Alexandre Costa Gibson
Éric Marcos Nunes Cavalcante
Tarcísio Macedo Dos Santos Coelho
DOI 10.37423/220505848

CAPÍTULO 12 177
O PAPEL DO FISIOTERAPÊUTA NA EDUCAÇÃO INCLUSIVA DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: REVISÃO LITERÁRIA
DANIELY SALES RAMOS MACIEL
TONIMAR MONTEIRO DA SILVA
ANDERSON ALBUQUERQUE DE MELO
AMANDA FARIA BARROZO CORREA
ISABEL HELENA ELERES BAHIA VERAS
SUELEM ALHO RODRIGUES
REGINA MARTA SOUSA DO ROSÁRIO
DOI 10.37423/220505849

CAPÍTULO 13 187
ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE MULHERES IDOSAS COM QUEIXAS DE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO SOBRE A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA MULHER
DANIELY SALES RAMOS MACIEL
FERNANDA VASCONCELOS DE VASCONCELOS
IEDA CRISTINA COUTINHO TEIXEIRA
REGINA MARTA SOUSA DO ROSÁRIO
SUSANNE CRISTINE BRITO E SILVA
TONIMAR MONTEIRO DA SILVA
ANDERSON ALBUQUERQUE MELO
DOI 10.37423/220505850

CAPÍTULO 14 202
INCIDÊNCIA DE DISFUNÇÕES DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE
ANA CAROLINE TAVARES PEREIRA
DANIELY SALES RAMOS MACIEL
MANOELA CRISTINA CORREA DA SILVA
CAREN HELOUISE COSTA PRIANTE
REGINA MARTA SOUSA DO ROSÁRIO
TONIMAR MONTEIRO DA SILVA
ANDERSON ALBUQUERQUE MELO
DOI 10.37423/220505851

CAPÍTULO 15 214
ENVELHECIMENTO: REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA
Alexciana Santos da Silva
Alanna Silva dos Santos
Kevin Fontelles Morais
Liliane de Almeida Cardoso
ANA CLAUDIA TORRES DE MEDEIROS
DOI 10.37423/220505855

CAPÍTULO 16 227
A PSICOLOGIA FRENTE AO ATENDIMENTO À COMUNIDADE LGBTQIA+: DESAFIOS E ENFRENTAMENTOS
Talita Tamires de Souza Oliveira
Eduarda de Melo Ferreira
Patricia Bleueu Amazonas
DOI 10.37423/220505857

CAPÍTULO 17 241
ESTRESSE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DORES ARTICULARES EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19
Andresa Rayane Marques de Lima
André Duarte Lucena
Fabrícia Nascimento de Oliveira
DOI 10.37423/220505873

CAPÍTULO 18 261
APICECTOMIA E OBTURAÇÃO RETRÓGRADA EM DENTE CALCIFICADO: RELATO DE CASO CLÍNICO
Rosana Maria Coelho Travassos
José Afonso Milhomens Filho
Maria do Socorro Orestes Cardoso
Júlia Vanessa Bezerra Lima
Luiz Ricardo Gomes de Caldas Nogueira Filho
Guilherme de Melo Ribeiro Aragão Barbosa
Anna Carolina Vidal Moura
Ana Célia Albuquerque Moura
Thainara Vitória Lima Alves
William José Lopes de Freitas Júnior
DOI 10.37423/220505879

CAPÍTULO 19 285
BENEFÍCIOS DA ARTETERAPIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
Bianca Melissa Sena Costa
Cecy Pinto do Nascimento
Maria Rita de Cássia da Silva Rodrigues Melo
DOI 10.37423/220505883

CAPÍTULO 20 301
A HIPOTERMIA NO PERÍODO DO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO
Priscila Casemiro Queiroga Scherrer
Alexandre Scherrer Tomé
DOI 10.37423/220505884

CAPÍTULO 21 321
PROJETO DE LEI 9046/17: AVANÇOS E DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO
AÍDA CRUZ MACHADO
ANA KARINA DA CRUZ MACHADO
DOI 10.37423/220505885

CAPÍTULO 22 330
PRÁTICAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA- DO DIAGNÓSTICO AO RESULTADO
Otacilio José Moreira
Sergio Silvestre M.P. teixeira
DOI 10.37423/220505887

CAPÍTULO 23 352
PANORAMA DA FASE INICIAL DO CRESCIMENTO DOS NÚMEROS DE CASOS E ÓBITOS CAUSADOS PELA COVID-19 NO BRASIL
Felipe Augusto Fernandes
Henrique José de Paula Alves
Tales Jesus Fernandes
Joel Augusto Muniz
DOI 10.37423/220505888

CAPÍTULO 24 370
PREVENÇÃO DE PÉ DIABÉTICO: O QUE EU PRECISO SABER?
Jessica Silva da Silva
Nívea Carla Nascimento dos Santos
Fernanda Moreira Ribeiro Fraga
Veronica Matos Batista
Mairy Aparecida Felix Araújo
Lívia Nascimento dos Santos
Naiara Costa Salvador Ribeiro da Silva
Tamires Jesus Sousa
Gilcimeire Santa Rosa Costa
Luziangela Martins Carvalho Lima
DOI 10.37423/220505898

CAPÍTULO 25 383
REPERCUSSÕES ORAIS DE INFECÇÕES CAUSADAS PELO VÍRUS HERPES: UMA REVISÃO DE LITERATURA
Victor Felipe Farias do Prado
Larianne de Sousa Moisés
Kássia Regina de Santana
Lindeberg Rocha Freitas
Leonardo Vital de Freitas
Carlos Fernando Rodrigues Guaraná
Francisco Braga da Paz Júnior
Roberta Gomes Menezes de Lima
Josué Alves
Eliana Santos Lyra da Paz
DOI 10.37423/220505902

CAPÍTULO 26 401
EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AOS AGROTÓXICOS DA CLASSE DOS FUNGICIDAS EM UMA POPULAÇÃO DE VITICULTORES
Renata Sano Lini
Nadya Garcia de Oliveira
Bruna Giovana Nery
Raul Gomes Aguera
Laís Fernanda Ferreira da Silva
Samuel Botião Nerilo
Sílvia Capelari
Magda Lúcia Félix de Oliveira
Simone Aparecida Galerani Mossini
DOI 10.37423/220505906

CAPÍTULO 27 419
INDICADORES DO PMAQ-AB E O DESEMPENHO DAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO NORTE MINEIRO
DULCE PIMENTA GONÇALVES
Maria Clara Lélis Ramos Cardoso
Thatiane Laís Santos Silva
Tatiana Almeida de Magalhães
Priscilla Durães de Carvalho
Priscila Pimenta Oliveira Aguiar
Aline Lara Cavalcante Oliva
Leonardo Félix Oliveira
Daniella Cristina Martins Dias Veloso
Alisson Araújo
DOI 10.37423/220505913

CAPÍTULO 28 434
É NORMAL DAR À LUZ EM CASA: A BUSCA PELA REVALORIZAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR COMO ESPAÇO ADEQUADO PARA O MOMENTO DO PARTO
Rúbia Laniêdja Oliveira Silva
Reginaldo Santana Lima
DOI 10.37423/220505924

CAPÍTULO 29 445
A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CURA E REABILITAÇÃO DA CRIANÇA COLOSTOMIZADA E SEUS FAMILIARES
Reginaldo Santana Lima
Rúbia Laniêdja Oliveira Silva
DOI 10.37423/220505925

CAPÍTULO 30 457
AUTISMO E CONFORTO AMBIENTAL
Marcia Urbano Troncoso
Neusa Cavalcante
DOI 10.37423/220505932

CAPÍTULO 31 473
PHASES OF TYPICAL AND ATYPICAL CHILD DEVELOPMENT, CORRELATION IN CEREBRAL PALSY
Paola Naiury Domaresk
Vitoria Sousa
Amanda Meireles
Adna Cristina
Emanuele Lana
Antonio Beira de Andrade Junior
DOI 10.37423/220505937

Capítulo 1

10.37423/220505771

AVALIAÇÃO DE DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS DE INDIVÍDUOS PÓS AGUDIZAÇÕES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

MIRIAN CRISTINE FERNANDES DE ARAUJO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE - UNICENTRO

RAUL HENRIQUE DE OLIVEIRA PINHEIRO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE - UNICENTRO

Resumo:

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Com frequência está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, ocorrendo um agravamento pela presença de fatores de risco (FR). **Objetivos:** Analise dos fatores desencadeantes da agudização e internação hospitalar de individuos hipertensos, dos dados subjetivos e objetivos pós agudização e internamento, das sequelas causadas pela agudização e internamento e caracterizar o perfil sóciodemográfico e clínico dos individuos. **Metodologia:** Estudo de delineamento transversal, qualitativa, cuja coleta de dados ocorreu durante a visita domiciliar do território da Estratégia Saúde da Família Planalto do município de Guarapuava, no período de agosto a outubro de 2021. Os dados foram coletados por meio de questionário simples, criados pela residente e inseridos no Google Forms. **Resultados:** Os resultados e discussão deste estudo foram exemplificados em forma de dados SOAP, sendo o S dados subjetivos, O dados objetivos, A a avaliação e P a prescrição. Para elaboração dos resultados foram utilizadas as etapas S,O e A, sendo que a discussão foi elaborada como etapa P. **Conclusão:** O estudo demostrou a necessidade de abordagens que visem a diminuição dos mals hábitos de vida, a detecção precose da HAS e de fatores que favorecem sua agudização, a fim de agir nesses fatores e diminuir os riscos da agudização e suas consequências.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado na década de 1990 e posteriormente para reorganização da atenção básica (AB), conceituado como Estratégia Saúde 1da Família (ESF), tendo como destaque o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo eles, em grande parte, trabalhadores leigos, vindos da própria comunidade (BRASIL, 2001).

O caderno de atenção básica úmero 14, aborda a prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. E aborda como fatores de risco para doenças cardiovasculares, a história familiar de doença arterial crônica prematura (familiar 1º grau sexo masculino <55 anos e sexo feminino <65 anos), ser homem >45 anos e mulher >55 anos, o tabagismo, a hipercolesterolemia (LDL-c elevado), a hipertensão arterial sistêmica, a diabete melito, obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), gordura abdominal sedentarismo, dieta pobre em frutas e vegetais e estresse psico-social (BRASIL, 2006).

Segundo MALACHIAS, SOUZA, PLAVNIK, 2016 a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Com frequência está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, ocorrendo um agravamento pela presença de fatores de risco (FR). Ainda em relação a classificação traz os estágios da Pressão Arterial (PA) para maiores de 18 anos, como mostra o quadro a seguir:

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 – 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica;

Em países desenvolvidos e em desenvolvimento, a HAS é uma condição crônica que impacta na morbidade e mortalidade cardiovascular (LAWES et al., 2008). Atualmente contamos com várias medidas de prevenção, medidas de controle, farmacológicas e não farmacológicas para a HAS, entretanto essa patologia permanece sendo um dos maiores desafios da saúde (DEANFIELD et al.,2014).

Para uma equipe de saúde dar início ao trabalho, é necessário compreender a formação e o funcionamento das famílias de seu território. Os profissionais da saúde devem compreender as

necessidades individuais de cada membro da população, a fim de um acolhimento eficaz (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009),

Os documentos do Ministério da Saúde (MS) tratam a visita domiciliar (VD) realizadas pelas equipes de saúde, como instrumento utilizado para monitorar e a realidade das famílias, sua situação de saúde, por meio de visitas programadas ou de demanda espontânea (BRASIL, 1997; BRASIL, 2007; BRASIL, 2012).

A VD com a efetivação da ESF voltou a ser essencial na atenção à saúde, destacando-se como agente diferencial na AB, tendo objetivo de monitoramento da saúde das famílias de determinado território (BRASIL, 2001).

A VD é um instrumento utilizado pela enfermagem com a finalidade de intervenção no processo saúde doença, no perfil epidemiológico das famílias e na consciência critica das funções sociais da família na sociedade (Egry, Fonseca, 2000). Segundo Azeredo et al. (2007), a VD é um instrumento utilizado para reconhecer e avaliar a situação de habitação e saneamento, devendo considerar como base do processo saúde doença o ambiente em que vivem as famílias. Podendo utilizar a VD para realização de orientações e ações de saúde.

Para conhecer as condições de saúde e de vida da população a VD é essencial como instrumento na ESF. Pois, por meio dela é possível identificar agravos, condições de trabalho, de hábitos de vida, recursos existentes e aspectos epidemiológicos. Sendo essa identificação facilitadora no planejamento dos cuidados (Takahashi, Oliveira, 2001).

Visto isso, sabendo da capacidade do profissional enfermeiro em prevenir a HAS e suas complicações, se faz essencial o estudo relacionado a esta patologia, buscando sempre a melhoria do atendimento ao portador da HAS e a prevenção de complicações decorrentes dessa patologia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os dados subjetivos e objetivos de indivíduos hipertensos

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar as sequelas, referidas e avaliadas pelos indivíduos hipertensos

Caracterizar o perfil sóciodemográfico e clínico dos indivíduos.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de delineamento transversal e abordagem qualitativa. Este tipo de estudo, são utilizados para apresentar variáveis e seus padrões de distribuição, sem período de acompanhamento e com todas as medidas sendo realizadas em um momento. Além disso, produzem imediatamente a situação da comunidade, tendo como base na avaliação de cada indivíduo, determinando indicadores gerais para o grupo em questão (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 2002, p.183).

3.2 LOCAL DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados durante a visita domiciliar do território da Estratégia Saúde da Família Planalto do município de Guarapuava.

3.3 PERÍODO DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados de agosto a outubro de 2021.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados dois questionários simples, criados pela residente e inseridos no Google Forms, como consta no link disponível no Apêndice I e II.

Sendo que a aplicação dos questionários ficou por conta da residente responsável.

3.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Idosos pertencentes ao território da Estratégia Saúde da Família Planalto.

Os participantes foram referidos no estudo pelos codinomes I1,I2,I3 e I4.

3.5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Idosos lúcidos e orientados, portadores de HAS com internamento prévio nos últimos 2 anos, que eram acompanhados pela equipe de residentes multiprofissionais e que concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice III).

Para avaliação em relação a tempo e espaço dos idosos, foi realizado exame físico neurológico completo que determinou a inclusão no estudo para considerar as respostas como fidedignas. 17

3.5.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Usuários que não concordaram em participar da pesquisa e não apresentarem internamento hospitalar nos últimos 2 anos.

3.6 ANALISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2013, e analisados por meio de estatística descritiva simples, e apresentados em tabelas.

Além disso, foi utilizado o método SOAP para analise e discussão dos dados. O método SOAP aborda o “S” como dados objetivos, os quais se referem as informações fornecidas pelo próprio indivíduo, o “O”, os dados objetivos, sendo as observações clínicas e de exames, o “A” a avaliação, que se refere as análises e significados dos objetivos e o “P” a prescrição, sendo a conduta de enfermagem a ser tomada (PINHA, 2007). Este instrumento é um método de padronização do processo de enfermagem (PE). Sendo que a implementação do PE auxilia o trabalho do enfermeiro e aumenta sua credibilidade, perante profissionais da saúde, pacientes, familiares e a comunidade (MARIA, 1997).

Os dados subjetivos e objetivos serão separados por indivíduos, sendo seus codinomes: I1, I2,I3 e I4;

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Posterior a autorização da secretaria municipal de saúde de Guarapuava para a realização (Anexo I), o presente trabalho foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste, com o parecer nº 4.911.485.

Todos os participantes do estudo leram ler e assinaram o TCLE (Apêndice III).

3.8 CUIDADOS COM OS PARTICIPANTES RELACIONADOS A PANDEMIA COVID-19

Para minimizar os riscos ao COVID-19, foram realizadas medidas como o fornecimento de máscara para utilização do participante e a paramentação correta (máscara N95, touca, óculos, viseira e luvas de procedimento) da responsável pela pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados e discussão deste estudo foram exemplificados em forma de dados SOAP, sendo o S dados subjetivos, O dados objetivos, A a avaliação e P a prescrição. Para elaboração dos resultados foram utilizadas as etapas S,O e A, sendo que a discussão foi elaborada como etapa P.

4.1 S – DADOS SUBJETIVOS

4.1.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

O estudo contou com quatro participantes, que utilizam exclusivamente o SUS, não tendo convênio privado.

I1 sexo masculino, 70 anos, sem escolaridade, aposentado, com renda familiar de dois a três salários mínimos.

I2 sexo masculino, 75 anos, refere ensino fundamental completo, aposentado, com renda familiar de três a quatro salários mínimos.

I3 sexo masculino, 62 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, com renda familiar de um a dois salários mínimos.

I4 sexo masculino, 80 anos, ensino fundamental incompleto, aposentado, com renda familiar de três a quatro salários mínimos.

4.1.2 HISTÓRICO FAMILIAR E PARALOGIAS PRÉ EXISTENTES

Referente ao histórico familiar, todos os participantes referiram ter histórico de HAS e três participantes referiram histórico de Diabetes e Cardiopatias.

I1 Referiu doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), como doença pré-existentes ante do acometimento pela HAS. E referiu pós acometimento pela HAS, diabetes, dislipdemias e doença cardiológica.

I2 Referiu diabetes como doença pré-existente antes do acometimento pela HAS. E pós acometimento pela HAS, dislipdemias.

I3 Referiu não ter conhecimento de doenças pré-existentes antes do acometimento pela HAS. E pós acometimento pela HAS, diabetes e dislipdemias.

I4 Referiu disipdemias como doença pré-existente do acometimento pela HAS. E pós acometimento pela HAS, diabetes e doença cardiológica.

4.1.3 AUTO AVALIAÇÃO DO ESTADO GERAL DE SAÚDE

I1 avaliou sua condição atual de saúde como ruim, com nota 1 (em escala de 1 a 10), muito pior que há um ano atrás, que interfere extremamente nas suas relações familiares e sociais.

I2 avaliou sua condição atual de saúde como boa, com nota 4 (em escala de 1 a 10), porém muito pior que há um ano atrás, que interfere extremamente nas suas relações familiares e sociais.

I3 avaliou sua condição atual de saúde como ruim, com nota 8 (em escala de 1 a 10), porém classificou como muito pior que há um ano atrás, com interferência extrema nas suas relações familiares e sociais.

I4 avaliou sua condição atual de saúde como muito boa, com nota 10 (em escala de 1 a 10), um pouco melhor que há um ano atrás, que interfere moderadamente nas suas relações familiares e sociais.

4.1.4 FATORES DE RISCO

I1 referiu ser ex tabagista (cigarro de filtro, sendo consumo de 20 á 30 ao dia) e ex etilista, tendo cessado o uso a 1 mês. Não praticar exercícios físicos, ingesta hídrica menor de 2L ao dia e alimentação rica em carboidratos, frituras, doces, frutas, verduras e carnes.

I2 referiu ser ex tabagista, tendo cessado o uso há 18 anos. Não praticar exercícios físicos, ingesta hídrica menor de 2L ao dia e alimentação rica em carboidratos, frutas, verduras e carnes.

I3 referiu ser tabagista há 40 anos, consumir 3 cigarros de palha ao dia. Não praticar exercícios físicos, ingesta hídrica menor de 2L ao dia e alimentação rica em carboidratos, frituras, frutas, verduras e carnes.

I4 referiu ser ex-etilista, tendo cessado o uso há 30 anos. Não praticas exercícios físicos, ingesta hídrica maior de 2L ao dia e alimentação rica em carboidratos, frutas, verduras e carnes.

4.1.5 INTERNAÇÕES HOSPITALARES, AGUDIZAÇÕES E SEQUELAS

Os participantes foram questionados sobre quais as consequências e sequelas, acreditavam ter sofrido pela agudização da HAS e quais os fatores levaram a essa agudização. Sendo suas respostas:

I1 referiu acreditar que a alimentação desequilibrada, associada ao tabagismo, etilismo, falta de exercícios físicos e obesidade, resultaram na agudização da HAS. Tendo como consequências o infarto

agudo do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca e problemas visuais. Sobre as possíveis sequelas, acredita que houve piora da memória, diminuição da acuidade visual, fadiga, mialgia, inapetência e insônia.

I2 referiu acreditar que a alimentação desequilibrada, a falta de exercícios físicos e a obesidade, foram os causadores da agudização da HAS. Como consequência referiu o acidente vascular isquêmico (AVI) e como sequelas, estar acamado desde então.

I3 referiu acreditar que a alimentação desequilibrada, o tabagismo, a falta de exercícios físicos e a obesidade, resultaram na agudização da HAS. Como consequência referiu o AVI e como sequelas, a diminuição da acuidade auditiva e visual e a dificuldade de locomoção devido a hemiparesia parcial a esquerda.

I4 referiu acreditar que a alimentação desequilibrada, a falta de exercícios físicos e a obesidade, resultaram na agudização da HAS. Como consequência referiu o acidente vascular hemorrágico (AVH) e como sequelas, a diminuição da acuidade auditiva.

4.2 O – DADOS OBJETIVOS

Os dados objetivos foram realizados a partir do exame físico realizado em cada entrevistado e descritas as alterações encontradas em cada individuo.

4.2.1 SISTEMA NEUROLÓGICO

I1 Indivíduo alerta, conciente, orientado em espaço e tempo, pupilas fotorreagentes. Diminuição da acuidade visual .

I2 Indivíduo alerta, consciente, orientado no espaço e tempo, pupilas fotorreagentes. Sem aterações perceptíveis durante o exame físico neurológico.

I3 Indivíduo alerta, consciente, orientado no espaço e tempo, pupilas fotorreagentes. Acuidade visual e acuidade auditiva diminuídas.

I4 Indivíduo alerta, consciente, orientado no espaço e tempo, pupilas fotorreagentes. Acuidade auditiva diminuída.

4.2.2 SISTEMA TEGUMENTAR E LINFÁTICO

Ambos os entrevistados I1, I2, I3 e I4, não apresentaram alterações no sistema tegumentar e linfático. Apresentando pele corada, sem sinais de desidratação e lesões. Sensibilidade preservada. Mucosa

corada e hidratada, uso de prótese dentária. Linfonodos não palpáveis, tireoide não apresentando alteração a palpação.

4.2.3 SISTEMA RESPIRATÓRIO E CARDIOVASCULAR

I1 Tórax simétrico, em formato de barril, não doloroso a palpação. Presença de uso da musculatura acessória, ausculta diminuída em toda extensão, SPO2 88%, em ar ambiente.Bulhas rítmicas e normofonéticas, em dois tempos, sem a presença de sopros audíveis.

Os entrevistados I2, I3 e I4, não apresentaram alterações em sistema respiratório e cardiovascular, sendo perceptível tórax simétrico, não doloroso a palpação. Bulhas rítmicas normofonéticas, em dois tempos, sem a presença de sopros audíveis.

4.2.4 SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Os entrevistados I1 e I4 não apresentaram alterações perceptíveis no exame físico musculoesquelético.

I2 Hemiplegia parcial a esquerda, com perda total de força muscular em membro inferior esquerdo.

I3 Deambulando com dificuldade, perda de força muscular a esquerda.

4.2.5 SISTEMA DIGESTIVO

Todos os entrevistados não apresentaram alterações perceptíveis no exame físico do sistema digestivo. Sendo perceptível, abdômen globoso, pele sem alterações visíveis, ruídos hidroaéreos presentes, não doloroso a palpação.

4.2.5 SISTEMA GENITURINÁRIO

Não foi realizado exame físico geniturinário de todos os entrevistados, devido à falta de queixas.

4.2.6 PRESSÃO ARTERIAL, GLICEMIA CAPILAR E IMC.

Foram realizadas cinco aferições de pressão arterial e glicemia capilar dos quatro indivíduos nas visitas domiciliares, sendo calculada a média e o desvio padrão. Sendo assim, foi possível avaliar que a média da pressão arterial demostrou níveis pressóricos estáveis e uma amostra homogênea (Tabela 1). E em relação aos níveis de glicemia capilar, não é possível afirmar se os pacientes estão com níveis pressóricos estáveis ou instáveis, pois o desvio padrão demostrou uma amostra não homogênea (Tabela 2).

Tabela 1 – Níveis pressóricos da pressão arterial de indivíduos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS

PRESSÃO ARTERIAL	
Sistólica	Diastólica
Média	
124 mmhg	73 mmhg
Desvio padrão	
15, 98519	9,676885101

Tabela 2 – Níveis de glicemia capilar de indivíduos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS

GLICEMIA CAPILAR	
Pré – prandial	Pós – prandial
Média	
198 mg/dl	128 mg/dl
Desvio padrão	
64,39555791	25,73352455

Em relação ao IMC – Indice de Massa Corporal, os participantes estão, em sua maioria, em sobrepeso com IMC entre 25 e 29,9.

4.3 A – AVALIAÇÃO

Os dados de avaliação, foram realizados de acordo com com os dados subjetivos e objetivos dos 4 entrevistados.

Nos dados de avaliação, foram elencados os diagnósticos de enfermagem (DE), prioritários para as alterações encontradas neste estudo, sendo esses elencados a partir do livro “Diagnósticos de enfermagem” de Doenges ME, Moorhouse MF e Murr AC (2015), sendo eles:

1 – Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais. Relacionado ao estilo de vida sedentário e aos maus hábitos alimentares. Caracterizado pelo sobrepeso.

2 – Estilo de vida sedentário. Relacionada a redução da força muscular e a falta de interesse. Caracterizada pela avaliação da força muscular diminuída a esquerda e o relato do indivíduo.

3 – Padrão respiratório ineficaz. Relacionado a doença obstrutiva crônica (DPOC). Caracterizada pela saturação abaixo de 90%.

4 – Risco de nível sanguíneo de glicose instável, relacionado ao diagnóstico de diabetes e aos maus hábitos de vida.

5 – Risco de Lesão. Relacionado a mobilidade alterada. Caracterizado pela diminuição da força motora.

6 – Risco de quedas. Relacionado a idade acima de 65 anos e a mobilidade alterada. Caracterizado pela diminuição da força muscular.

7 – Risco de volume de líquidos deficiente. Relacionado a baixa ingestão de líquidos e a idade avançada.

8 – Risco de perfusão cardíaca ineficaz. Relacionado ao histórico de hipertensão arterial sistêmica e hábitos de vida ruins.

9 – Risco de perfusão cerebral ineficaz. Relacionado ao histórico de hipertensão arterial sistêmica e hábitos de vida ruins.

10 – Risco de perfusão renal ineficaz. Relacionado ao histórico de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e hábitos de vida ruins.

4.4 P – PRESCRIÇÃO

Para os dados da prescrição foram formulados dez cuidados a partir dos DE, pertencentes ao livro “Diagnósticos de enfermagem” de Doenges ME, Moorhouse MF e Murr AC (2015), sendo eles (Quadro 1):

Quadro 1 – Prescrição de enfermagem.

Prescrição	Quem irá realizar?	Quando irá realizar?
1 – Avaliar os riscos ou a presença de condições associadas ao excesso de peso, por meio da solicitação de exames laboratoriais e histórico pessoal descrito.	Enfermeiro	Durante consulta agendada ou visita domiciliar
2 – Realizar orientações básicas ao paciente sobre alimentação saudável, ingesta hídrica e encaminhar ao profissional nutricionista e da educação física.	Enfermeiro	Durante consulta agendada ou visita domiciliar
3 – Avaliar condições emocionais, por meio da estratificação de risco de saúde mental.	Profissional de nível superior	Durante consulta agendada ou visita domiciliar
4 – Realizar orientações quanto ao risco de lesões, como mudança de decúbito, avaliação de extremidades, hidratação da pele e ingesta hídrica, a fim de diminuir esse risco.	Enfermeiro	Durante consulta agendada ou visita domiciliar
5 – Realizar orientações a fim de diminuir o risco de quedas, tais como retirada de tapetes, uso de calçados adequados e cuidados na deambulação.	Enfermeiro	Durante consulta agendada ou visita domiciliar
6 – Realizar controle da pressão arterial e da glicemia capilar, mantendo dados anotados com data, horário realizado e horário da última alimentação.	Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou cuidador	Durante atendimento na unidade de saúde ou em domicilio
7 – Realizar orientação sobre maneira correta da aferição da pressão arterial, cuidados pré-aferição e sinais de alerta relacionados.	Enfermeiro	Durante consulta agendada ou visita domiciliar
8 – Realizar agendamento de consulta médica de rotina, para avaliação do quadro clínico.	Enfermeiro	Com periodicidade a avaliar de acordo com cada caso
9 – Realizar visita domiciliar para acompanhamento do quadro clínico e criação de vínculo.	Enfermeiro	Com periodicidade a avaliar de acordo com cada caso
10 – Reavaliar quadro clínico do indivíduo, por meio do exame físico, utilização de escalas e exames, a fim demelhorar a conduta dos profissionais.	Profissionais de nível superior envolvidos no cuidado	Com periodicidade a avaliar de acordo com cada caso

5 DISCUSSÃO

Segundo Aguiar MIF, Almeida PC, Andrade AO, et al (2014), os idosos são mais acometidos pela HAS, tendo o próprio envelhecimento como um fator de risco, além do sobrepeso e obesidade, a ingestão de álcool e sal, o sedentarismo e fatores socioeconômicos e genéticos. A HAS, também corrobora com

doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e a insuficiência renal, sendo responsável por grande parte dos acidentes vasculares cerebrais e doenças arteriais coronariana.

Em caso de controle da PA com resultados < 120/80 mmHg, a mesma precisará ser verificada pelo menos a cada dois anos, anualmente com PA entre 120 e 139 mmHg de sistólica e 80 a 89 mmHg de diastólica, sem que haja outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV). Devem ser realizadas aferições em mais de dois momentos em um período de sete a quinze dias, se constatado aferições ≥ 140/90 mmHg ou PA entre 120-139/80-89 mmHg, juntamente com fatores de risco para DCV.

Segundo Cardoso EM (2015), quando se trata da HAS, os profissionais da enfermagem são fundamentais, pois agem nos fatores causadores dos picos hipertensivos, auxiliam nas mudanças de hábitos alimentares, na prática de exercícios físicos, controle do peso, para cessar o tabagismo e o consumo de álcool, entre tantas ouras ações.

Um processo educativo, é a consulta de enfermagem, nela deve-se orientar o indivíduo em relação aos cuidados diários para manutenção da saúde. Na atenção primária a saúde, a consulta de enfermagem tem tido efeitos positivos, ocorrendo maior adesão as profilaxias orientadas no acompanhamento do portador de HAS (BRASIL, 2013).

Além disso, consulta de enfermagem baseada em evidencias, tem a capacidade de agir na prevenção de complicações decorrentes de condições crônicas (FONSECA DF, MATA LRF, MORAES JT et.al, 2017). Portanto, para sistematização da assistência de enfermagem, o enfermeiro deve apropriar-se do Processo de Enfermagem (PE), pois é considerado um método cientifico para tal função. Ademais, o enfermeiro deve ter julgamento crítico sobre a situação de saúde do indivíduo, a fim de abordar os problemas prioritários e elaborar os diagnósticos de enfermagem (FERRARI RFR, FREITAS MM, PEREIRA CD et al., 2013).

A educação popular em saúde (EPS), atua com o conhecimento cientifico, considerando os conhecimentos adquiridos pelos indivíduos, aliando assim esses dois conhecimentos a fim de ampliar os saberes (FALKENBERG et al., 2014). Além disso, segundo MENDONLA et al. (2017), essas ações contribuem para melhoria da qualidade de vida dos idosos, estimulando a autonomia, o autocuidado e convívio social.

Segundo Carvalho LV, Gusmão JL, Pierin AM (2004), a equipe de saúde deve conhecer os hábitos e a rotina das famílias pertencentes ao seu território, para assim orientar efetivamente o indivíduo ou

cuidador, quanto os cuidados com a HAS, a fim de prevenir os agravos a saúde, advindo desta patologia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu a analise das possíveis causas da agudização da HAS e a visualização do quadro clínico após tal acontecimento. Os dados ainda permitiram elencar como possíveis causas, os mals hábitos de vida, o sedentarismo, uso pregresso de tabaco e álcool e o sobrepeso.

Em relação as consequências da agudização da HAS, os participantes haviam sido internados por AVI, AVH, ICC e descompensação da HAS. Além disso, tiveram sequelas como diminuição da acuidade visual e auditiva, perda da força muscular a esquerda, dificuldade para deambular. Além disso, os participantes deste estudo referiram diminuição da qualidade de sua vida.

Além disso, evidencia a importância da diminuição dos mals hábitos de vida, a detecção precoce da HAS e de fatores que favorecem sua agudização, a fim de agir nesses fatores e diminuir os riscos da agudização e suas consequências. Assim, destacando a importância do profissional enfermeiro nessas ações, buscando um cuidado integral e humanizado, para a melhoria e manutenção da qualidade de vida do individuo portador de uma condição crônica.

Os dados do presente estudo garantem subsídios para obtenção de parâmetros e formulação de estratégias de cuidado, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos portadores de HAS. Ainda demostra a importância de analisar as causas da agudização da HAS, a fim de garantir melhores tratamentos, níveis pressóricos da PA controlados, ações de prevenção da HAS e de sua agudização.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar MIF, Almeida PC, Andrade AO, et al. Prevalência da hipertensão arterial e fatores associados em idosos. Rev. Bras. Promoç. Saúde, Fortaleza, 2014 jul/set;27(3):303-11.

Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2007;12(3):743-753.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n19. 1. ed. Brasília: 2007. 192 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Cardoso EM. Melhoria da Atenção à Saúde dos diabéticos e hipertensos da UBS SANSCA-Pelotas / RS [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas – UFPEL / Sistema Universidade Aberta do SUS – UNASUS; 2015.

CARNEIRO, D.N; et.al. Avaliação do déficit cognitivo, mobilidade e atividades da vida diária entre idosos. Rev APS. 19(2): 203 – 209. Bahia, 2016.

Carvalho LV, Gusmão JL, Pierin AM. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para a hipertensão arterial . Hipertensão .v.7, p.100-103, 2004.

Deanfield, J.; Sattar, N.; Simpson, I.; et al., Joint British Societies' consensus recommendations for the prevention of cardiovascular disease. Heart. 100(SUPPL. 2): ii1-ii67. 2014.

Egry E, Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. Rev. Esc. Enferm. USP. 2000;34(3): 233-9.

FALKENBERG M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, 2014.

Ferrari RFR, Freitas MM, Pereira CD et al. Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial primária. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR. 2013; 17(2): 93-8.

Fonseca DF, Mata LRF, Moraes JT et al. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas hipertensas e diabéticas. Invest. educ. enferm,Medellín. 2017; 35(2): 139-53. 31.

Lawes, CMM et al. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. The Lancet , 371(9623): 1513 – 1518. 2008.

Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.

Maria VLR. Os caminhos do diagnóstico de enfermagem na prática de um hospital especializado. In: Guedes, MVC, Araújo TL. (Org.). O uso do diagnóstico na prática de enfermagem. Brasília: ABEn, 1997. p. 77-85.

MENDONÇA F.T.N.F. et al. Educação em saúde com idosos: pesquisa-ação com profissionais da atenção primária. Rev. Bras. Enferm. v. 70, n. 16, p. 825-832, 2017.

Pinha LB, Santos SMA, Kantorski LP. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. Revista de Enfermagem, v.16, n.4 Florianópolis, 2007.

Takahashi RF, Oliveira MAC. A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

8 ANEXOS

8.1 ANEXO I

GUARAPUAVA
Prefeitura Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Protocolo 10.658/2021 – DGTES/SMS Guarapuava, 01 de junho de 2021

Assunto: Autorização para pesquisa
Pesquisadores: RAUL HENRIQUE OLIVEIRA PINHEIRO e MIRIAN CRISTINE FERNANDES DE ARAUJO

A Instituição Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ 76178037/0001-76, situada à Avenida das Dálias, 200, bairro Trianon, CEP 85012- 110, autoriza a pesquisa intitulada **"HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E OS FATORES DESENCADEANTES DA AGUDIZAÇÃO E INTERNAMENTO HOSPITALAR, DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA - PR".**

Atenciosamente:

Dr. Anderson Vinicius Kugler Fadel
Divisão de Integração Ensino-Serviço

Nadianne Thais Gabardo Xavier Negrão
Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Dr. Jonilson Antônio Pires
Secretário de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava
Avenida das Dálias, 200 – Jardim Pérola do Oeste
Telefone: (42) 3621-3700 – saude@guarapuava.pr.gov.br
Guarapuava – Paraná - CEP 85012-110

Assinado por 3 pessoas: ANDERSON VINICIUS KUGLER FADEL, NADIANNE THAIS GABARDO XAVIER NEGRÃO e JONILSON ANTONIO PIRES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://guarapuava.1doc.com.br/verificacao/ e informe o código DD4C-9512-9508-A08E

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: DD4C-9512-980B-A0BE

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ANDERSON VINICIUS KUGLER FADEL (CPF 870.300.559-34) em 01/06/2021 08:34:16 (GMT-03:00)
  Papel: Assinante
  Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- NADIANNE THAIS GABARDO XAVIER NEGRÃO (CPF 006.867.489-99) em 01/06/2021 08:49:41 (GMT-03:00)
  Papel: Assinante
  Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- JONILSON ANTONIO PIRES (CPF 707.591.709-91) em 01/06/2021 13:37:46 (GMT-03:00)
  Papel: Assinante
  Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://guarapuava.1doc.com.br/verificacao/DD4C-9512-980B-A0BE

9 APÊNDICE

9.1 APÊNDICE I

Questionário perfil sóciodemografico

(https://forms.gle/SJGZmBMFNzK2QRgB6)

1. Entrevistado (a):
2. Data de nascimento:
3. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
4. Escolaridade: ☐ Sem escolaridade. ☐ Ensino fundamental (1º grau) incompleto.
☐ Ensino fundamental (1º grau) completo ☐ Ensino médio (2º grau) incompleto.
☐ Ensino superior incompleto. ☐ Ensino superior completo.
5. Qual a sua renda familiar aproximada?
☐ Menos de um salário mínimo. ☐ De um a dois salários mínimos.
☐ De dois a três salários mínimos ☐ De três a quatro salários mínimos. De
☐ quatro a cinco salários mínimos. ☐ Mais que cinco salários mínimos.
6. O senhor (a) tem algum convênio privado?
☐ Sim ☐ Não
7. Profissão anterior_____e no momento _____
8. O senhor (a) tem (Patologias Pré-Existentes):
☐ Diabetes. ☐ Dislipidemia. ☐ Doença cardiológica.
☐ Hipertensão. ☐ Depressão. ☐ Outras.
9. O senhor (a) tem (Patologias após acometimento HAS):
☐ Diabetes. ☐ Dislipidemia. ☐ Doença cardiológica.
☐ Depressão ☐ Outras.

9.2 APÊNDICE II

Questionário pós agudização da HAS
(https://forms.gle/aWb6aSjo6b5f9ko16)

1. Em geral, você diria que sua saúde é...

□ Ruim
□ Boa
□ Muito Boa
□ Excelente

2. <u>Comparada há um ano atrás</u>, como você avalia sua saúde em geral?

□ Muito pior.
□ Pouco pior.
□ Igual.
□ Um pouco melhor.
□ Muito melhor.

3. Comparado a um ano atras, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferir com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos ou grupos?

□ Nada
□ Pouco.
□ Igual.
□ Moderadamente.
□ Extremamente.

4. Qual a nota você daria para sua saúde?

Muito Ruim — Muito Bom

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

5. Avaliação da Pressão Arterial

DIA	Período do dia	PA
1		
2		
3		
4		
5		

6. **Avaliação do HGT para diabéticos**

DIA	Pré ou Pós Prandial	HGT
1		
2		
3		
4		
5		

7. **Uso de tabaco** ☐ sim ☐não Nº de cigarros/dia _____
Tempo que fuma_____Tipo de cigarro ☐Palha ☐Filtro
8. **Ex-tabagista** ☐ sim ☐não Nº de cigarros/dia que fumava_____
Tempo que parou _____ Tipo de cigarro que fumava ☐Palha ☐Filtro
9. **Uso de álcool atualmente** ☐sim ☐não Quantidade/dia_____
Tempo que usa _____ Tipo de bebida ☐Destilado ☐Cerveja
10. **Uso de álcool no passado** ☐sim ☐não Quantidade/dia que bebia_____
Tempo que parou _____Tipo de bebida que bebia ☐Destilado ☐Cerveja
11. **Drogas ilícitas** ☐sim ☐não Qual _____Quantidade/freqüência_____
12. **Já fez alguma cirurgia** ☐sim ☐não Se sim, qual_____
13. **Vida sexual ativa** ☐sim ☐não
14. **Prática de exercício físico regular** ☐sim ☐não
15. **Hábitos alimentares diários** ☐gorduras/frituras ☐carboidratos ☐doces ☐frutas ☐verduras ☐carnes
16. **Ingesta hídrica diária aproximada**: ☐ menos que 2 litro ☐ mais que 2 litro
17. **Histórico familiar de doença crônica** ☐sim ☐não Se sim quais?

_____

_____

18. **Medicamentos em uso?** ☐sim ☐não se sim quais?

_____

_____

19. **Internação recente?** ☐sim ☐não Se sim, motivo?

_____

_____

20. **Possíveis motivos que levaram a agudização da HAS?**

□ Não utilizava medicamento corretamente.
□ Alimentação desequilibrada.
□ Tabagismo
□ Etilismo
□ Não praticava exercícios físicos.
□ Obesidade

21. **Consequências da agudização da HAS?**

□ Acidente Vascular Isquêmico
□ Acidente Vascular Hemorrágico
□ Infarto Agudo do Miocárdio
□ Insuficiência Renal
□ Insuficiência Cardíaca

□ Problemas visuais

22. **Houveram sequelas após agudização da HAS?** ☐sim ☐não Se sim quais?

_____
_____
_____
_____

23. **Peso_____Altura____IMC____**

☐Abaixo do peso	(<18,5)
☐Peso normal	(18,6 a 24,9)
☐Sobrepeso	(25 a 29,9)
☐Obesidade grau I	(30 a 34,9)
☐ Obesidade grau II	(35 a 39,9)
☐ Obesidade grau III ou mórbida	(>40)

24. **Exame físico geral:**

_____
_____
_____
_____

9.3 APÊNDICE III

Prezado(a) Colaborador(a), você está sendo convidado(a) a participar do seguinte estudo: ***''HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E OS FATORES DESENCADEANTES DA AGUDIZAÇÃO E INTERNAMENTO HOSPITALAR, DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA - PR''***, a qual está sob orientação da professor Ms. Enf. Raul Henrique Oliveira Pinheiro, do Departamento de Enfermagem da UNICENTRO e sobre responsabilidade da enfermeira Mirian Cristine Fernandes de Araujo, da Residente em Estratégia Saúde da Família da UNICENTRO. Sendo este estudo realizado durante a visita domiciliar.

1. OBJETIVO DA PESQUISA Que tem como objetivo avaliar os fatores que desencadearam a agudização da HAS e internamento dos usuários.

2. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Durante a pesquisa você responderá a dois questionários. Sendo um composto por perguntas relacionadas a dados sociodemograficos e outro a sua saúde . Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, tendo você a liberdade de recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, e exigir a retirada de sua participação da pesquisa sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

3. LOCAL DA PESQUISA: A coleta ocorrerá em seu domicílio, durante uma visita do responsável pela pesquisa, o que pode levar aproximadamente 30 minutos.

4. RISCOS E DESCONFORTOS: A pesquisa poderá causar algum desconforto ou constrangimento, bem como cansaço devido ao tempo levado durante a entrevista. Sendo que, você poderá fazer pausas, a qualquer momento, para descansar e depois retornar a responder as questões. Além disso, os riscos ao COVID-19 serão minimizados com o fornecimento de máscara para sua utilização e a paramentação correta (máscara N95, touca, óculos, viseira e luvas de procedimento) da responsável pela pesquisa. Se você sofrer algum dano decorrente da participação no estudo, tem direito a assistência integral, imediata e gratuita (responsabilidade dos pesquisadores) e também tem direito a buscar indenização, caso sinta que houve qualquer tipo de abuso por parte dos pesquisadores.

5. BENEFÍCIOS: Compreensão dos fatores que levaram a agudização da HAS e internamento, assim sua participação é de extrema importância, para que possa viabilizar melhorias para a assistência à saúde.

6. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o (a) Senhor (a) fornecer, somente serão utilizadas a pesquisa. Assim, seus dados pessoais e respostas ficarão em segredo, inclusive seu nome, não aparecendo Quando os resultados da pesquisa forem divulgados, isto ocorrerá sob forma codificada, para preservar seu nome e manter sua confidencialidade.

7. DESPESAS/RESSARCIMENTO: Os custos do projeto são de responsabilidade do pesquisador. O colaborador/participante não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação e as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade.

8. MATERIAIS: O material obtido será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado (por meio de incineração), dentro de 5 anos, sendo essa de responsabilidade do pesquidor, em conformidade a Resolução 466/2012, item XI – do pesquisador responsável, paragrafo f.

9. ESCLARECIMENTOS: Caso você tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços a seguir ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO, cujo endereço consta deste documento.

O Comitê de Ética, de acordo com a Resolução 466/2012-CNS-MS, é um colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses de participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Para garantir os padrões éticos da pesquisa, os tópicos anteriores concedem requisitos mínimos para manter sua integridade e dignidade na pesquisa.

Como segurança jurídica, este termo deverá ser preenchido em **duas vias** de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da **assinatura** nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam **rubricadas todas as folhas** deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como participante da pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.
Você poderá acionar o/a pesquisador/a responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP/UNICENTRO), através das informações, endereços e telefones contidos abaixo.

Eu,..... declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Ms. Enf. Raul Henrique Oliveira Pinheiro

_____
Data: ___/____/___

Eu, Raul Henrique Oliveira Pinheiro declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____
Ms. Enf. Raul Henrique Oliveira Pinheiro
Data: ___/____/___

_____
Enfª. Residente
Mirian Cristine Fernandes de Araujo
Data: ___/____/___

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o **pesquisador,** conforme dados e endereço abaixo:
Residente responsável pela pesquisa: Raul Henrique Oliveira Pinheiro
Telefone para contato: (11) 97554-6776
Endereço: Rua Quintino Bocaiuva, 995, Ap 52 - Centro
Horário de atendimento: 08:00 ás 12:00; 13:00 ás 17:00 h;

- Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO, COMEP, no endereço abaixo:

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO – COMEP
Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus CEDETEG
Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838, Campus CEDETEG
(ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)– Vila Carli - Guarapuava – PR
Bloco de Departamentos da Área da Saúde
Telefone: (42) 3629-8177
E-mail: comep@unicentro.br
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:
Segunda a Sexta, das 8h às 11h30m e das 13h às 17h30m

Capítulo 2

10.37423/220505797

QUALIDADE DE VIDA E EDITORIAS JORNALÍSTICAS UTILIZADAS POR IDOSOS NO RS: REVELAÇÕES DE UM ESTUDO MULTICASO

Karen Cristina Kraemer Abreu — *Universidade Federal de Santa Maria*

Nádia Teresinha Schröder — *Universidade Luterana do Brasil*

José Antonio Meira da Rocha — *Universidade Federal de Santa Maria*

Resumo: Esta investigação se propõe a contribuir com a intersecção entre as áreas da comunicação e a da promoção da saúde, ao identificar se os temas que os idosos consultam nas páginas, sinais sonoros e telas dos veículos de comunicação que acessam auxiliam na percepção da própria qualidade de vida. O objetivo é verificar: 1) se os idosos utilizam os temas sobre os quais se informam nos Meios de Comunicação de Massa para se integrarem aos grupos sociais dos quais participam; e, 2) se os assuntos indicados pelos idosos como de seus interesses expostos nos Meios de Comunicação de Massa são os mesmo que eles utilizam em suas conversas cotidianas com seus familiares e/ou amigos. Esta pesquisa qualitativa investiga a relação entre as editorias jornalísticas de interesse de dois grupos de idosos do Sul do Brasil e as indicações dos assuntos que esses idosos utilizam nas interações sociais ampliando a própria percepção de qualidade de vida dos participantes. Para executá-la, utiliza-se a técnica do Estudo de Caso na modalidade Multicasos. Os primeiros resultados apontam para coincidências parciais entre os temas buscados nas Mídias e aqueles abordados como assuntos das conversas cotidianas pelos grupos de idosos pesquisados. Destinar atenção aos integrantes da Terceira Idade e a modelos que lhes contribuam cotidianamente e auxiliem na integração deles nos grupos sociais que participam, poderia ser um caminho para novos enfoques em matérias e reportagens jornalísticas bem como para a propositura de novos formatos de programas de Rádio e TV, mantendo-os como audiências específicas e fiéis. É importante que as Mídias percebam que o nicho da Terceira Idade é um público importante enquanto audiência dos MCM, ainda que utilizem-se de diversos meios de comunicação tradicionais como Televisão, Rádio, Jornais Impressos e Revistas, porém, enriquecem suas buscas por informações procurando dados em outros veículos digitais, o que nos faz perceber a plena validação da Teoria da Complementaridade dos Canais proposta por Dutta-Bergman (2004) e ampliada pelas observações sobre a busca por temas relativos à saúde estudados por Ruppel; Rains (2012). É uma atitude inteligente dos gestores das diversas Mídias considerar a opinião dos idosos sobre o a percepção das editorias e das apresentações dos conteúdos, bem como observar que os Meios de Comunicação de Massa ao contribuírem para a inserção dos idosos nos grupos sociais colaboram também com a percepção individual da própria qualidade de vida dos membros da Terceira Idade dos grupos pesquisados.

Palavras-chave: Meios de Comunicação; Editorias Jornalísticas; Terceira Idade; Qualidade de Vida.

1. INTRODUÇÃO

Esta investigação busca identificar se os temas que os idosos consultam nos veículos de comunicação auxiliam na percepção da própria qualidade de vida. Ao verificar os temas que lhes despertam interesses também se podem encontrar mais informações sobre esse nicho de audiência.

Ainda que a ciência médica busque controlar os corpos e impor-lhes comportamentos, os conceitos de qualidade de vida exibem distinção entre vida longa e boa vida (PASCHOAL, 2006). Surge a diferença entre viver e sobreviver. Conforme explica Fleck et al. (2008), os próprios médicos perceberam que seus pacientes entendem como elementos da qualidade de vida uma compreensão mais ampla que engloba "a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente". Apenas prolongar a vida é visto como um benefício equivocado. No mesmo sentido e de acordo com Veras (2006) e Arantes (2009), o pressuposto fundamental para a qualidade de vida dos idosos é a garantia da inclusão social e da participação cidadã do idoso.

A partir desta compreensão, é possível identificar a colaboração dos veículos de comunicação impressos, eletrônicos e digitais na interação dos idosos em grupos e nas relações interpessoais. Ao utilizar os temas propagados pelos meios de comunicação nas conversas do cotidiano, o idoso pode aproximar-se de uma modalidade de inclusão tanto em grupos quanto em conversas, pois se sentem atualizados sobre assuntos relevantes para a comunidade conseguindo expressarem-se sobre o que acontece na cidade em que habitam, no Estado, no País e no Mundo (GIUSTI, 2014).

2. OBJETIVO(S)

O objetivo é verificar se: 1) os idosos que utilizam os temas sobre os quais se informam nos Meios de Comunicação usam esses mesmos assuntos para se integrarem aos grupos sociais dos quais participam; 2) os assuntos indicados pelos idosos como de seus interesses expostos nos Meios de Comunicação são os mesmo que eles utilizam em suas conversas cotidianas com seus familiares e/ou amigos.

3. MÉTODOS

Esta é uma pesquisa qualitativa que integra outra investigação, maior e mais ampla, com a realização de entrevistas obtidas a partir de um roteiro estruturado para a coleta das informações individuais com idosos pertencentes a dois grupos distintos, com idades entre 65 e 85 anos, e que tem por

finalidade investigar a relação entre as editorias jornalísticas de interesse dos idosos e as indicações dos assuntos que esses idosos utilizam nas interações sociais ampliando a própria percepção de qualidade de vida dos participantes. Para executá-la, utiliza-se a técnica do Estudo de Caso na modalidade Multicasos.

Antes da realização das entrevistas o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE – foi lido e entregue em duas vias para o participante que a assinou e reteve uma das vias. A pesquisa está registrada no CEP sob o nº. 50475921.7.0000.5346.

4. A PESQUISA

Esta pesquisa é uma investigação qualitativa que utiliza a técnica do estudo de caso, na modalidade multicasos. O Estudo de Caso é uma técnica de pesquisa que analisa um caso específico. Para realizar a investigação, é necessária uma análise detalhada, aprofundada e exaustiva do contexto de um ou de poucos objetos ou, ainda, de um acontecimento específico a fim de possibilitar que a pesquisa aponte um amplo e detalhado conhecimento do cenário analisado. (TRIVIÑOS, 1987; BOGDAN, 1994; RAUEN, 2002).

Entre as tipologias mais importantes desta modalidade de pesquisa, segundo Rauen (2002), está o multicasos, utilizado nesta investigação. De acordo com o mesmo autor, a análise dos dados utilizando-se a tipologia multicasos ocorre a partir do estudo de dois ou mais sujeitos, organizações, entre outros, onde são realizadas comparações entre dois ou mais enfoques específicos, descrevendo, explicando e comparando os fenômenos.

Para desenvolver uma pesquisa dentro da tipologia do estudo de casos o investigador deve, conforme Rauen (2002, p. 213), realizar “três etapas: exploratória, coleta de dados e interpretação sistemática dos dados”. O autor destaca que a interposição entre essas três fases é a dificuldade em delimitá-las com precisão. A etapa exploratória proporciona ao investigador buscar informações sobre o envelhecimento, a qualidade de vida bem como a área da Comunicação, em especial, sobre a função social do jornalismo. A coleta de informações proporciona encontrar os elementos significativos e característicos do fenômeno estudado e relacioná-los. E a análise e interpretação dos dados obtidos sobre o envelhecimento humano foram importantes para construir o texto cerne desta pesquisa. Percebeu-se, então, que a escolha da expressão “Terceira Idade” é política e econômica; “pouco, ou quase nada, relacionada puramente à saúde (WHO, 2002; IBGE PNAD Contínua 2018 - 2019).

Neste contexto, a pesquisa foi realizada com uma amostra formada por dois grupos de idosos totalizando 20 pessoas. O primeiro grupo constituído por 10 idosos participantes de grupos da Terceira Idade e, o segundo grupo de idosos não integrantes de quaisquer grupos de atividades para a Terceira Idade.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista organizada por um roteiro contendo 11 questões estruturadas e com espaço para justificar as escolhas. As entrevistas tiveram duração entre 50 minutos e 90 minutos e foram realizadas utilizando-se a plataforma do WhatsApp por videochamadas. Essa opção se fez necessária, em razão da pandemia da Covid-19, que tem entre seus protocolos a recomendação do distanciamento social, em especial para com os idosos, durante o segundo semestre de 2021.

5. O ROTEIRO ESTRUTURADO DA ENTREVISTA

Para a realização da abordagem qualitativa é extremamente importante que a coleta dos dados dos respondentes siga passos muito parecidos, garantindo um padrão de conversa com os entrevistados. Para tanto, foi construído um roteiro estruturado para a condução da entrevista que norteia a participação do respondente e garante uma uniformidade na coleta dos dados, pois a estrutura da conversa pode ser repetida com todos os participantes.

Entretanto, mesmo com extrema atenção ao equilíbrio necessário para conduzir de modo isento e idêntico, a entrevista é realizada entre seres humanos e as respostas conduzem a diferentes conversas; houve variações de tempo e do modo de estabelecer os rumos do contato entre entrevistadora e entrevistado em razão do "clima" estabelecido para a entrevista, como ocorre profissionalmente no campo do jornalismo, no qual identifica-se a interferência no percurso da entrevista de acordo com o perfil do entrevistado, do tempo que se dispõe para realizar a entrevista e do tema da entrevista (FERRARETTO, 2014; MEDINA, 1978).

Com onze questões estruturadas e com espaço para justificar suas escolhas, o roteiro das entrevistas foi respondido a partir de uma conversa individual com cada um dos pesquisados. Antes de iniciar a videochamada para a entrevista os participantes foram contatados; a entrevistadora apresentou-se e perguntou qual dia e horário seria possível realizarem a conversa sobre acesso aos veículos de comunicação, hábitos de mídia e percepção da própria qualidade de vida.

Todas as questões foram respondidas por todos os participantes; houve a variação de expressões e do tempo utilizado pelos diversos participantes na inclusão de revelações sobre suas vidas particulares e experiências, entre 50 minutos e 90 minutos.

Para iniciar a conversa sobre o tema "Terceira Idade e acesso aos veículos de comunicação", a Questão 1 investiga se os idosos têm acesso aos Meios de Comunicação: jornais, revistas, emissoras de rádio e TV, e redes sociais; as repostas propostas são sim ou não.

Na Questão 2 foi perguntado "quais os Meios de Comunicação os respondentes têm acesso. Seis respostas estavam disponíveis aos participantes: 1) Jornal; 2) Revista; 3) Rádio; 4) TV; 5) Internet; e, 6) Outros. Quais?.

A Questão 3 investiga sobre a frequência de acesso dos idosos aos Meios de Comunicação, oportunizando respostas como: 1) Diariamente; 2) A cada dois dias; 3) 5 X por semana; 4) 3 X por semana; 5) 1 X por semana; e 6) Outra frequência. Qual?.

A Questão 4, por sua vez, procura saber quais os assuntos que os respondentes da pesquisa buscam encontrar nos Meios de Comunicação. As respostas apresentam dezesseis (16) possibilidades e oportunizam aos idosos informar outros temas editoriais que lhes interessam. Foram apresentadas as editorias: Saúde, Atualidades, Economia, Legislação, Cultura, Gastronomia, Política, Exercícios Físicos, Polícia, Mundo, Religião, Notícias Locais, Lazer, Família, Vida, e, Outras. Quais?.

Na Questão 5 foi perguntado aos participantes se os assuntos são apresentados de modo satisfatório nos Meios de Comunicação. As respostas disponíveis eram: sim ou não. Também foi solicitado que explicassem sua resposta.

Sobre a Questão 6 buscou-se identificar se os materiais jornalísticos de interesse dos idosos (citados na Questão 4) contribuem para as conversas cotidianas realizadas por eles com seus familiares e amigos. As respostas disponíveis eram sim ou não. Também foi solicitado que justificassem suas respostas.

Na Questão 7 perguntou-se aos respondentes se percebem-se desfrutando de uma melhor qualidade de vida ao interagir e conversar com outras pessoas. As respostas estruturadas são: sim e não. Solicitou-se que eles explicassem sua opção.

Para identificar se os respondentes utilizam os temas sobre os quais buscam se informar nos Meios de Comunicação (Questão 4) perguntou-se, na Questão 8, quais os assuntos eles usam nas suas conversas diárias. As respostas apresentadas são as mesma editorias jornalísticas apresentadas na Questão 4:

Saúde, Atualidades, Economia, Legislação, Cultura, Gastronomia, Política, Exercícios Físicos, Polícia, Mundo, Religião, Notícias Locais, Lazer, Família, Vida, Outros. Quais?, abrindo espaço para que indicassem outros temas.

A Questão 9 investiga se os respondentes, ao utilizar os temas sobre os quais se informaram nos Meios de Comunicação se sentem auxiliados a participar de mais conversas com seus familiares e amigos ou com outras pessoas presentes em seus cotidianos. As respostas sim ou não foram apresentadas aos idosos participantes e, depois de indicarem sua resposta, foi solicitado que explicassem como esta situação se dá em seus cotidianos.

Na Questão 10 perguntou-se aos idosos participantes desta investigação se, de alguma maneira, acessar as informações encontradas nos Meios de Comunicação lhes ajuda a conviver com outras pessoas. Sim ou não foram as respostas oferecidas aos idosos participantes além de serem solicitados a responder como eles percebem esta contribuição dos veículos de comunicação.

Na última Questão, de número 11, foi questionado aos idosos respondentes se, ao analisarem seu cotidiano, eles se percebem desfrutando de qualidade de vida.

6. A AMOSTRA

Composta por dois grupos de 10 pessoas com idade entre 65 e 85 anos, o grupo A apresenta 100% de mulheres, 70% com ensino fundamental, 30% com ensino médio ou equivalente, 90% inativas, 100% mães, 100% viúvas, residentes no município de Canoas/RS (Figura 1).

Por sua vez, o grupo B também é integrado por 10 pessoas: 50% do gênero feminino e 50% do gênero masculino, com idades entre 65 e 85 anos, 70% com ensino superior ou especialização, 70% inativos, 90% são pais ou mães, 70% são casados, 10% viúvos, 10% solteiros e 10% divorciados, residentes no município de Porto Alegre, a capital do Rio Grande do Sul, e não integram de grupos de atividade da Terceira Idade.



Figura 1: Amostra da Pesquisa

Fonte: Elaboração Própria, 2021.

7 ANÁLISE DOS DADOS

Neste artigo apresentamos apenas os resultados dos cruzamentos das respostas obtidas nas questões 4 e 8, que indicam as editorias jornalísticas de interesse dos respondentes dos dois grupos abordados (Questão 4) e a indicação dos temas daquelas editorias que eles percebem que utilizam em suas conversas cotidianas com familiares, amigos ou outras pessoas de suas convivências a fim de identificar se a Hipótese do Agendamento, na influência midiática sobre os leitores, proposta por McCombs e Shaw (1972, apud Traquina, 2000) se perfectibilizam.

7.1 EDITORIAS JORNALÍSTICAS DE INTERESSE DOS IDOSOS: "ATUALIDADES"; "MUNDO"; "SAÚDE"; "GASTRONOMIA"; "NOTÍCIAS LOCAIS"; "LAZER"; "VIDA" E "FAMÍLIA".

No grupo A, os participantes indicam como temas de interesse encontrados nos Meios de Comunicação, por ordem de preferência: "Saúde" e "Atualidades"; "Mundo" e "Família"; "Gastronomia" e "Notícias Locais"; "Vida" e "Cultura" (Figura 2). No entanto, apontam como temas usuais em suas conversas com familiares, amigos ou outras pessoas de suas convivências (Figura 3) os assuntos na ordem que segue: 1)"Saúde", "Atualidades" e "Notícias Locais"; 2)"Gastronomia", "Vida",

"Mundo", "Viagem" e "Artesanato"; 3) "Lazer" e "Cultura". Nota-se que os temas de interesse "Saúde" e "Atualidades" mantem-se entre os preferidos pelos participantes do grupo A para desenvolver conversas, acrescidos dos temas sobre "Notícias Locais", fator interessante ao considerar que todos os membros do grupo residem na mesma cidade e frequentam ao menos um mesmo grupo de atividades destinadas à Terceira Idade.

Os participantes do grupo A, revelam que se interessam por temas sobre "Mundo" e "Família". Entretanto, os assuntos relacionados ao tema "Família" desaparecem das conversas ou da lembrança dos entrevistados do grupo A, mantendo a editoria "Mundo", acompanhada dos temas "Viagem" e "Artesanato" como opção de conversas.



Figura 2: Editorias de interesse

Fonte: Elaboração Própria, 2021.

Os temas relacionados à "Gastronomia" e "Notícias Locais" são de interesse dos respondentes pertencentes ao grupo A, citados em terceiro lugar. Os assuntos envolvendo "Gastronomia" (ou Culinária) têm ocupado 80% das conversas dos participantes.

Na quarta colocação tem-se a editoria jornalística "Vida" como tema de interesse revelado pelos integrantes do grupo A. É o assunto de 60% das interações dos membros do referido grupo, ocupando a terceira prioridade das conversas.

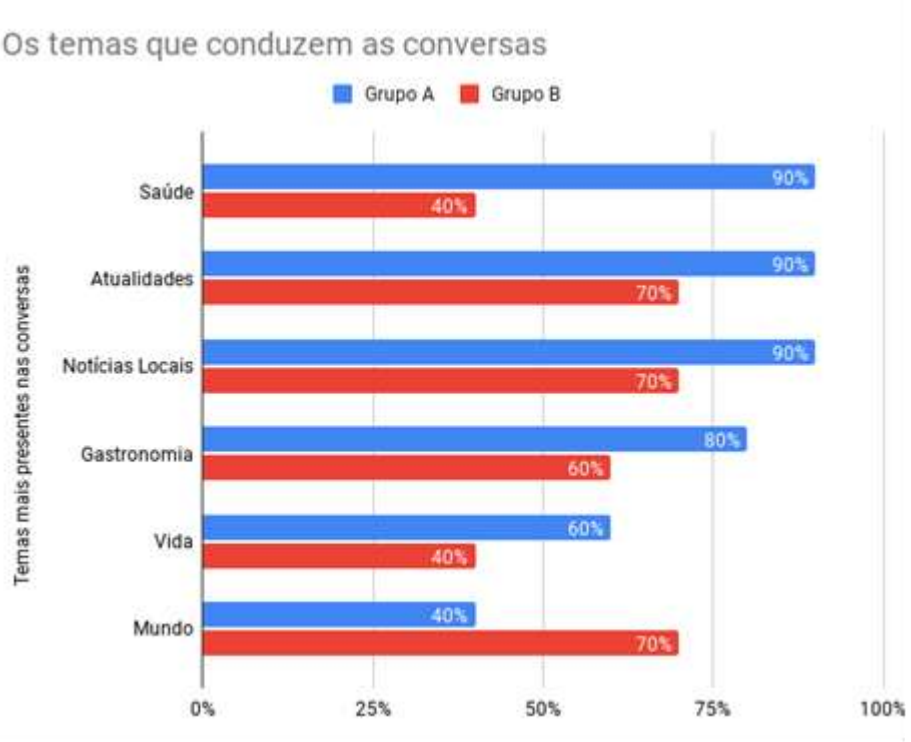


Figura 3: Temas utilizados nas conversas dos Grupos A e B

Fonte: Elaboração Própria, 2021.

O quinto item indicado pelos membros do grupo A como tema de interesse nos Meios de Comunicação é “Cultura”. Porém, apenas 30% dos integrantes do grupo A indica as editorias de “Cultura” e “Lazer” como temas de suas conversas.

Ao analisar os relatos de temas de interesse veiculados nos Meios de Comunicação pelos membros do grupo B, por ordem de preferência: encontram-se os grupos: 1)“Saúde” e “Notícias Locais”; 2) “Atualidades”, “Mundo”; “Gastronomia”; e 3)“Vida” e “Cultura”. Quando perguntados sobre os temas que utilizam em suas conversas cotidianas, os integrantes do grupo B respondem que conversam sobre, por ordem de preferência: 1) “Atualidades”, “Mundo” e “Notícias Locais”; 2)“Gastronomia” e “Cultura”; 3) “Saúde” e “Viagem”; 4) “Comércio”, “Economia” e “Vida” e 5) “Moda” e “Festas/Decoração”.

Da mesma maneira que o grupo A, os participantes do grupo B variam suas preferências por temas alternativos àqueles indicados como de interesse e os pautados em suas conversas. A primeira opção indicada para as conversas dos membros do grupo B, em sequência de prioridade são: “Atualidades”, “Mundo” e “Notícias Locais”, presentes em 70% das conversas, enquanto apenas a editoria de “Notícias Locais” (100%) é citada por todos os membros do grupo B como prioridade de interesse,

junto ao tema "Saúde" (100%). O tema "Atualidades" (80%) é a segunda editoria informada pelo grupo B como assunto de seus interesses, no entanto, está contemplada entre os temas mais conversados pelos integrantes do grupo B.

O tema "Mundo" conta com a indicação de interesse dos participantes do grupo B. Este tema também é indicado como assunto de suas conversas cotidianas, ocupando o primeiro patamar junto a temas como "Notícias Locais" e "Atualidades". Inclusive, pode-se afirmar que 100% dos respondentes informaram assistir telejornais e programas no estilo revista para se informar sobre notícias e conhecer opiniões de apresentadores e comentaristas de emissoras locais de Porto Alegre/RS.

"Gastronomia" é a editoria de interesse citada por 50% dos pesquisados. Entretanto, 60% das conversas desenvolvidas pelos integrantes do grupo B, que informam utilizá-la como pauta para suas conversas com familiares, amigos ou com outras pessoas de seus convívios. "Gastronomia" (ou Culinária) apresenta-se como um saber intrínseco, tradicional, familiar e mais amplo do que os conteúdos aproveitados a partir das publicações nos Meios de Comunicação, coincidindo com revelações de receitas de famílias, citadas pelos participantes durante as entrevistas à investigadora.

"Vida" e "Cultura" também foram referidas por participantes do grupo B como editorias de interesse. Nas conversas dos membros do grupo B cotidianamente, assuntos sobre "Cultura" integram as conversas de 50% dos pesquisados; "Vida", por sua vez, perde espaço nas conversas dos participantes do grupo B e ocupa a quarta indicação junto a temas como "Viagem", "Comércio", "Economia" e "Saúde", a mais relevante informação encontrada entre os temas conversados. Os integrantes do grupo B informam que Saúde é um dos assuntos que interessam a todos os pesquisados, mas apenas 40% afirmam que conversam sobre "Saúde".

Os diálogos que abordam assuntos relativos à "Moda" e "Festas/Decoração" indicados por 30% dos participantes do grupo B como pertencentes as suas conversas cotidianas, não aparecem como temas de interesse nas publicações dos MC entre os cinco primeiros temas apontados pelos respondentes do mesmo grupo. Entretanto, são mais citados do que temas como "Ciência e Tecnologia", "Legislação" e "Esporte", que foram registrados com 10% dos interesses dos integrantes do grupo B.

Este aspecto desperta a atenção do grupo de pesquisadores pois o público gaúcho é reconhecido por sua audiência esportiva através desses veículos de comunicação. No Rio Grande do Sul, conforme dados encontrados na Wikipédia (s/d) existem 422 emissoras de Rádio outorgadas pela ANATEL, e muitas delas transmitem programas voltados ao Esporte, algumas, inclusive, especializadas em conteúdos sobre os Clubes de Futebol Grêmio FootBall Porto Alegrense e Sport Clube Internacional,

como a Rádio Grenal, da Rede Pampa de Comunicação. Apenas a Rádio Grenal conta com 73 retransmissoras ao vivo para as jornadas esportivas. No estado do RS são 40 retransmissoras unicamente da Rádio Grenal de Porto Alegre, conforme informações disponíveis no *site* da Rede Pampa, grupo detentor da Rádio Grenal.

8.RESULTADOS

O cruzamento das informações coletadas nas questões 4 e 8 do roteiro estruturado para a entrevista aponta que: 1) nem todos os temas de maior interesse individual dos membros dos grupos A e B se refletem diretamente em suas conversas cotidianas; 2) que o percentual informado pelo grupo A, participantes de grupos de atividades da Terceira Idade, sobre os temas de interesse publicados nos Meios de Comunicação são mais próximos e apresentam índices mais altos de utilização nas conversas cotidianas. 3) que o grupo B, idosos que não participam de grupos da Terceira Idade, preocupa-se mais em inserir temas como “Economia” e “Comércio” e “Moda” (40%), “Festas/Decoração” (30%) em suas conversas diárias. Estes temas não aparecem entre os cinco primeiros assuntos citados pelos integrantes do grupo A; 4) que o grupo A conversa ou troca mensagens através do aplicativo *WhatsApp* cotidianamente sobre os assuntos: “Saúde”, “Atualidades” e “Notícias Locais” (90%). Já os membros do grupo B, trazem os temas “Atualidades” e “Notícias Locais” (70%) e “Saúde” (40%). Este resultado pode estar relacionado à participação dos membros do grupo A em grupos de atividade dedicados à Terceira Idade, onde são incentivados a participar de atividades lúdicas e de expressão corporal através de encenações e de produções artísticas e musicais em grupos, como o canto coral e as oficinas de teatro e literatura, por exemplo; 5) ao entrevistar pessoas com perfis diversos entre si é visível verificar que os integrantes do grupo A, que realizam atividades em conjunto e dividem algumas tardes da semana com outros membros de grupos dedicados à Terceira Idade são mais fáceis de abordar, sentem-se mais integrados aos grupos sociais que frequentam, sejam de familiares ou de amigos/colegas. Ainda que sofram com algum desgaste físico (muitos relatam problemas de saúde) procuram mostrar-se animados e gratos pela vida e por haverem superado perdas familiares (cônjuges ou filhos); 6) Também foi relevante a fala de alguns entrevistados do grupo A relativa à importância da independência e da autogestão neste momento mais sombrio e delicado da trajetória da vida, bem como de serem ou de sentirem-se atuantes diariamente, estando em acordo com os textos consultados para construir o projeto de pesquisa (FLECK, que deu origem a este trabalho; ARANTES, 2009; GONÇALVES; GROENWALD, 2005; PASCHOAL, 2006; VERAS, 2009 e GIUSTI, 2014).

Os primeiros resultados encontrados revelam que:

1) Os idosos participantes da pesquisa informaram que utilizam parcialmente os assuntos publicados nas Editorias Jornalísticas de seus interesses encontrados nos Meios de Comunicação para estabelecerem suas conversas cotidianas com familiares e/ou amigos e para ampliar suas interações sociais;
2) Os assuntos desenvolvidos por Editorias Jornalísticas indicadas pelos idosos participantes desta pesquisa como de seus interesses coincidem parcialmente com os temas que estes mesmos idosos utilizam em suas conversas cotidianas com seus familiares e/ou amigos, ampliando suas inserções nos grupos e alargando a própria percepção da qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES

Os Meios de Comunicação servem de apoio aos idosos pesquisados para pautarem suas conversas com familiares e/ou amigos ampliando sua participação e inserção nos grupos sociais dos quais participam.

Nesta pesquisa encontramos muitas editorias jornalísticas que interessam aos membros da Terceira Idade, entretanto, nem sempre o aprofundamento apresentado pelos veículos de comunicação satisfaz aos grupos pesquisados. Com esses resultados entende-se que a Hipótese do Agendamento, desenvolvida em 1972 por McCombs; Shaw (TRAQUINA, 2000) se realiza parcialmente junto aos grupos da Terceira Idade pesquisados

Destinar atenção aos integrantes da Terceira Idade e a modelos que lhes contribuam cotidianamente e auxiliem na integração deles nos grupos sociais que participam, poderia ser um caminho para novos enfoques em matérias e reportagens jornalísticas bem como para a propositura de novos formatos de programas de Rádio e TV, mantendo-os como audiências específicas e fiéis.

É importante que as Mídias percebam que o nicho da Terceira Idade é um público importante enquanto audiência dos Meios de Comunicação, ainda que utilizem-se de diversos meios de comunicação tradicionais como Televisão, Rádio, Jornais Impressos e Revistas, porém, enriquecem suas buscas por informações procurando dados em outros veículos digitais, o que nos faz perceber a plena validação da Teoria da Complementaridade dos Canais proposta por Dutta-Bergman (2004) e ampliada pelas observações sobre a busca por temas relativos à saúde estudados por Ruppel e Rains (2012).

Uma atitude inteligente dos gestores das diversas Mídias seria considerar a opinião dos idosos sobre a percepção das editorias e das apresentações dos conteúdos, bem como observar que os veículos de

comunicação ao contribuírem para a inserção dos idosos nos grupos sociais colaboram também com a percepção individual da própria qualidade de vida dos membros da Terceira Idade dos grupos pesquisados.

REFERÊNCIAS

ARANTES, R. P. G. Imagem e ação: idoso e lazer na mídia. In: Revista Kairós, São Paulo, Caderno Temático nº. 6, p. 88 – 101, 2009.

BOGDAN, R. Introdução aos métodos de pesquisa. Porto/PT: Porto Editora, 1994.

DUTTA-BERGMAN, M. J. interpersonal communication after 9/11 via telephone and internet: A theory of channel complementaity. In: New Media & Society, v. 6, nº. 5, pp: 659 – 673. [octobre 2004] Thousand Oaks, CA: SAGE Publications London. Disponível em:

https://jouenals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/146144804047086 [DOI:

10.1177/146144804047086] . Acesso em: 15. jul. 2021.

FERRARETTO, L. A. Rádio: teoria e prática. São Paulo: Summus, 2014.

FLECK, M. P. de A. et al. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P de A.. et al. (Org.). A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIUSTI, P. H. A normalização do idoso na mídia impressa: provocações foucaultianas. In: Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade, Salvador, v. 23, nº. 42, pp. 173 – 185, jul/dez. 2014.

GONÇALVES, A. K.; GROENWALD, R. M. F. (Orgs.). Qualidade de vida e estilo ativo no envelhecimento. Porto Alegre: Novo Tempo/Evangraf: 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Expectativa de vida era de 76,6 anos, 2019. Disponível em: https//agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos . Acesso em: 12. jul. 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua (2018-2019). Informações sobre o País e a população numa linguagem simples. Disponível em:

https://educa.ibge.gov.br/jovens/matérias-especiais/20787-uso-de-internet-televisao-e-celular-no-brasil.html . Acesso em: 11. jun.2021.

McCOMBS, M. E.; SHAW, D. L. A função do agendamento dos media, 1972. In: TRAQUINA, N. O poder do jornalismo: análise e textos da teoria do agendamento. Coimbra: Minerva, 2000.

MEDINA, C. de A. Entrevista: o diálogo possível. São Paulo: Contexto, 1990.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V ET AL. Tratado de geriatria e gerontologia. Cap. 14, p. 147 – 153. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RAUEN, F.J. Roteiros de investigação científica. Tubarão: Unisul, 2002.

RÁDIO GRENAL – REDE PAMPA. Com 73 retransmissoras, Rádio Grenal transmite jornadas esportivas em todo o mundo. Disponível em: https://www.redepampa.com.br/com-73-retransmissoras-radio-grenal-transmite-jornadas-esportivas-em-todo-mundo/ . Acesso em: 24. ago. 2021.

RUPPEL, E.K.; RAINS, S.A. Information Sources and the Health Information-Seeking Process: an Application and Extension of Channel Complementarity Theory, Communication Monographs, v. 79, nº. 3, pp.: 385 – 405, 2012 [July.05.2012] ISSN: 1479-5787 (Online), Routledge Taylor and Francis Group. DOI: 10.1080/03637751.2012.697627], Disponível em:

http://dx.doi.org/10.1080/03637751.2012.697627, Acesso: 15. jul. 2021.

TRAQUINA, N. O poder do jornalismo: análise e textos da teoria do agendamento. Coimbra: Minerva, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. In: Revista de Saúde Pública, v. 43, nº. 3, p. 548 – 554, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO -. Active Ageing – A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, April, 2002.

WIKIPEDIA. Lista de emissoras de rádio do Rio Grande do Sul. Disponível Em: https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Lista_de_emissoras_de_r%C3%A1dio_do_Rio_Grande_do_Sul#:~:text+Esta$20%C3%A9%20uma%20lista%20das,no%20caso520das%20emissoras%20FM). Acesso em: 24. ago. 2021.

Capítulo 3

10.37423/220505800

OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE MOTO COM ESTUDANTES DE UM MUNICÍPIO DO CURIMATAÚ PARAIBANO

Caio Cezar Silva Spinelli — *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Cuité/PB*

Isolda Maria Barros Torquato — *Universidade Federal da Paraíba*

Francisco de Assis Coutinho Pontes Júnior — *Universidade Federal da Paraíba*

Valdicleia da Silva Ferreira Torres — *Faculdade de Enfermagem Nova Esperança*

Ana Elza Oliveira de Mendonça — *Universidade Federal do Rio Grande do Norte*

Bernadete de Lourdes André Gouvéia — *Universidade Federal de Campina Grande*

Adriana Montenegro de Albuquerque — *Universidade Federal de Campina Grande*

Resumo: Objetivo: Caracterizar as ocorrências de acidentes por moto entre discentes de enfermagem na região do Curimataú Paraibano de uma instituição de ensino superior. Método: pesquisa qualitativa, exploratória, com 162 discentes de enfermagem. Aplicou-se instrumento composto de dados sóciodemográficos e questões objetivas sobre acidentes de motos. Coletou-se entre agosto a setembro de 2015. Analisaram-se os dados e apresentados em formas, de tabelas com números absolutos e percentuais. Obteve-se aprovação sob parecer nº 1.337.976. Resultados: evidenciou-se predominância do sexo feminino, que não possuíam Carteira Nacional de Habilitação e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Observou predomínio dos acidentes em áreas urbanas, atendidas por pessoas leigas e com lesões do tipo escoriações nas regiões dos membros inferiores. Conclusão: Constatou-se que alguns participantes sofreram acidente de moto, com uso de capacete, ingestão de bebida alcoólica e nenhum utilizou drogas ilícitas.

Descritores: Acidentes com motocicletas; Atendimento Pré-Hospitalar; Discentes; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito representam um grave problema de saúde pública por ocuparem a nona posição entre as principais causas de morte no mundo. No contexto nacional, esses eventos constituem a segunda causa de morte não evitável, levando o Brasil à terceira colocação mundial entre os países em que mais há mortes por acidentes de trânsito (WHO, 2015).

Apesar dos dados alarmantes, o Ministério da Saúde (MS) vem assumindo liderança nas ações de vigilância e prevenção de lesões e mortes provocadas pelo trânsito, de promoção da saúde e cultura de paz por meio das políticas nacionais, conforme Portaria nº 936/2004 (BRASIL, 2004; NETO et al., 2012). Devido ao seu impacto na saúde das vítimas, se faz necessário maior atenção pós-acidente, propiciando uma reabilitação precoce, além do desenvolvimento de estratégias de conscientização e prevenção de acidentes com motocicletas.

Sabe-se que o atendimento pré-hospitalar realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, amplamente conhecido como SAMU, é executado por equipes de suporte básico ou avançado de vida, com as orientações repassadas pela regulação médica (LUCHTEMBERG et al., 2014). Para tanto, encontram-se disponíveis cursos de Suporte Avançado de Vida em cardiologia, trauma, atendimento pré-hospitalar (APH), em suporte básico e avançada de vida, e outros. Destaca- se que esses cursos têm por objetivo colocar o enfermeiro frente a situações inesperadas, no qual exige alto nível de resolutividade para o cuidado do paciente. Para atuar em APH, faz-se necessário que os enfermeiros se preparem adequadamente, por meio de especialização ou aperfeiçoamento cada vez mais exigente.

Dispõem-se no artigo 1º da Resolução nº 375/2011 do Conselho Federal de Enfermagem a obrigatoriedade da presença do enfermeiro nas unidades móveis de APH e em situações de risco. (COFEN, 2011). Corroborando, reforça-se que enfermeiros que atua no APH móvel cumprem protocolos específicos do Ministério da Saúde e mostrou-se devidamente preparados e seguros em relação às condutas, com poder de decisão e qualidades técnicas eficientes para o atendimento das vítimas (COSTA et al., 2016).

Diante o exposto, conclui-se em pesquisa que o enfermeiro é participante ativo e indispensável na equipe de APH móvel, sendo necessário ser um profissional capacitado, ter conhecimento para agir de maneira eficiente, estar preparado para enfrentar situações inesperadas, ter capacidade de tomar decisões imediatas com respostas rápidas para cada atendimento (MONTEIRO; BRASILEIRO, 2018).

Assim, o Código de Trânsito Brasileiro determinou o uso de equipamentos de proteção individual (capacete, jaqueta com estrutura que proteja a coluna cervical, luvas, calças, botas e a antena corta linha) para o condutor de moto. Pressupõe-se que a falta desses equipamentos pode acarretar em uma gravidade no caso de acidentes, e não por serem meramente itens adicionais ou complementares de segurança (BRASIL, 2012).

Evidencia-se que o uso do capacete acarreta benefícios ao usuário de moto, no qual se evita traumatismo crânio encefálico, fraturas cervicais, e previne a ocorrência elevada de ferimentos no pescoço. Portanto, relaciona-se o baixo uso de capacete com os altos índices de lesão de crânio e de face (RODRIGUES et al., 2014).

Acredita-se que o atendimento rápido e ágil resulta em uma maior sobrevida a vítima, no qual os profissionais que atuam em urgência necessitam de conhecimento teórico-prático em relação ao atendimento pré-hospitalar.

A justificativa para a realização da presente pesquisa respalda-se na necessidade em identificar as variáveis que favorecem a ocorrência de acidentes numa localidade cujos índices são elevados, pois trata-se de uma cidade universitária em expansão, que não possui transporte coletivo e cujo meio principal de locomoção principal é a motocicleta.

Ademais, a caracterização e identificação dos fatores que potencializam os acidentes podem auxiliar para o planejamento, por parte de gestores, de ações educaticas futuras junto a população com o propósito de prevenir novos acidentes e vítimas fatais.

Objetivou-se caracterizar as ocorrências de acidentes por moto entre discentes de enfermagem na região do Curimataú Paraibano de uma instituição de ensino superior.

METODOLOGIA

Pesquisa de campo, exploratória, de abordagem quantitativa realizada no Campus Universitário da cidade de Cuité, localizada no Curimataú Paraibano.

Elegeram-se critérios de inclusão: alunos condutores da moto ou passageiros; ter idade igual ou superior a 18 anos; se sofreram algum tipo de acidente com lesão o ou não. E, excluídos os discentes menores de idade inferior a 17 anos; discentes com licença ou atestado médico prolongado, que não estavam em sala de aula no momento da aplicação do questionário, os discentes do 9º e 10º período

devido estarem em outro ambiente fora da instituição por causa do Estágio Supervisionado I e Estágio Supervisionado II.

Mediante estabelecimento dos critérios supracitados compuseram a amostra 162 alunos do 1º ao 8º período dos 276 discentes do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Cuité.

Utilizou-se o instrumento composto de duas partes distintas: a primeira referiu-se aos dados sóciodemográficos, e questionou-se sobre o sexo, faixa etária, estado civil, período de curso, ocupação profissional e qual é a área, se apresenta deficiência física, procedência e renda mensal familiar.

Acrescentou-se na segunda parte 18 questões objetivas como: fazia uso de capacete; riscos de acidente; ingeriu bebida alcoólica; consumiu droga ilícita; aconteceu algum acidente nos últimos 12 meses; teve lesão mais grave; qual área corporal lesada (cabeça, face, pescoço, tórax, abdome, coluna, pelve, membros superiores e membros inferiores, e outros); qual o tipo de lesão (fratura, ferimento, luxação, escoriações (arranhões); hematoma (roxo); esmagamento; lacerações (cortes); amputação de membro; lesão medula; traumatismo craniano; pneumotórax e hemotórax, onde foi prestada a primeira assistência (pré-hospitalar ou hospitalar), se utilizava os equipamentos de proteção individual (capacete, jaqueta, uvas, bota), se o discente tem conhecimento de como realizar de forma correta um atendimento, e quantos dias o discente faltou à faculdade por causa do acidente.

Coletaram-se os dados no período de agosto a setembro de 2015, por meio da aplicação de um questionário em sala de aula, com a permissão do docente nos períodos selecionados. Considera-se que todas as respostas foram individuais, sigilosas para legitimar de forma concreta as amostras coletadas, sem interferência do pesquisador. Assim, ocorreu-se a devolução do questionário após o preenchimento e entrega imediata ao pesquisador.

Solicitou-se, aos discentes da pesquisa, que concedessem anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para a garantia do anonimato e sigilo.

Analisaram-se os dados de forma descritiva e utilizou-se de variáveis na forma de tabelas contendo as frequências absolutas (n) e relativas (%). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer de nº 1.337.976.

RESULTADOS

Avaliaram-se, nesta pesquisa, 162 discentes do Curso de Bacharelado de Enfermagem constituído do 1º ao 8º período. Identifica-se nas características sociodemográficas idade com variação entre 18 a 25 anos acima, e maior índice 74 (45,7%) alunos entre 20 aos 22 anos. Revela-se prevalência feminina, com 134 (83,7%), enquanto masculino 28 (17,3%).

Expõem-se, na tabela 1, a seguir, os dados do estado civil 147 (91%) solteiros, 36 (22,2%) procedentes da cidade de Cuité, localização da instituição federal, cidades circunvizinhas (Pícuí, Nova Floresta) com nove (5,5%), três (1,8%) de Campina Grande e destaca-se 105 (65%) de outros estados (Rio Grande do Norte, Pernambuco, Maranhão, Ceará, Bahia e outros).

Identifica-se que 131 (81%) não possuíam carteira nacional de habilitação (CNH), e 62 (38,3%) utilizavam a moto como meio de transporte, mas como passageiro.

Evidencia-se que 136 (84%) não tinham ocupação profissional e 26 (16,0%) atuavam, porém a maioria não relatou quais ocupações.

Verifica-se que a renda familiar entre um a dois salários mínimos foi de 97 (59,8%) e 100% dos discentes não apresentavam deficiência física.

Tabela 1 – Dados Sóciodemográficos dos discentes de enfermagem do curso de bacharelado em enfermagem do 1º ao 8º período. Cuité (PB), Brasil, 2016.

VARIÁVEIS		**n = 162**	
		n	**%**
Sexo	Masculino	28	17,3
	Feminino	134	83,7
Faixa Etária	18 – 19 anos	41	25,3
	20 – 22 anos	74	45,7
	23 – 25 anos	31	19,1
	Acima de 25 anos	16	9,9
Estado Civil	Casado	11	6,8
	Solteiro	147	90,7
	Outros	04	2,5
Procedência	Cuité	36	22,2

	Nova Floresta	09	5,5
	Picuí	09	5,5
	Campina Grande	03	1,8
	Outros	105	65,0
Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH)	SIM	31	19,0
	NÃO	131	81,0
Utiliza Moto	SIM como condutor	51	31,5
	Sim como passageiro	62	38,3
	NÃO	49	30,2
Ocupação Profissional	SIM	26	16,0
	NÃO	136	84,0
Renda Familiar - salário mínimo	1 - 2	97	59,8
	3 – 6	62	38,3
	7 – 10	03	1,9
Deficiência Física	SIM	00	00
	NÃO	162	100

Faz-se referência na tabela 2, as variáveis sobre bebida alcoólica, drogas ilícitas, acidente de moto, conhecimento de primeiros socorros ou se prestou algum socorro relacionado a acidente de moto durante a graduação do Curso de Bacharelado de Enfermagem.

Tabela 2 – Distribuição quanto ao uso de bebida alcoólica, drogas ilícitas relacionadas a acidentes de moto com discentes de Enfermagem (n = 162). Cuité (PB), Brasil, 2016

VARIÁVEIS	**n**	**%**	**n**	**%**
1. Já fez uso de bebida alcoólica, enquanto conduzia a motocicleta?	32	19,7	130	80,3
2. Já fez uso de drogas ilícitas, enquanto conduzia a motocicleta?	02	1,3	160	98,7
3. Nos últimos 12 meses sofreu acidente conduzindo a motocicleta?	14	8,7	148	91,3

4. Nos últimos 12 meses sofreu algum tipo de acidente como passageiro?	12	7,7	150	92,3
5. Tem conhecimento de como é realizado os primeiros socorros?	92	56,8	70	43,2
6. Já prestou primeiros socorros relacionados a acidente de moto?	32	19,7	130	80,3

Nota-se que 32 (19,7%) e 2 (1,3%) discentes fazem uso de bebidas alcoólicas e drogras ilícitas, respectivamente. Verifica-se que 148 (91,3%) não sofreram nenhum tipo de acidente envolvendo moto quando condutor, mas 12 (7,7%) afirmaram sofrer acidente quando estavam de passageiro na moto, 92 (56,8%) tem conhecimento de primeiros socorros e 32 (19,7)% prestou socorro em acidente de moto.

Destacam-se, na tabela 3, as variáveis sobre a utilização de equipamentos de proteção individual, tipo capacete; como condutor ou passageiro de moto, e se fazia uso de bebida alcoólica e drogas ilícitas, para os discentes que tem utilizam esse meio de transporte.

Tabela 3 – Distribuição dos acidentes relacionados à utilização de capacete, álcool e drogas ilícitas com discentes de enfermagem (n = 162). Cuité (PB), Brasil, 2016.

VARIÁVEIS	**n**	**%**	**n**	**%**
7. Utilizava capacete durane o acidente como condutor?	07	30,5	16	69,5
8. Utilizava capacete durante o acidente como passageiro?	04	20	16	80
9. Fez uso de bebida alcólica antes do acidente?	06	20,7	23	79,3
10. Fez uso de drogas ilícitas antes do acidente?	--	--	29	17,9

Registra-se um escore de 7 (30,5%) discentes que utilizaram capacete durante o acidente quando condutor da moto e 16 (80%) não faziam uso do equipamento de proteção individual quando passageiro.

Ressalta-se que um dos principais motivos de acidentes é a combinação do álcool com a condução da moto que resultou em seis (20,7%). Em relação a drogas ilícitas os 162 (100%) da amostra responderam que não utilizavam nenhum tipo de droga ilícita antes do acidente, destes obtive-se resposta de 29 (17,9%) discentes.

Faz-se referência na tabela 4 as variáveis: nível do risco de acidente com motocicletas, localidade do acidente, onde e quem realizou os primeiros socorros, local do atendimento após o acidente, principais áreas afetadas, tipo de lesão, quantos dias o discente ausentou-se da Universidade e os equipamentos de proteção individual utilizado.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis sobre acidentes de moto com discentes de enfermagem (n = 162) do 1º ao 8º período. Cuité (PB), Brasil, 2016.

VARIÁVEIS		n	%
11. Para você qual é o risco de se acidentar de motocicleta?	Alto	105	64,8
	Médio	41	25,3
	Baixo	16	9,9
12. Onde ocorreu o acidente de moto?	Na cidade (em via pública)	19	11,7
	Na estrada (BR) e Zona Rural	07	4,3
13. Onde foi prestada a primeira	No local do acidente por pessoas leigas	12	46,2

assistência de saúde?	No local do acidente pelo SAMU	1	3,8
	Outro (residência)	13	50,0
14. Para onde você foi levado, após o acidente?	Hospital Público	10	38,5
	Outro (Residência)	16	61,5
15. Qual a área corporal lesada?	Membros Inferiores	25	15,4
	Membros Superiores	06	3,7
	Cabeça e coluna	10	6,2
16. Qual o tipo de lesão que você teve no acidente?	Ferimento (escoriação, laceração)	30	18,5
	Luxação e hematona	15	9,3
17. No último ano, você faltou à faculdade quantos dias por causa do acidente de moto?	Nenhum	158	97,5
	1 a 3 dias	04	2,5
18. Quais os equipamentos de proteção individual que você utiliza quando está conduzindo uma moto?	Capacete	145	89,5
	Equipamentos proteção individual	16	9,9
	Antena corta linha	01	0,6

Evidencia-se escore alto em risco de acidentes de moto com 105 (64,8%), seguidos do risco médio e baixo com índices de 41 (25,3%) e 16 (9,9%), respectivamente. Identifica-se que os acidentes ocorreram na cidade em via pública com 19 (11,7%), 12 (3,8%) foram atendidos no local do acidente, somente um (3,8%) pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e 13 (50,0%) em suas residências.

Verifica-se que 10 (6,2%) dos acidentados foram encaminhados para o hospital público e a maioria 16 (9,9%) foram conduzidos para suas residências. Destaca-se os membros inferiores com 25 (15,4%), membros superiore e cabeça com 6 (3,7%) e 10 (6,2%), respectivamente em relação as áreas corporais atingidas.

Constatam-se lesões como ferimentos do tipo escoriação e laceração em 30 (18,5%) e luxação e hematoma em 15 (9,3%) dos discentes de enfermagem. Evidencia-se que 158 (97,5%) não faltou a universidade por causa de acidente de moto e 4 (2,5%) entre um a três dias de afastamento.

O uso de capacete foi observado em 145 (89,5%) discentes e outros equipamentos de proteção individual (luva, bota, jaqueta) por 16 (9,9%). Enfatiza-se que a antena corta linha foi utilizada por um (0,6%) discente.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados da tabela 1, confirmam-se os dados sociodemográficos em estudo observacional, descritivo e retrospectivo, com fichas de emergências, composto de 124 vítimas de acidentes motocicletas com traumatismo crânio encefálico, entre abril de 2010 a janeiro de 2014, com predominância do sexo masculino 102 (82%), faixa etária entre 21 a 30 anos, dos quais

75 (60,48%) alcoolizados, 16 (13%) fizeram uso de drogas ilícitas e 119 (96%) não utilizavam capacete e não eram habilitados (ALBUQUERQUE et al, 2016).

Identifica-se em pesquisas com prevelência dos 16 aos 30 anos, homens, adolescentes e adultos jovens, em idade produtiva (RODRIGUES et al., 201; SAMPAIO et al., 2019) e outro estudo com variação entre 12 a 61 anos, média 34,4 anos (DP=10,1), sexo masculino (78,9%) envolvendo motocicletas (48,9%) (SANTOS et al., 2016). Já em estudo transversal, com vítimas de acidentes de trânsito que apresentaram TCE, com destaque aos condutores de moto (83,3%), do sexo masculino, solteiros, entre 20 a 29 anos, renda familiar de 1 a 2 salários, alcoolizados, sem usar capacete (MARINHO et al., 2019).

Ademais pesquisa realizada com acidentado de moto corrobora apresentando a caracterização da por média de idade entre 32,5 anos, 75% sexo masculino, 59,5% solteiros, 53,8 com habilitação, 7,7% fez uso de bebida alcoólica, e 38,5% se acidentaram com passageiros (REIS et al., 2017).

Outra pesquisa epidemiológica de base populacional sobre acidentes de trânsito, na cidade de Jequié, interior da Bahia que apresentaram diferenças nas proporções de acidentes de acordo com o tipo de condutor. Ressalta-se que entre os motociclistas, a incidência foi maior para aqueles que não convivem com cônjuge ($p < 0,001$), associação ao nível de instrução ($p = 0,034$), ocupação laboral (p

$= 0,026$) e renda ($p = 0,002$), com maiores proporções para os que apresentavam nível superior completo (11,4%), que trabalhavam (9,5%) e tinham maior renda bruta mensal (12,1%) (RIOS et al., 2019).

Verifica-se outro estudo com estudantes de enfermgem um perfil jovem na faixa etária entre 20 a 24 anos (50%), no entanto a idade média variou de 22 anos em quatro instituições públicas para 26 e 27 anos nas instituições privadas (BUBLITZ et al., 2015). A presença de acadêmicos jovens nos cursos de Enfermagem pode estar relacionada com o incentivo do governo brasileiro ao ingresso no ensino superior.

Além dessas pesquisas, estudo realizado no Hospital Municipal de Imperatriz/MA afirma que das 112 vítimas de acidentes com motocicletas, 62,5% não eram habilitados para conduzir, por não apresentar a carteira nacional de habilitação (CNH). Deduz-se que a deficiência da fiscalização sobre as condutas da legislação de trânsito refletirá no aumento de acidentes por não impedir condutores não habilitados à condução (CHAVES, et al, 2015).

Quanto aos resultados da tabela 2, ressalta-se que o atendimento dos primeiros socorros ocorra por meio de técnicas básicas com a finalidade de manter as funções vitais da vítima prestados no local da ocorrência. Sabe-se que qualquer pessoa pode contribuir com a ajuda imediata, mesmo sem possuir conhecimentos técnicos de primeiros socorros, pois socorrer não se resume basicamente em realizar os procedimentos, mas avaliar o local, ver se não existe algum indício que possa colocar em risco a vida da vítima, e outros (FILHO, et al, 2015).

Confirmando os dados apresentados na tabela 3, pesquisa realizada com 80 vítimas, destaca que no momento do acidente 25 (31,2% fizeram uso de bebida alcoólica e 55 (68,7%) estavam sóbrios, 57 (71,2%) não usavam capacete. Informações preocupantes, no qual considera-se o uso do capacete um item obrigatório para poder conduzir motocicletas, tanto para o piloto, quanto para o passageiro (SOARES, et al., 2015). Avalia-se o uso do capacete em pesquisa transversal com apenas 26,7% (MARINHO, et al., 2019).

Enfatiza-se a necessidade de promover ações com programas de conscientização, educação no trânsito e formação de condutores, destinados aos motociclistas, maior fiscalização nas vias públicas e punição adequada aos infratores (REIS et al., 2017; SAMPAIO et al., 2019).

Averigou-se em estudo retrospectivo, quantitativo, transerval com amostra por 2.365 registros de atendimentos documentados em prontuários, que o uso de álcool e drogras ilícitas não foram as causa de acidentes envolvendo motocicletas (SAMPAIO et al., 2019).

Corroborando com a tabela 3, pesquisa identifica que os motociclistas apresentaram o dobro do risco de envolvimento em acidentes (RI = 2,03; IC95% 1,40 - 2,94) e maiores proporções de lesões (p <

0,001), de interrupção de atividades habituais de vida (p = 0,003) e, consequentemente, de atendimento em serviços de emergência com p = 0,008 (RIOS et al., 2019). Já em estudo quantitativo, descritivo e transversal, com 61 pacientes de terapia intensiva verificou-se que 72,5% sofreram acidente motociclístico com trauma, eram do sexo masculino (80,3%) e 72,1% jovem com menos de 40 anos (ISRAEL et al., 2019).

Analisou-se estudo realizado no serviço de emergência na cidade de Picos (PI) com uma amostra de 80 vítimas, em que o atendimento aos motociclistas acidentados foi feito por populares presentes no momento do acidente, com 44 (55%) dos casos, em seguida, 17 (21,2%) dos acidentados foram socorridos pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) (SOARES et al, 2015). Destaca-se outra pesquisa com 45,6% atendidas pelo SAMU, 44,4% por ambulâncias de hospitais do interior e 10% por familiares (MARINHO et al., 2019). Ressalta-se que os primeiros socorros são de extrema importância na sobrevida da vítima acidentada, principalmente, se atendidas por profissionais de saúde qualificados e não por pessoas leigas.

Para tanto, enfatiza-se a relação das unidades de pronto atendimento (UPA) como uma das opções para o encaminhamento de vítimas de acidentes de moto com escore de 98 (17,4%), no qual analisou-se 564 prontuários de motociclistas atendidos no hospital. Demonstra-se nesse resultado a mudança na rede de assistência às emergências na cidade Recife/PE, com a implantação das UPA (BARROS et al, 2015).

Ressalta-se que uma das principais áreas corporais acometidas pelas vítimas no estudo (SOARES et al., 2015) foram os membros inferiores com 45 (56,2%), e 17 (33,7%) dos entrevistados possuíam lesão nos membros superiores, somente 3 (3,7%) com lesões na cabeça dos 80 analisados. Além disso, enfatiza-se que a 50% dos participantes possuíam o lado esquerdo lesado, no qual mostra-se uma possível predisposição para lesões nesse lado.

Além dessas pesquisas, Infere-se em outro estudo que o uso dos dispositivos de segurança com o capacete, deve se tornar uma rotina na vida do condutor. Sabe-se que ações de prevenção devem ser implementadas por todos os indivíduos, especialmente os condutores de motocicleta, os quais apresentam alto percentual de envolvimento em acidentes de trânsito (SANTOS et al., 2016).

Evidenciou-se que o maior percentual de acidentes de trânsito foi por atropelamento, demonstrando-se que as colisões afetam homens jovens, no período noturno, e que a maioria das vítimas não utilizava capacete nas colisões automobilíticas com motocicletas (ALMEIDA et al., 2017). Observa-se em outro estudo que a porcentagem de acidentados decresce à medida que o grau de instrução aumenta,

permitindo concluir que, quanto maior o grau de instrução, mais habitual torna-se o uso de EPI (CHAVES et al., 2015).

Assim, diante do exposto, otimizar e direcionar as campanhas de educação sobre o trânsito, bem como a importância do uso dos equipamentos de segurança e a fiscalização no trânsito, além de intervenção em casos de violência urbana para garantir, a todos os cidadãos, vias públicas com boas condições para o tráfego, a segurança e a diminuição da morbimortalidade por traumatismo craniano é uma estratégia fundamental para a minimização de sequelas e óbitos por acidentes de trânsito (ISRAEL et al., 2019).

CONCLUSÃO

Constatou-se um panorama das ocorrências de acidentes de moto com discentes, do 1º ao 8º período, do curso de Bacharelado em Enfermagem, de uma instituição federal, Campus Cuité, em expanção no interior da Paraíba, no qual, não é de hoje, que os acidentes de moto fazem inúmeras vítimas, inclusive universitários da área de saúde.

Observou-se que o excesso de velocidade, a falta de habilitação, de equipamentos de proteção individual, combinado com a ingestão do álcool são os principais fatores de risco para um acidente acontecer, inclusive com estudantes da saúde.

Destaca-se que felizmente, houve baixo índice de acidentes de moto com discentes de enfermagem. Constatou-se que apenas 29 (17,9%) sofreram acidentes enquanto conduzia a moto ou estavam como passageiro nos últimos 12 meses. Nessa perspectiva, a maioria não utilizava o capacete, alguns ingeriram álcool e nem usou de droga ílicita. Comtemplou-se como áreas lesadas os membros superiores, inferiores e cabaça, no qual os tipos de lesões foram escoriação, laceração, luxação e hematona.

Espera-se que essa pesquisa, reflita no comportamento dos condutores de motocicletas, que seja perpetuada em outras instituições a nível nacional e que esses dados não fiquem engavetados, e sim sejam divulgados, principalmente, aos discentes de outras instituições federais em expansão no interior do Brasil que utilizam moto como meio de transporte.

Apesar da importância do estudo, não se deve minimizar as limitações as quais incluem restrição regional e quanto ao público pesquisado, visto que não comtemplou estudantes de outros cursos da saúde como farmácia e nutrição, e da educação com matemática, física, química e biologia. Justifica-se a exclusão desses discentes pelo fato desta pesquisa ser um recorte do trabalho de conclusão de

curso, pois não seria possível convidar todos os estudantes da instituição que também se locomovem de moto como meio de transporte, pelo tempo restrito para a execução do projeto, não possilitando-se a representação de todos os estudantes da universidade.

Considera-se primordial, portanto, a necessidade de novos estudos em outras regiões, abordando o perfil dos discentes sobre a ocorrência de acidentes por moto.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité (PB) por autorizar essa pesquisa no ambiente da instituição com discentes do Curso de Bacharelado em Enfermagem.

REFERÊNCIAS

Albuquerque AM, Silva HCL, Torquato IMB, Gouveia BLA, Abrantes MSAP, Torres VSF. Vítimas de acidentes de moto com traumatismo craniano. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 May;10(5):1730-

8. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7800

Almeida AIS, Nogueira MA, Sá AMM, Santos AAS, Pereira DD, Guimarães ES. Epidemiological profile of victims of automobile collisions attended by mobile emergency care service. Rev Enferm Atenção Saúde. 2017 July/Dec;6 (2):117-32. DOI: 10.18554/reas.v6i2.1827

Barros MAS et al, Características clínicas e epidemiológicas de motociclistas com trauma cranioencefálico atendidos em Hospital de referência. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 jul/ago; 23(4):540-7. Disponível em: http://www.e-

publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/8036 Acesso em: 14/04/2016.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de lei PL 3206/2012 de 14 de fevereiro de 2012; Altera o art. 105 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que instituiu o Código de Trânsito Brasileiro, para dispor sobre os equipamentos de segurança obrigatórios para motocicletas e motonetas. Brasilia, DF, 2012. Available from:

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=534584

Bublitz S et al. Perfil sócio demográfico e acadêmico de discentes de enfermagem de quatro instituições brasileiras. Rev Gaúcha Enferm. 2015 mar;36(1):77-83. Available from: http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/48836/33325

Chaves RRG et al, Acidentes de motocicleta: Perfil e caracterização das vítimas atendidas em um hospital público. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015; 9(4):7412-19, abr., 2015. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6901/11945

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 375/2011: Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html

Costa, D. F. et al. Atividades do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar, com ênfase na unidade de suporte básico (USB) do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) de Macapá. Rev Madre Ciência Saúde. 2016; 1(1): 66-80. Available from:

http://www.madretereza.edu.br/revista/index.php/saude/article/download/15/19

Filho AR et al, Treinamento de Primeiros Socorros no Trabalho. Rev. Saberes, Rolim de Moura, vol. 3, n. 2, jul./dez., p. 114-125, 2015. ISSN: 2358-0909. Available from:

http://facsaopaulo.edu.br/media/files/35/35_1390.pdf

Israel JL, Queiroz FJO, Amaral TLM, Caciano KRPS, Prado PR. FACTORS RELATED TO DEATH IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY. Rev enferm UFPE on line., Recife, 13(1):9-14, jan.,

2019. Available from:

https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238148/31103

Luchtemberg MN et al. Análise de chamadas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de uma capital brasileira. Rev Rene. 2014 nov-dez; 15(6):925-32. Available from:http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1758

Monteiro GF, Brasileiro ME. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. Multidisciplinary Scientific Journal. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2018 fev; 2(4):30-40. Available from:

https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/enfermeiro-no-atendimento-pre-hospitalar-

movel?pdf=13789

Neto OLM et al. Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco, Ciência & Saúde Coletiva, 17(9):2223-2236, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a02v17n9.pdf

Reis CC et al. Funcionalidade de membros inferiores em vítimas de acidentes com motocicleta. Ciência em Movimento. Reabilitação e Saúde. 2017; 38(19):1-9. Available from:

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iqaWuaDSmyQJ:https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/RS/article/download/267/390+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

Rios PAA, Mota ELA, Ferreira LN, Cardoso JP, Santos GJ, Rodrigues TB. Traffic accidents among drivers: incidence and differences between motorcyclists and car drivers in population-based study. Rev. bras. epidemiol. 2019; 22:E190054. Available from: https://scielosp.org/pdf/rbepid/2019.v22/e190054/en

Rodrigues APB et al. Caracterização dos acidentes motociclísticos atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. Revista de Enfermagem, UFPI. 2014 Jul-Sep;3(3): p. 73 - 9. Available from: http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/1773/pdf

Sampaio CA, Silva DR da, Almeida FLS, Sousa AR de, Santana TS, Silva AF, et al. Homens e acidentes de trânsito e o atendimento pré-hospitalar móvel. Rev enferm UFPE on line.

2019;13:e239148 DOI: https://doi.org/10.5205/1981- 8963.2019.239148

Santos SMJ et al. Caracterização dos fatores de risco para acidentes de trânssito em vítimas atendidas pelo serviço móvel de urgências. Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(10):3819-24, out., 2016. Available from: http://web-a-

ebscohost.ez292.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ea081e30-2a28-

4474-86dc-4118436d3587%40sdc-v-sessmgr01

Soares LS et al. Caracterização das vítimas de traumas. Artigo de Pesquisa Original Research Artículo de Investigación. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 jan/fev; 23(1):115-21. Available from: http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a19.pdf

World Health Organization. Global Status Report on Road Safety. Geneva: WHO; 2015. Available from: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1W4mm2r89aEJ:https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

Capítulo 4

10.37423/220505810

O USO DO MÉTODO DAS BOQUINHAS NO ATENDIMENTO REMOTO EM PACIENTES COM MÚLTIPLOS DIAGNÓSTICOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Acsa Fernandes Mendes Pereira — *CBI of Miami - Pós Graduação*

Cláudia Regina de Araújo — *Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

Giane Passos Lozi de Andrade — *Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

Luciene de Souza Castro Perillo — *Universidade Federal de Goiás*

Resumo: O ser humano é considerado único e complexo, por isso, não deve ser visto apenas pela sua aparência e fisionomia. Neste cenário, há uma pluralidade de pessoas diagnosticadas com deficiências de natureza motora, visual, auditiva, intelectual e sensorial. Por isso, o processo de ensino/aprendizagem é embasado nas particularidades de cada um, focando nas potencialidades, e não nas dificuldades acadêmicas. Sendo assim, é necessário abranger na reabilitação da pessoa com dificuldade ou transtorno de aprendizagem, aspectos que estimulam as competências neurológicas e sociais, e esse aspecto é caracterizado como Consciência Fonológica. O foco do estudo é proporcionar aos pacientes, a aquisição das habilidades de leitura/escrita, de modo a melhorar o desempenho escolar e a autoestima dos pacientes/cuidadores, minimizando as lacunas existentes no processo de alfabetização, utilizando o Método das Boquinhas. Trata-se de um relato de experiência dos atendimentos em grupo, realizados em um Centro de Reabilitação e Readaptação do Estado de Goiás, onde em decorrência da pandemia por COVID-19, os atendimentos aconteceram remotamente durante o ano de 2020, concomitante a revisão bibliográfica. A intervenção vivenciada com o Método das Boquinhas, possibilita capacitar o paciente e/ou cuidador a superar obstáculos e inseguranças no processo de alfabetização, trazendo como recompensa a satisfação pessoal, o engajamento social e a renovação da autoestima singular. Em doze meses de intervenção remota, os participantes do grupo adquiriram as habilidades básicas de leitura e escrita, comprovando assim, os resultados positivos com o uso do Método das Boquinhas.

Descritores: Deficiência Intelectual, Alfabetização, Método das Boquinhas e Atendimento Remoto.

INTRODUÇÃO

O ser humano é considerado único e complexo, por isso, não deve ser visto apenas pela sua aparência e fisionomia. Diante deste fato, é necessária uma modulação no olhar clínico, para que os aspectos biopsicossociais da pessoa sejam observados, e inseridos no contexto reabilitador1. Neste cenário, há uma pluralidade de pessoas diagnosticadas com deficiências de natureza motora, visual, auditiva, intelectual e sensorial. Por isso, o processo de ensino/aprendizagem é embasado nas particularidades de cada um, focando nas potencialidades, e não nas dificuldades acadêmicas2.

Essas disfunções acadêmicas são caracterizadas como dificuldade ou transtorno de aprendizagem. A primeira refere-se às alterações de ordens socioculturais, onde os impasses estão vinculados ao ambiente que a pessoa está inserida e a segunda refere-se aos comprometimentos de origem neurológicas2. O uso de tais nomenclaturas vem crescendo nos últimos tempos, e distorcendo o foco da atuação educacional, mas alguns profissionais enxergam uma oportunidade para promoção do aprendizado acadêmico.

Sendo assim, é necessário abranger na reabilitação da pessoa com dificuldade ou transtorno de aprendizagem aspectos que estimulam as competências neurológicas e sociais, e esse aspecto é caracterizado como Consciência Fonológica3, ligada às correspondências alfabéticas entre fonema e grafema.

Estimulando este aspecto há uma garantia de haver acessibilidade, qualidade e a metodologia estruturada que favorecem o processo de ensino/aprendizagem, e neste caso, a alfabetização, pois o foco do estudo é proporcionar aos pacientes, a aquisição das habilidades de leitura/escrita, de modo a melhorar o desempenho escolar e a autoestima dos pacientes/cuidadores, minimizando as lacunas existentes no processo de alfabetização, utilizando o Método das Boquinhas.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência dos atendimentos em grupo, realizados em um Centro de Reabilitação e Readaptação do Estado de Goiás, onde em decorrência da pandemia por COVID-19, os atendimentos aconteceram remotamente, durante o ano de 2020, com encontros semanais, tendo duração de 60 minutos. Além disso, foram utilizados uma plataforma digital e recursos tecnológicos (slides e atividades interativas), para as aulas serem ministradas envolvendo o Método das Boquinhas.

Este método é utilizado no processo de alfabetização, seja escolar ou ambulatorial, caracterizado pelo uso de estratégias fônicas, visuais e articulatórias, em outras palavras é um método fono-visuo-

articulatório4. Por isso, é considerado um método que facilita o processo de alfabetização, pois envolve todas as "entradas" de aprendizagem do ser humano. Além disso, auxilia no desenvolvimento dos aspectos cognitivos como a memória, planejamento, atenção e percepção2.

Os critérios de inclusão para a participação no grupo foram: pacientes com faixa etária de 07 a 18 anos, com múltiplos diagnósticos, que realizaram a avaliação neuropsicológica e apresentavam como comorbidade a deficiência intelectual, a dificuldade ou transtorno de aprendizagem. O grupo foi composto por dez pacientes de ambos os sexos, acompanhados de seus cuidadores. E que após iniciado, não houve inserções de pacientes, até sua conclusão.

Além disso, para a fundamentação teórica, utilizou-se seis artigos científicos, extraídos nas bases de dados Medline-PUBMED e Electronic Library Online (SciELO), utilizando os descritores: Deficiência Intelectual, Alfabetização, Método das Boquinhas e Atendimento Remoto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de alfabetização da pessoa com dificuldade ou transtorno de aprendizagem, envolve um conjunto de ações com a participação da escola, terapeutas e cuidadores. Por isso, proporcionar um ensino acadêmico de fácil acesso acoplado aos estímulos multissensoriais, favorece a aquisição das habilidades de leitura/escrita[1].

Desta forma, a via de ensino priorizada é aquela que contempla a consciência fonológica, definida como a percepção sonora, nominal e segmentação das letras e palavras[3], visto que

sua presença é notada em quem ainda não possui o código alfabético e tem o melhor indicador para aquisição da leitura e escrita[6].

A intervenção vivenciada com o Método das Boquinhas, possibilita capacitar o paciente e/ou cuidador a superar obstáculos e inseguranças no processo de alfabetização, trazendo como recompensa a satisfação pessoal, o engamento social e a renovação da autoestima singular. Pois, o ato de ler e escrever não é apenas decodificar e associar fonemas aos grafemas, é também um ato de socialização e comunicação.



CONCLUSÃO

Em doze meses de intervenção remota, os participantes do grupo adquiriram as habilidades básicas de leitura e escrita. Além disso, os mesmos aperfeiçoaram os aspectos cognitivos da linguagem oral, como a atenção, memória, planejamento, raciocínio e relataram melhora nas relações sociais e acadêmicas com seus pares.

Comprovando assim, os resultados positivos com o uso do Método das Boquinhas, todavia ressaltamos não haver método alfabetizador obrigatório e enfatizamos a importância da atuação multidisciplinar no processo de alfabetização, pois tal método pode ser usado por todas da rede de atenção educadora e reabilitadora.

Perante o exposto, recomendamos que a equipe envolvida com o paciente e familiar/cuidador, realizem um acolhimento e avaliação de forma biopsicossocial, para que o processo de ensino/aprendizagem seja otimizado. E ainda, encorajamos intervenções e publicações com relatos de experiência utilizando o método das Boquinhas, visto que, a busca de artigos foi restrita devido à carência de artigos que relatem a efetividade com método no âmbito educacional/ambulatorial.

REFERÊNCIAS

1. Mata AS. Deficiência intelectual: análise da produção científica com base no modelo biomédico e modelo social da deficiência. Filos. e Educação. São Paulo, 2018, 10(2) 350-378 – ISSN 1984-9605.

2. Dangui AP, Santos VX. As Contribuições do Método das Boquinhas na Aquisição da Leitura e da Escrita de Deficientes Intelectuais [Trabalho de Conclusão de Curso]. Curitiba: Universidade Internacional de Curitiba - UNINTER/FACINTER, 2016.

3. Lopes F. O desenvolvimento da consciência fonológica e sua importância para o processo de alfabetização. Rev. Psicologia Escolar e Educacional. 2010, 8(2).

4. Jardini RSR, Souza PT. Alfabetização e reabilitação dos distúrbios de leitura/escrita por metodologia fono-vísuo-articulatória. Pró-Fono Rev. Atualização Científica. 2006, 18(1) 69-78.

5. Jardini RSR; Vergara FA. Alfabetização de crianças com distúrbios de aprendizagem, por métodos multissensoriais, com ênfase fono-vísuo-articulatória: relato de uma experiência. Pró-Fono Rev. Atualização Científica. 1997, 9(1) 31-34.

6. Souza, LBR. Consciência fonológica em um grupo de escolares da 1ª série de 1° grau em Natal – RN. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia. São Paulo. 2005, 10(1) 12-7.

Capítulo 5

10.37423/220505819

MOLDAGEM CONVENCIONAL X MOLDAGEM DIGITAL: ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS.

Carlos Roberto Teixeira Rodrigues — *Centro Universitário de Volta Redonda - UNIFOA*

Isabella Cardoso Filgueira Gomes — *Universidade de Vassouras*

Marcelo Vieira Bruno — *Universidade de Vassouras*

Cezar Romero Furtado Teixeira — *Universidade de Vassouras*

Resumo: Uma boa moldagem é fundamental para o sucesso do processo reabilitador. O uso da técnica convencional utilizando o silicone de adição ainda se faz presente em muitos consultórios, pois é confiável e precisa. Porém com as inovações e avanços tecnológicos na odontologia, a técnica de impressão digital vem sendo aperfeiçoada há mais de 30 anos. Necessita-se saber se esta técnica atingiu os mesmos níveis de precisões e confiabilidades que a convencional. Este trabalho tem como objetivo, comparar a moldagem convencional com silicone de adição e a moldagem digital, quanto à precisão, adaptação marginal e biossegurança, assim realizou-se uma revisão de literatura utilizando as bases de dados PUBMED, SCIELO E BVS através das palavras-chave: “CAD/CAM”, “impressão convencional”, “impressão digital”, “impressão de arco total”, “silicone de adição” e “precisão”. O resultado da análise mostrou que, embora os materiais de impressão convencionais possuam ótima precisão, eles possuem algumas desvantagens, como desconforto para o paciente, causam muita sujeira, possuem várias etapas que possibilitam maior risco de causar imperfeições, e exigem uma maior experiência do profissional, enquanto as impressões digitais são mais confortáveis para os pacientes, mais ágeis e mais fáceis de usar. Ambas as técnicas de impressões digitais e convencionais demonstraram ser capazes de produzir resultados clinicamente aceitáveis, então os cirurgiões dentistas deverão basear a sua escolha de acordo com o conceito que melhor se adapta à sua prática clínica atual e o trabalho que deseja realizar.

Palavras-chave: Técnica de Moldagem Odontológica; Tecnologia Odontológica; Precisão da Medição Dimensional; Biossegurança; CAD/CAM.

INTRODUÇÃO

A moldagem é um procedimento muito importante na área odontológica, pois é através dela que se obtém o molde utilizado no tratamento reabilitador. Ela deve reproduzir, de forma negativa, a anatomia e tamanho real dos dentes, tecidos bucais e estruturas adjacentes. A partir desse molde negativo é possível a obtenção do modelo, forma positiva.[1]

Há pouco tempo existia no mercado odontológico apenas a moldagem convencional, feita com materiais pastosos ou semifluidos que se tornam rígidos ou elásticos após o tempo de presa.[1]

Para que uma boa moldagem seja feita, o material utilizado deve ser atóxico, ter tempo de trabalho satisfatório, hidrofílicos, possuir estabilidade dimensional, bom reprodutor de detalhes e compatível com produtos utilizados para esterilização.[2]

Dentro dos materiais disponíveis para a moldagem convencional, o silicone de adição se destaca por se encaixar nas características necessárias para uma boa reprodução. O polivinilsiloxano tem sido utilizado desde a meados da década de 70 e se mantém até os dias atuais na área odontológica com sua característica principal, a estabilidade dimensional.[3]

Com a constante evolução dos sistemas tecnológicos, novos materiais e tecnologias têm sido criadas e aprimoradas para facilitar e permitir uma prática odontológica com maior qualidade. Uma das inovações que permitem isso é o scanner intraoral com o sistema de impressões digitais CAD/CAM.[4]

A evolução dos scanners intraorais fez com que o fluxo de trabalho se tornasse mais eficiente na área odontológica. A moldagem digital pode ser feita de duas maneiras, direta ou indiretamente. Na forma direta há necessidade do scanner intraoral, onde as informações que são adquiridas possibilitam que o computador gere um modelo e na forma indireta é utilizado o scanner de bancada, que faz a captura através de modelos de gesso ou direto da própria moldagem.[5]

Mesmo com esses avanços e melhorias ainda há dados limitados sobre a precisão das impressões digitais que têm sido produzidas com diversos scanners. O que indica que ainda há necessidade de evidências científicas nesse campo e a dúvida se realmente a substituição da moldagem convencional pela digital é vantajosa.[6,7]

O objetivo deste trabalho é, através de uma revisão de literatura, comparar a moldagem convencional com silicone de adição e a moldagem digital, quanto à precisão, adaptação marginal e biossegurança.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os artigos foram pesquisados nas bases de dados PubMed, Scielo e Bireme com os descritores “CAD/CAM”, “impressão convencional”, “impressão digital”, “impressão de arco total”, “silicone de adição” e “precisão” nos idiomas português e inglês, coleta em 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A precisão da moldagem é fundamental para que o tratamento odontológico reabilitador seja executado da melhor forma, trazendo os melhores resultados para o paciente. Estudos comparativos e revisões sistemáticas foram feitas entre a precisão da técnica de impressão digital e impressão convencional utilizando como material de moldagem o silicone de adição.

Um estudo in-vitro comparando a precisão das moldagens convencional e digital, realizando a impressão de um modelo de referência de arco completo. As impressões obtidas através de ambas as moldagens foram comparadas com o modelo de referência, através de um scanner de referência altamente preciso. Chegando ao resultado de que a impressão feita pelo método digital revelaram maiores desvios quanto à precisão, já o método convencional se mostrou altamente preciso.[8]

Através do estudo onde um molde de arco completo superior com dentes feitos de material cerâmico, foi usado como referência para obter os modelos através da moldagem convencional, utilizando o silicone de adição, e moldagem digital, a fim de analisar a precisão do arco completo e do arco parcial. As impressões foram repetidas 10 vezes para cada grupo. As impressões convencionais foram vazadas com gesso tipo IV e digitalizadas com um scanner de laboratório (inEos X5). Todos os conjuntos de dados foram cortados em áreas de arco completo (dente 17 ao 27), segmento anterior (dente 14 ao 24) ou segmento posterior (dente 13 ao 17) para a respectiva análise. Para verificar a precisão foi utilizado método e sobreposição tridimensional (3D) com um software especial de análise de diferença 3D (GOM Inspect). Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de teste para métodos de impressão de arco completo e parcial in vitro. O método de impressão convencional mostrou significativamente maior exatidão e precisão do que todos os dispositivos digitais testados na impressão do arco completo. Chegando a conclusão de que dentro das limitações deste estudo, as impressões digitais obtidas pelos scanners intraorais são uma alternativa válida às impressões convencionais para segmentos de arco parcial, no entanto, as impressões de arco completo ainda são desafiadoras para esses dispositivos. Mais estudos in vivo são necessários para apoiar esses resultados. [9]

Um estudo in vivo com objetivo de investigar a precisão de métodos convencionais e digitais para impressões de arco completo. Foram feitas impressões de arco completo utilizando materiais convencionais (poliéter, polivinilsiloxano, hidrocolóide irreversível) e scanners digitais (CEREC Bluecam, CER; CEREC Omnicam, OC; Cadent iTero, ITE; Lava COS, LAV; Lava True Definition Scanner, T-Def; 3Shape Trios, TRI; e 3Shape Trios Color, TRC). As impressões foram repetidas três vezes em cinco participantes e então comparadas dentro e entre os grupos de teste. Chegando ao resultado de que as impressões convencionais mostraram a maior precisão em toda a arcada dentária em todos os grupos, exceto no grupo hidrocolóides irreversíveis. Concluindo que os métodos de impressão convencional e digital apresentam significativa diferença na precisão do arco completo. Os sistemas de impressão digital apresentaram maiores desvios locais dentro do arco completo; no entanto, eles alcançam precisão igual e superior a alguns materiais de impressão convencionais.[10]

Comparando a adaptação marginal de coroas de dissilicato de lítio fabricadas a partir da técnica de impressão convencional (silicona de adição) e da técnica de impressão digital (Lava C.O.S.). Utilizado como modelo uma maxila completa feito de zircônia com um preparo no segundo pré-molar direito. As impressões realizadas pela técnica convencional (Aquasil Ultra, Dentsply Caulk) foram vazadas com gesso tipo IV, e então feito um enceramento no dente 15, após foram confeccionadas 15 coroas de dissilicato de lítio (IPS e.max Press, Ivoclar Vivadent). As impressões digitais foram realizadas pelo sistema Lava C.O.S. e a partir do planejamento virtual (Core3dcentres) foram confeccionadas 15 coroas de dissilicato de lítio (IPS e.max CAD, Ivoclar Vivadent) feitas a partir de uma fresadora (DMG20, Mori Seiki). Foi avaliada a desadaptação marginal entre o preparo e a coroa em 8 pontos diferentes da margem circunferencial através de imagens feitas por um microscópio de alta precisão (Edmund E-Zoom, Edmund Optics Inc). Foi utilizado a análise de variância (método ANOVA) para comparar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A média da desadaptação marginal da técnica digital foi de 48 µm enquanto da técnica convencional foi de 74 µm. Sendo assim, conclui-se que a técnica de impressão digital alcançou valores aceitáveis de precisão clínica e superou a técnica de impressão convencional com resultados mais precisos.[11]

A realização de um estudo in vitro com o objetivo de comparar a precisão de coroas cerâmicas completas que foram obtidas através do escaneamento intraoral utilizando três sistemas, Lava COS (3M ESPE), CEREC (Sirona) e iTero (Straumann) e utilizando duas técnicas convencionais de impressão (silicone de adição um passo e dois passos). Para o teste foi utilizado um modelo de um primeiro molar superior direito simplificado. Foram obtidas 10 impressões de cada técnica e sistema. Os dados

obtidos através das impressões digitais foram enviados para um laboratório protético para a confecção de 10 estruturas de cerâmica de acordo com as especificações do fabricante e as impressões das técnicas convencionais de 1 e 2 passos (Express2 Penta Putty/Light Body Standard, 3M ESPE) foram vazadas com gesso tipo IV e escaneadas com um scanner de laboratório (Lava Scan ST). As medidas de precisão foram obtidas por um sistema de medidas 3D (CNC Rapid, Thome Präzision GmbH, Alemanha). Foi avaliada a desadaptação marginal entre o preparo e a coroa em 4 pontos diferentes da margem circunferencial através de imagens feitas por um microscópio de alta precisão (Leitz M420, Leitz, Alemanha). Foi utilizado o método ANOVA para comparar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Quanto à adaptação interna, os melhores resultados foram obtidos pelo sistema digital Lava C.O.S. (29 µm de desadaptação), seguido pela técnica de impressão convencional de 2 passos (35 µm), pela impressão convencional de 1 passo (36 µm), pelo sistema iTero (50 µm), enquanto os piores resultados foram obtidos pelo sistema digital CEREC Bluecam (88 µm). Apenas o CEREC Bluecam mostrou diferença estatisticamente significativa para as técnicas convencionais. Quanto à adaptação marginal, os melhores resultados foram do CEREC Bluecam (30 µm), seguido pela impressão convencional de 1 passo (33 µm), pelo sistema iTero (41 µm), pelo sistema Lava C.O.S. (48 µm), e por último a impressão convencional de 2 passos (60 µm). Apenas a técnica convencional de 2 passos teve diferença estatisticamente significativa para as outras técnicas. Concluindo que os dois métodos de impressão (digital e convencional) alcançaram níveis aceitáveis de precisão para a prática clínica.[12]

Um estudo com o objetivo de avaliar os possíveis benefícios e a eficácia das técnicas de impressão digital e convencional. Foram selecionadas dezessete referências do PubMed, nove do Web of Science e uma da central Cochrane de Registros. Com base nos títulos, resumos e texto completo, dezesseis artigos foram selecionados do PubMed, nove do Web of Science e um da central Cochrane. O número total de artigos foi reduzido a dezenove devido alguns estudos estarem repetidos em dois bancos de dados. Nos dados obtidos foi possível chegar aos seguintes resultados: ambas as técnicas de impressão (digital e convencional) possuem o mesmo nível de na fabricação de coroas e pequenas próteses parciais fixas, sendo o silicone, o material utilizado para a moldagem convencional nos artigos consultados. Para a fabricação de coroas suportadas por implantes, a precisão das impressões digitais foi clinicamente aceitável. Nas impressões de arco completo, os métodos de impressão convencional possuem uma melhor precisão quando comparado ao método digital. Conclui-se que as impressões digitais são uma alternativa clinicamente aceitável como método de impressão para fabricação de coroas e pequenas próteses parciais fixas. Para a fabricação de coroas implanto-suportadas e próteses

fixas o método digital também apresentam resultados clinicamente aceitável em relação a adaptação. As impressões digitais são mais rápidas e podem reduzir o tempo de operação total deste processo. Com base nesses estudos, também chegou à conclusão que as impressões convencionais continuam sendo o melhor método para impressões de arco completo.[13]

As siliconas de adição, também conhecidas como polivinilsiloxana, são elastômeros à base de borracha. Começaram a ser produzidas e comercializadas em 1975 e são compostas de uma pasta densa (granulação grossa) e pasta fluida (granulação fina) cuja mistura se dá por adição.[3,14,15,16]

Nenhum subproduto volátil é liberado durante a reação de polimerização, por esse fato, o silicone de adição é o material de moldagem mais estável e sem a necessidade de ser vazada com gesso imediatamente, possibilitando que o molde seja guardado por uma semana e vazado até três vezes sem alterações.[17,18,19]

O silicone de adição é hidrofílico, portanto, tem capacidade de absorção de líquidos, o que permite boas moldagens em nível gengival e após a polimerização torna-se resistente à sorção de líquidos e são facilmente desinfetadas com líquidos desinfetantes como Glutaraldeído a 2% ou Hipoclorito de sódio 0,5% ou 1,0%.[20,21]

As siliconas de adição são, entre os materiais de moldagem convencional, o mais preciso do mercado, com resistência ao rasgamento, menor alteração dimensional, bom tempo de trabalho e ótima recuperação elástica. Porém possui desvantagens como o alto custo entre os demais, contaminação com sangue e saliva e desconforto do paciente durante a moldagem.[2, 21,22]

A sigla CAD/CAM do termo inglês compurter aided designer/computer aided manufacturing, em tradução para o português significa desenho auxiliado por computação e manufatura auxiliada por computação. É um sistema que permite de forma mais avançada à confecção de modelos e próteses tridimensionais de última geração.[23]

Este sistema foi desenvolvido pela indústria de aviação e automotiva. Começou a ser incluído na odontologia no final da década de 70 e início de 80, sendo os países pioneiros os Estados Unidos, França e Suíça. O primeiro a ser utilizado e comercializado no meio odontológico foi o Cerec, desenvolvido por Mormann e Brandestini em 1987. Posteriormente novos sistemas foram desenvolvidos como o sistema Procera, Lava, E-Max, Zirkonzahn e All Ceram.[24,25,26]

Os primeiros scanners desenvolvidos empregavam a tecnologia estática de fotografia digital e necessitavam da utilização de dióxido de titânio em pó como contraste. O único objetivo era obter

dados para a produção de uma única restauração, sem integração com outros fluxos de trabalho. Os scanners manipulados atualmente, a captura de imagem é feita na velocidade da taxa de vídeo e no geral não necessita do uso de contraste. A aquisição desses dados digitais pode ser utilizada não somente para fabricar restaurações únicas, mas também restaurações de arco completo.[27]

O uso desse sistema tecnológico simplifica, automatiza e garante altos níveis de qualidade das reabilitações. Ele possui três componentes essenciais: o scanner que faz a leitura e aquisição da imagem, o CAD que é o software de desenho e o CAM que é o sistema de fresagem da estrutura. A obtenção do modelo é através da tecnologia de prototipagem rápida não necessitando do vazamento em gesso. [10,23,25,28]

As impressões digitais têm como vantagens o conforto do paciente, a visualização em tempo real, dados mais fáceis de serem armazenados, digitalização automática de cores, maior eficiência de tempo e a fácil transferência de dados digitais para melhor comunicação entre o profissional e o paciente. Porém este sistema demanda de conhecimento e técnicas avançadas que ainda muitos profissionais não adquiriram, além do alto custo para a aquisição dessa tecnologia. Em pacientes edêntulos totais, onde não há indicação para implantes, o uso dos scanners digitais representa um desafio, pois há falta de densidade de dados e incapacidade de capturar uma impressão funcional.[27,29,30]

A obtenção de precisão durante uma impressão é um dos maiores desafios na odontologia, exigindo o domínio do cirurgião dentista sobre a técnica utilizada. A técnica convencional exige mais experiência e é mais difícil de dominar que a técnica de impressão digital. Outro fator considerado, é a intolerância de alguns pacientes quanto aos materiais de impressão convencionais, muitos sentem desconforto quando o material é colocado em boca.[31]

Em estudos realizados, o scanner intraoral apresenta impressão altamente precisa apenas em pequenas áreas, como, somente, um preparo dentário ou um quadrante. Entretanto para impressões de arco completo, os mesmos autores relatam que a moldagem com um material de alta precisão, como o silicone de adição, fornece impressão mais precisas. [10, 13]

Quanto a adaptação marginal, a desadaptação marginal da técnica digital com o sistema LAVA C.O.S foi de 48 µm, enquanto o da técnica convencional foi de 74 µm, obtendo o resultado de que a técnica de impressão digital alcançou valores aceitáveis e precisos, e, superou a técnica de impressão convencional.11 Já um estudo in vitro que um dos melhores resultados para a adaptação marginal é o da impressão convencional de 1 passo (33µm) seguido do sistema LAVA C.O.S (48 µm).[12]

Outro fator importante para se avaliar além da precisão atualmente, é a desinfecção dos moldes. Com um novo β-coronavírus (2019-nCoV), sendo transmitido diretamente através de espirro, tosse, inalação de gotículas, salivas, vias oral-fetal e por contato com a mucosa oral, nasal e ocular, os cirurgiões-dentistas, auxiliares, protéticos e estudantes dessa área são diariamente expostos ao risco de infecção por esse vírus, devido à grande exposição aos fluidos, sangue e saliva e o manuseio de instrumentais perfurocortantes. O protocolo de biossegurança exerce papel fundamental contra a contaminação cruzada.[32]

Todo o processo de moldagem envolve contato com o paciente e riscos biológicos, principalmente nas moldagens convencionais quando comparadas aos escaneamentos intraorais, por esses fatos a desinfecção dos moldes obtidos devem ser realizadas de acordo com o protocolo de cada material de moldagem. Portanto o escaneamento intraoral pode ser um grande aliado no controle da biossegurança.[32]

CONCLUSÃO

A partir da literatura consultada pode-se concluir que a etapa da moldagem é um dos principais desafios para os cirurgiões-dentistas, que as siliconas polimerizadas por adição são os materiais de moldagem convencionais mais precisos e estáveis e que ambas as técnicas de impressões digitais e convencionais demonstraram ser capazes de produzir resultados clinicamente aceitáveis, possuindo tanto vantagens como desvantagens, então os cirurgiões dentistas deverão basear a sua escolha de acordo com o conceito que melhor se adapta à sua prática clínica atual e o trabalho que deseja realizar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shilingburg HT, Hobo S, Whitsett LD, Jacobi R, Brackett SE. Fundamentos de prótese fixa. 4.ed. São Paulo: Quintessence; 2007.

2. Pegoraro LF, do Valle AL, dos Reis Pereira de Araujo C, Bonfante G, Conti PCR. Prótese Fixa: bases para o planejamento em reabilitação oral. 2.ed. São Paulo: Artes Mé dicas; 2013.

3. Brown D. Factors affecting the dimensional stability of elastic impression materials. Journal of Dentistry. 1973 Agosto;1(6): 265-274. DOI https://doi.org/10.1016/0300-5712(73)90103-6.

4. Ueda NC. Sistema CAD/CAM como ferramenta na odontologia: revisão de literatura. (Monografia)-Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

5. Ender A., Mehl A. Accuracy in Dental Medicine, A New Way to Measure Trueness and Precision. J. Vis. Exp. 29 de abril de 2014 (86). doi:10.3791/51374.

6. Chiu A, Chen YW, Hayashi J, Sadr A. Accuracy of CAD/CAM Digital Impressions with Different Intraoral Scanner Parameters. Sensors (Basel). 20 de fevereiro de 2020; 20 (4): 1157. PubMed; PMID: 32093174. 4.

7. Ender A, Zimmermann M, Mehl A. Accuracy of complete- and partial-arch impressions of actual intraoral scanning systems in vitro. Int J Comput Dent. 2019[acesso em 16 de março de 2020]; 22(1): 11-19. Disponível em https://ijcd.quintessenz.de/ijcd_2019_01_s0011.pdf3

8. Ender A, Mehl A. In-vitro evaluation of the accuracy of conventional and digital methods of obtaining full-arch dental impressions. Quintessence Int. 2015;46(1):9-17.

9. Ender A, Zimmermann M, Mehl A. Accuracy of complete- and partial-arch impressions of actual intraoral scanning systems in vitro. International Journal of Computerized Dentistry. 2019;22(1):11-19.

10. Ender A, Attin T, Mehl A. In vivo precision of conventional and digital methods of obtaining complete-arch dental impressions. J. Prosthet. Dent., St. Louis, v. 115, no. 3, p. 313- 320, Mar. 2016.

11. NG, J.; Ruse, D.; Wyatt, C. A comparison of the marginal fit of crowns fabricated with digital and conventional methods. J. Prosthet. Dent., St. Louis, v. 112, no. 3, p. 555-560, Sept. 2014.

12. Seelbach P, Brueckel, C, Wostmann, B. Accuracy of digital and conventional impression techniques and workflow. Clin. Oral Investig., Berlin, v. 17, no. 7, p. 1759-1764, Sept. 2013.

13. Ahlholm P, Sipila K, Vallittu P, Jakonen M, Kotiranta U. Digital Versus Conventional Impressions in Fixed Prosthodontics: A Review. J Prosthodont. 2018; 27(1):35-41. Disponível em:https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jopr.12527

14. Valle AL. Moldagem e modelo de trabalho. In: Pegoraro LF, Valle AL, Araujo CRP, Bonfante G, Conti PCR. Prótese Fixa: Bases Para Planejamento Em Reabilitação Oral. 2 ed. São Paulo. Artes Médicas, 2013. 227-267.

15. Acceta DF, Poubel LA. Importância do conhecimento das propriedades de três materiais de moldagem (siliconas e poliéter) – Revisão. Revista Fluminense de Odontologia [Internet]. 2010 [acesso 2020 fevereiro 20];34: 55-59. Disponível em:

https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/30379/17614

16. Chaing BKP. Polymers in the service prosthethic dentistry. J Dent. 1984 setembro; 12(3):203-214. DOI https://doi.org/10.1016/0300-5712(84)90063-0

17. Anusavice K.J. Philips: materiais dentários. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.764 p.

18. SHEN C. Materiais de moldagem. In: ANUSAVICE, K. J. Philips: materiais dentários. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. cap. 9, p. 193-238.

19. Sinhoreti MA. et al. Estudo da precisão dimensional de modelos de gesso confeccionados com diferentes técnicas e materiais de moldagem elastoméricos. RFO UPF, Passo Fundo, v. 15, n. 2, p. 139-144, ago. 2010.

20. Garone Netto N, Burger RC. Inlay e Onlay Metálica e Estética 1ª ed ,Quintessence, São Paulo, Cap.5, p. 65-71, 1998.

21. Mezzomo H. Suzuki RM. Reabilitação Oral Contemporânea 1a Ed Santos, Cap. 15, p. 657, 2009.

22. SIM JY, et al. Comparing the accuracy (trueness and precision) of models of fixed dental prostheses fabricated by digital and conventional workflows. J. Prosthodont. Res., Tokyo, v. 62, no. 2, p.1-7, Mar. 2018.

23. Thinschert, J, et al. Status of corrente CAD/CAM technology in dental medicine. Int. J. Comput. Dente, New Malden, v.7, n°. 1, p. 25-45, Jan 2004.

24. Bottino, MA. Percepção: estética em próteses livres de metal em dentes naturais e implantes. São Paulo: Artes Medicas, 2009. 804 p.

25. Correia,A, et al. CAD/CAM: a informática da prótese fixa. Revista odontológica da UNESP, 2006. p. 183-89.

26. Freitas G. Tecnologia CAD-CAM-CNC a serviço da odontologia, 2008. 29 f. Monografia (Pós - graduação em Engenharia de Materiais) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grane do Sul, Porto Alegre, 2008.

27. Clinton D, Stevens DDS. Impression-Making in 2020: How Long Before Analog Methods Are Obsolete? Compedium of Continuing Education in Dentistry [Internet]. 2020 [acesso em 2020 Apr 15];41(3) Disponível em: https://www.aegisdentalnetwork.com/cced/2020/03/impression-making-in-2020-how-long-before-analog-methods-are-obsolete?token=wLhWYqGawiQJLR2F90QzwixND

28. Wildgoose D, Johnson A, Winstanley RB. Glass/ceramic/refractory techniques, their development and introduction into dentistry: A historical literature review. J. Prosthet. Dent., St. Louis, v. 91, no. 2, p.136-143, Fev. 2004.

29. Yuzbasioglu E, Kurt H, Turunc R, Bilir H. Comparison of conventional and digital printing techniques: Evaluation of patients perception, comfort of treatment, efficacy and clinical results. BMC Oral Health.2014, 14(10).

30. Punj A, Bompolaki D, Garaicoa, J. Dental impression materials and techniques. Dente. Clin. N. Am. 2017, 61, 779-796.

31. Lee, S. J.; Macarthur, R. X. TH; Gallucci, G. O. An evaluation of student and clinician perception of digital and conventional implant impressions. J. Prosthet. Dent., St. Louis, v. 110, no. 5, p. 420-423, Nov. 2013.

32. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routesof 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci. 2020;12(1):9. Published 2020 Mar 3. doi:10.1038/s41368-020-0075-9

Capítulo 6

10.37423/220505821

REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM PACIENTES COM NEGLIGÊNCIA HEMIESPACIAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Ana Luísa Santiago da Silveira Fonseca *Universidade Federal de Minas Gerais*

Resumo: Os estudos correlacionando a reabilitação neuropsicológica e a Negligência Hemiespacial estão em expansão pela busca de um tratamento e diagnóstico eficaz para individuos diagnosticados com a síndrome. Objetivo: Realizar uma revisão sistemática que possibilitasse visualizar novas descobertas de reabilitação e diagnóstico através de uma coleta de dados realizada no período de 2015 até 2021. Método: Foi feita uma busca por artigos nas bases de dados Pubmed, Scielo, Lilac e Pepsic. Os descritores foram utilizados de acordo com o controle de vocabulário da base de dados. Inicialmente foram encontrados 71 artigos e a partir dos critérios de exclusão, 7 artigos foram utilizados e categorizados em: Reabilitação Neuropsicológica; Preditores e Adaptação de Prisma e Estudo com modelo cognitivo robótico. A análise de conteúdo foi aplicada nos sete artigos. Resultados: Muitos cenários de reabilitação estão sendo investigados no momento para aumentar a possibilidade de um bom prognóstico entre os indivíduos acometidos. Destacando as investigações desde preditores anatômicos até modelos cognitivos robóticos, suas descobertas são promissoras. Conclusão: Há muito o que ser desenvolvido no que tange a reabilitação neuropsicológica em pacientes com Negligência Hemiespacial. Não apenas protocolos para tratamento clínico, mas, a informação para que pacientes possam procurar o tratamento logo após o episódio de acidente vascular encefálico.

Palavras-chave: negligência hemiespecial; neuropsicologia; reabilitação; revisão sistemática.

1. INTRODUÇÃO.

A neuropsicologia é um ramo da psicologia que se dedica ao estudo da interação entre o cérebro e o comportamento humano. É responsável pela realização do diagnóstico preciso do déficit cognitivo-comportamental, correlação funcional anatomoclínica, previsão da evolução e, em casos indicados, a realização da reabilitação cognitiva (Cardoso, Ferreira, Lopes, Carvalho e Costa, 2005). Considerada uma área relativamente nova, a neuropsicologia não possui um surgimento preciso, mas acredita-se na influência da Primeira e da Segunda Guerra Mundial que, com grande número de lesões, aguçaram o interesse pela forma como era afetado o comportamento e como poderia ser tratado, dando início ao que é chamado de reabilitação neuropsicológica (Pontes e Hübner, 2007).

A cognição humana é extensa, complexa, e seu funcionamento correto é crucial para um bom desempenho em diferentes atividades cotidianas. As principais capacidades da cognição humana são: atenção, memória, linguagem, percepção e funções executivas (Cardoso et al., 2005). O seu comprometimento pode ocorrer a partir de lesões cerebrais, como: trauma cranioencefálico (TCE), tumores e acidente vascular encefálico (AVE).

O acidente vascular encefálico (AVE) é um fenômeno que se mostra cada vez mais presente em nossa sociedade e, embora inveterado, há pouco está sendo abordado de forma consciente; os meios de prevenção e o tratamento só agora estão alcançando acessibilidade. O traumatismo cranioencefálico (TCE), difundido entre a sociedade, tem os seus sinais e sintomas divulgados de modo a promover acessibilidade a um melhor tratamento. A respeito de tumorações encefálicas, pouco é divulgado. Embora essas condições estejam sendo esclarecidas cada vez mais, não se fala sobre as consequências, apenas sobre os sintomas apresentados durante essas condições e as indicações para procurar atendimento médico.

A negligência hemiespacial é uma perturbação na capacidade atencional e espacial que ocorre na maior parte dos casos em uma fase aguda após o AVE. Foi descrita particularmente como atencional por não poder ser descrita enquanto motora ou sensorial. É dividida também entre negligência sensorial e negligência motora (Mesulam, 1999; Cardoso et al, 2005). Trata-se de uma lesão no hemisfério direito, especificamente na região parietal, porém, em áreas que compõem o circuito neural adjacente contribuindo para o controle da atenção espacial, como: a região parietal posterior, campos visuais frontais e porção anterior do cíngulo, que possuem conexões entre si e relacionam-se com estruturas subcorticais, formando uma ampla rede de conectividade (Loureiro, 2002).

A sintomatologia da doença, de acordo com Loureiro (2002), é composta por alterações que serão descritas nas alíneas a seguir:

a) visuoespacial;

b) motor;

c) representacional;

Podendo se manifestar respectivamente por:

a) alterações de guiar-se visualmente pelo ambiente;

b) desenvolvimento de sequências motoras para a exploração;

c) incapacidade de representações mentais.

É considerada, dessa forma, uma doença heterogênea. Além dos aspectos, a doença também é subdividida em níveis, como:

a) Extrapessoal:

– O paciente não percebe estímulos ambientais no espaço contralateral.

b) Pessoal:

– O paciente negligencia o próprio corpo na parte contralateral.

c) Representacional.

No processo de avaliação do paciente, não se deve mensurar apenas de forma quantitativa suas funções cognitivas. Considerar apenas essas medidas e colocá-las enquanto representantes do quadro cognitivo pode trazer grandes consequências. É imperativo ao neuropsicólogo a avaliação e observação comportamental do paciente, dessa forma, aprimorando a sua base para realizar uma análise íntegra e intrínseca do seu paciente e suas contingências ambientais (Pontes e Hübner, 2007).

A reflexão sobre a reabilitação em um quadro de negligência hemiespacial deve ser direcionada na melhora durante as atividades diárias do paciente. O processo do desenvolvimento de reabilitação para esse quadro foi inicialmente feito a partir de intuição clínica ao decorrer da prática. As estratégias visam uma melhora dos sintomas e solução da incapacidade de orientação do paciente e ocorrem com diferentes técnicas de estimulação. Essas intervenções são feitas de forma estruturada, iniciando-se como uma estimulação constante em diferentes modalidades sensoriais, ao ponto em que quando o

paciente desenvolve uma forma autônoma de estratégias compensatórias, a estimulação é reduzida (Loureiro, 2002).

Como supracitado, a reabilitação cognitiva consiste em um conjunto de técnicas estruturadas para o treinamento de pacientes que, após alguma lesão, apresentam comprometimento nas áreas da cognição. Em um estudo de caso com um paciente heminegligente de 45 anos que foi submetido a reabilitação cognitiva, houve melhora do quadro nas atividades de vida diária e maior independência, assim como o aumento perceptual do campo visual e do hemicorpo negligenciado. O paciente foi submetido a uma avaliação neuropsicológica para a verificação do nível de comprometimento cognitivo, em específico, áreas de pensamento abstrato, atenção e memória antes da reabilitação (Cardoso et al, 2005).

Como abordado anteriormente, o estudo traz como tema central a reabilitação neuropsicológica em pacientes com negligência hemiespacial. Essa síndrome não é amplamente conhecida, assim como os seus meios de reabilitação; carecemos de pesquisa na área para um melhor prognóstico dos pacientes. Os métodos de reabilitação até o momento foram desenvolvidos pela prática clínica, porém não há uma reabilitação específica para o transtorno e com uma efetividade permanente. Para a realização dessa pesquisa, a reflexão central é a da possibilidade de muitos não saberem como e aonde ir se acometidos pela síndrome. Usualmente, o atendimento é feito em ambulatório no hospital de atendimento inicial e, em caso de complicações, o paciente é admitido para cuidados extensivos. O episódio é comumente assistido por um médico especialista em Neurologia ou Neurocirurgia, que irá fazer os exames laboratoriais e de imagem para procurar o foco e causa do AVE. Entretanto, pouco se fala do especialista Neuropsicólogo nesses casos e, nos casos em que há o encaminhamento, muitos profissionais não estão habilitados para realizar a reabilitação neuropsicológica ou não possuem substrato teórico e prático para tal, o que impede uma avaliação e intervenção na fase aguda, tornando difícil um bom prognóstico para o paciente. É de suma importância o esclarecimento sobre o que há na comunidade científica até o momento, para que, dessa forma, seja possível uma evolução ou implementação no sistema e não apenas uma divulgação da semiologia. Busca-se, ainda, demonstrar o papel da Neuropsicologia no processo de avaliação, reabilitação e evolução do prognóstico. Para isso, será feita uma revisão sistemática da literatura sobre o tema a fim de investigar o que foi publicado no período de cinco anos.

2. MÉTODO

A revisão sistemática foi realizada baseada nos critérios do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA 7, a fim de conferir uma maior confiabilidade para a revisão. O estudo foi realizado por meio da consulta nas bases de dados PubMed, Scielo, Lilacs e Pepsic, compreendendo artigos publicados no período entre 2015 e 2021. Para definir os termos utilizados na busca, foram selecionadas palavras-chave indexadas pela própria base de dados, atendendo ao procedimento de controle de vocabulário. Os termos selecionados referem-se à reabilitação neuropsicológica em pacientes com a negligência hemiespacial. Os termos foram cruzados utilizando o operador booleano "AND" com o propósito de restringir a pesquisa aos resumos que apresentavam ambos.

Os termos para a pesquisa no PubMed foram o *neuropsychology* AND *rehabilitation* AND *hemispatial neglect*. Os termos foram baseados no *Medical Subject Heading Terms* (Mesh Terms-MeSH), método utilizado como controle de vocabulário para essa base. A pesquisa foi realizada em inglês por se tratar do idioma predominante na base de dados. Nas demais bases – Lilacs e Pepsic – os termos utilizados para a pesquisa foram: *neuropsicologia AND negligência hemiespacial AND reabilitação*. Os termos foram baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), método utilizado como controle de vocabulário para essas bases de dados. A base de dados Scielo não possui controle de vocabulário, portanto, a pesquisa foi feita utilizando-se os termos de controle dos DeCS. Os descritores utilizados estavam presentes no título e/ou no resumo dos trabalhos encontrados. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos empíricos que estivessem na língua inglesa e/ou portuguesa e artigos que articulassem as três dimensões de pesquisa. Foram excluídas dessa pesquisa as teses e dissertações, livros e capítulos de livros, demais tipos de revisão e qualquer artigo que não estivesse em inglês ou português. Após realizada a busca nas bases de dados, foram encontrados 71 artigos. Foi realizado um refinamento considerando o título como critério, restaram 26 artigos. Os artigos que remanesceram foram analisados pelo resumo, restando 15 artigos. A partir da leitura dos resumos dos artigos e seu refinamento, os artigos foram analisados pela sua adequação aos critérios de inclusão e acesso ao artigo completo. Foram retirados 8 artigos que não cumpriam os critérios de elegibilidade e/ou não estavam completos, restando 7 artigos para revisão. Os procedimentos metodológicos utilizados para a pesquisa estão representados na figura 1.

Com o intuito de melhorar a objetividade e visualização dos trabalhos utilizados, foram apresentadas as características gerais dos documentos: ano, país, amostra, objetivo e resultados. Os dados estão expostos na tabela 1.

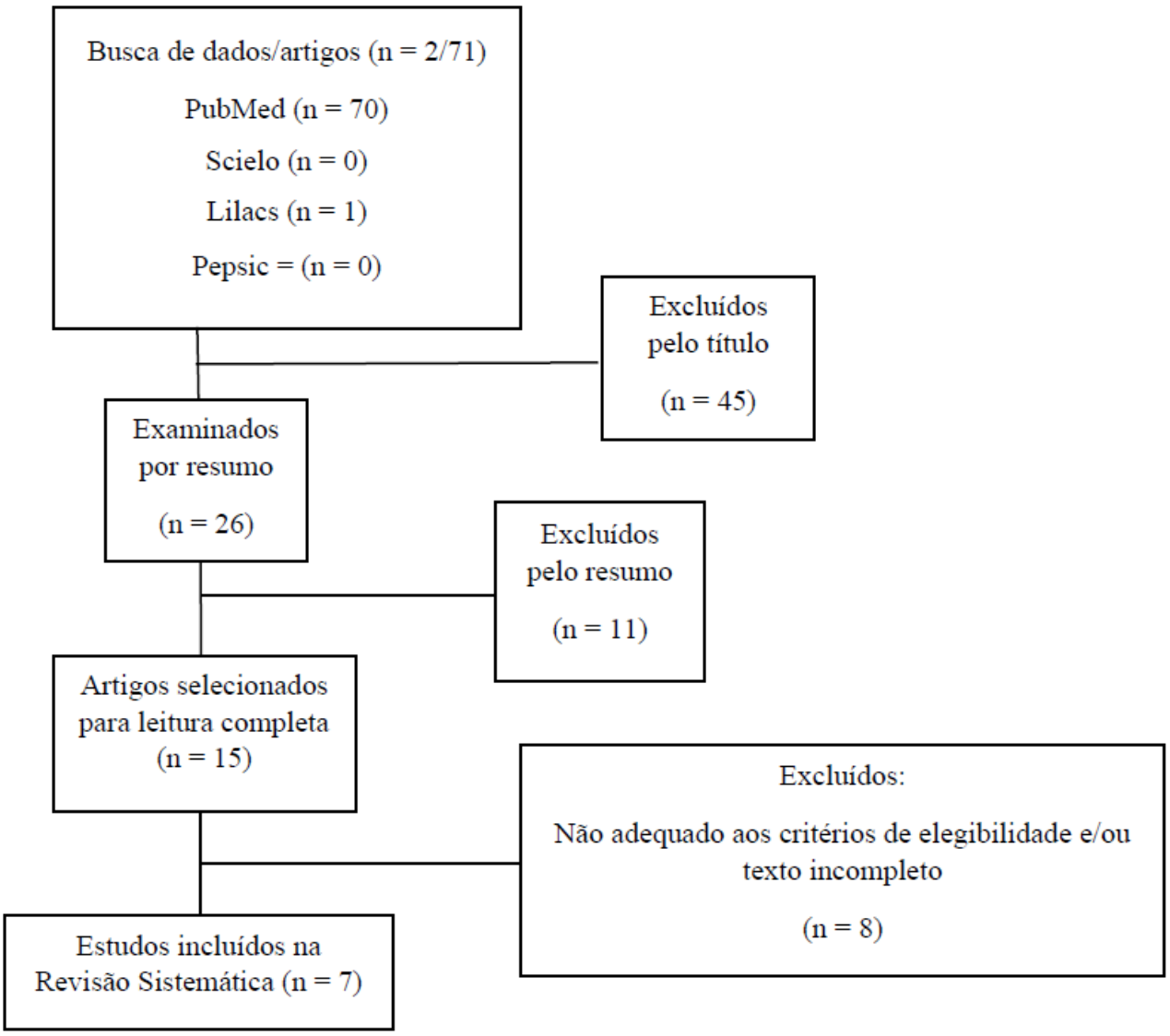


Figura 1. Procedimentos metodológicos utilizados para a pesquisa.

AUTORES	TÍTULO	ANO	REVISTA	AMOSTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
Pitteri M, Chen P, Passarini L, Albanese S, Meneghello F, Barrett AM.	Conventional and functional assessment of spatial neglect: Clinical practice suggestions	2018	Neuropsychology	14 indivíduos pós lesão	Adicionar evidências acerca da abordagem global	CBS via KF-NAP é clinicamente importante

Turgut N, Möller L, Dengler K, Steinberg K, Sprenger A, Eling P, Kastrup A, Hildebrandt H.	Adaptive Cueing Treatment of Neglect in Stroke Patients Leads to Improvements in Activities of Daily Living: A Randomized Controlled, Crossover Trial	2018	Neurorehabil Neural Repair	26 pacientes pós derrame ou hemorragia	Investigar o efeito de pistas visuais	Melhoras relevantes
Lunven M, Rode G, Bourlon C, Duret C, Migliaccio R, Chevrillon E, Thiebaut de Schotten M, Bartolomeo P.	Anatomical predictors of successful prism adaptation in chronic visual neglect	2019	Cortex	14 pacientes pós derrame	Observar preditores anatomicos para adaptação de PRISMA	Hemisfério saudável é importante na compensação
Mancuso M, Damora A, Abbruzzese L, Zoccolotti P.	Prism adaptation improves egocentric but not allocentric unilateral neglect: a case study	2018	Eur J Phys Rehabil Med	Um paciente	Melhora da negligência egocêntrica	Melhoras na cognição e motricidade; limitação em AVD
Ros T, Michela A, Bellman A, Vuadens P, Saj A, Vuilleumier P.	Increased Alpha-Rhythm Dynamic Range Promotes Recovery from Visuospatial Neglect: A Neurofeedback Study	2017	Neural Plast	5 participantes com negligência viuoespacial	Uso do EEG e NFB como reabilitação	Amplitude alfa pode constituir marcador valioso
Conti D, Di Nuovo S, Cangelosi A, Di Nuovo A.	Lateral specialization in unilateral spatial neglect: a cognitive robotics model	2016	Cogn Process	Robô	Observação da síndrome	Experimentos em robôs podem suplementar os estudos tradicionais
Schaadt AK, Reinhart S, Keller I, Hildebrandt H, Kerkhoff G, Utz KS.	The effect of rotating random dot motion on visuospatial line orientation in patients with right-sided stroke	2016	Neuropsychologia	20 pacientes pós derrame	Analisar se o RDM rotacional modula o julgamento visual	O RDM modula déficits de orientação

Tabela 1. Síntese dos sete artigos utilizados na revisão.

Com o objetivo de possibilitar uma melhor visualização dos resultados, os artigos foram divididos em categorias, considerando-se a similaridade de temas, sendo estas: Reabilitação Neuropsicológica; Preditores e Adaptação de Prisma; Estudo com modelo cognitivo robótico.

3. RESULTADOS

No que se refere à autoria, todos os artigos foram escritos por mais de um autor. No que concerne ao ano de publicação, foram encontrados dois artigos publicados no ano de 2016, um em 2017, três em

2018 e um em 2019. No que tange aos periódicos, os artigos foram encontrados um cada das seguintes revistas: Neuropsycholgy; Neurorehabilitation and Neural Repair; Cortex; European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine; Neural Plasticity; Cognitive Processing e Neuropsychologia. Todos os sete artigos foram publicados em inglês.

Em relação ao local de publicação, nota-se que há uma prevalência na Alemanha com três publicações, seguida pela Itália com duas publicações. Integra-se a esse quadro França e Suíça com uma publicação cada. Acerca do sexo da amostra, dentre os sete artigos utilizados, dois artigos apresentaram uma amostra mista, um artigo utilizou modelo robótico e três artigos não especificaram o sexo da amostra.

4. PRINCIPAIS RESULTADOS, CATEGORIAS E LIMITAÇÕES

4.1 REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Em um estudo randomizado cruzado com 26 pacientes, sobre adaptação de pistas para pacientes com negligência realizado por Turgut et al. (2018), investigou-se uma tarefa de leitura como uma possível forma de tratamento. Os autores incluíram uma tarefa relevante para o cotidiano do paciente e fizeram um procedimento regressivo como forma de estimular a orientação independente ao lado esquerdo. A intervenção inclui uma tarefa diária de leitura combinada com pistas endógenas e exógenas promovidas por um terapeuta. A capacidade do paciente de exercer a autoajuda implicava na severidade da síndrome, o que possibilitava um protocolo de tratamento adaptativo. Foram observadas melhoras significativas após a intervenção intensa com duração de três semanas com leitura, atividades diárias, aplicação do Line Bisection e o desenho do relógio.

Em um estudo de Pitteri et al. (2018) abordando as avaliações convencionais e funcionais, os autores trouxeram sugestões para a prática clínica. Nesse artigo, é descrito que a negligência espacial é uma barreira para uma recuperação funcional pós-lesão cerebral adquirida, assim como a sua avaliação. Por se tratar de uma síndrome de etiologia multifatorial, não há um único teste capaz de identificar todos os seus sinais. Com o intuito de promover uma solução clínica, foram utilizados os testes neuropsicológicos convencionais e a Escala de Catherine Bergego (CBS) via KF-NAP. Os autores tinham como objetivo demonstrar que uma abordagem global pode detectar melhor até mesmo os sinais mais sutis da negligência. Para a investigação, 14 participantes pós-lesão no hemisfério direito participaram da avaliação. Os autores demonstraram que o CBS via KF-NAP foi capaz de detectar comprometimento funcional, especialmente o motor relacionado à negligência; os resultados também expressaram que a escala foi altamente sensível na detecção de sinais de negligência, principalmente em pacientes com

severidade branda, mostrando-se, dessa forma, capaz de cobrir diversos aspectos das manifestações da negligência. Os autores consideram o diagnóstico com base no CBS via KF-NAP clinicamente importamente e diretamente relevante.

4.1.2 PREDITORES E ADAPTAÇÃO DE PRISMA

Assim como reformulações para uma reabilitação neuropsicológica são de extrema importância, o perfil do paciente também se torna crucial para um prognóstico. Lunven et al. (2019) realizaram um estudo de preditores anatômicos para uma adaptação de prisma bem-sucedida em pacientes com negligência visual. A hemianopsia é a perda de visão parcial em um ou ambos os olhos e para a tentativa de tratamento foi utilizada a adaptação de prisma, que é uma técnica não invasiva e conveniente, porém não eficiente em todos os pacientes.

A hipótese dos autores era de que a adaptação de prisma pode melhorar a negligência do hemisfério esquerdo por facilitar a compensação mediante uma contribuição ao hemisfério não comprometido. O estudo realizado por 14 participantes pós-derrame avaliou os efeitos da adaptação de prisma, espessura cortical e a integridade de massa branca. Os resultados mostraram que pacientes que se beneficiaram da adaptação de prisma possuíam maior espessura cortical temporoparietal, pré-frontal e áreas do cíngulo no hemisfério não danificado. O tempo desde a ocorrência do derrame também é importante para a eficácia do tratamento. Os autores concluem que a adaptação de prisma pode melhorar a hemianopsia a partir da contribuição do hemisfério não lesionado, agindo como um mecanismo de compensação para a negligência.

Um estudo ainda acerca da adaptação de prisma foi realizado por Mancuso, Damora, Abbruzzese e Zoccolotti (2018) procurando estabelecer sua contribuição para a negligência egocêntrica e alocêntrica. Conforme os autores, o estudo sobre reabilitação focou até hoje na negligência unilateral egocêntrica, entretanto a negligência alocêntrica prevê falhas nas atividades diárias ainda maiores. O estudo foi realizado com um paciente que possuía os dois níveis de negligência e foi observado que, apesar de uma melhora em várias áreas cognitivas e motoras, ainda há grande limitação nas atividades diárias. Os autores consideram de suma relevância o desenvolvimento de métodos de reabilitação para a negligência alocêntrica, uma vez que esse é um fator limitante, principalmente em atividades diárias.

Foi visto em um estudo de Ros et al. (2017) que o aumento do ritmo alfa promove uma recuperação na negligência unilateral. Os autores apontam que o uso do eletroencefalograma (EEG) e do

neurofeedback (NFB) são importantes quando se trata de melhorar comprometimentos neurológicos da atenção. Embora não haja evidências sobre o seu uso acerca de contribuições para fisiopatologia ou recuperação, foi realizada uma tentativa de manipulação de oscilação alfa em cinco pacientes e seu papel na negligência. A estimulação de redução das oscilações alfa no córtex parietal posterior ocorreu durante 20 minutos por seis dias. Foi observada uma aprendizagem de sucesso do NFB entre as sessões, o que melhorou as oscilações alfa. O uso do NFB como ferramenta de investigação na recuperação da neuroplasticidade é evidenciado enquanto promissor na reversão de déficits atencionais, e sua combinação com o EEG pode constituir um marcador valioso para os sintomas clínicos e autorregulação.

A recuperação visuoespacial em pacientes com negligência é um dos grandes focos quando se trata do processo de reabilitação. Conforme Shaadt et al. (2016) os julgamentos de orientação visual são frequentemente comprometidos em lesões parietais do lado direito e a percepção de uma linha para a orientação e um componente visual e perceptivo importante das capacidades visuoconstrutivas. Como pouco se sabe a respeito dos fatores de modulação e tratamentos efetivos para o transtorno, os autores se basearam em estudos que contavam com o uso do Random Dot Motion (RDM) em uma atividade de julgamento visual com uma língua oblíqua. O estudo foi feito com 20 pacientes pós-derrame e 10 sujeitos saudáveis da mesma idade. Os autores realizaram três condições experimentais:

a) Um plano de fundo com dois pontos brancos pequenos parados;
b) Com movimento em sentido horário lento;
c) Com movimento em sentido anti-horário circular.

Os resultados do estudo demonstraram que o RDM rotacional modula os déficits de orientação em pacientes, sendo possivelmente influenciado pelas representações espaciais superiores voltadas para a percepção de linhas oblíquas.

4.1.3 ESTUDO COM MODELO COGNITIVO ROBÓTICO

Com o avanço tecnológico, a inteligência artificial agora é algo próximo e real. Os autores Conti, Di Nuovo, Cangelosi e Di Nuovo (2016) realizaram um experimento com um modelo cognitivo robótico. Esse modelo robótico foi modelado de acordo com o déficit cognitivo da negligência unilateral e contou com uma rede neural artificial que foi treinada para controlar o foco atencional em uma plataforma chamada iCub. Em cópia ao cérebro humano, a arquitetura foi dividida em dois hemisférios e incorporada pelos mecanismos de plasticidade inspirados pela biologia humana. O modelo do estudo foi validado ao replicar experimentos com humanos que tinham a síndrome e reproduziram os

comportamentos humanos previamente exibidos. Foi realizada uma simulação da recuperação após o dano para comparar a performance dos dois hemisférios.

5. DISCUSSÃO

A partir da análise dos estudos encontrados, foi possível estabelecer quais as técnicas, tipos de avaliação e testes que são atualmente utilizados para a reabilitação e diagnóstico de pacientes com negligência hemiespacial. Foi observado que todos os autores compartilham a mesma hipótese e compreensão sobre a síndrome, sendo estas: a dificuldade de reabilitação, demora para a busca de um neuropsicólogo e início à avaliação e tratamento, ausência de um padrão avaliativo voltado para o reconhecimento e reabilitação da síndrome, a importância de um hemisfério esquerdo saudável e a baixa probabilidade de um bom prognóstico.

No estudo realizado por Turgug et al. (2018), os autores relatam que aparentemente há evidência limitada para benefício de uma melhora cognitiva imediata no processo de reabilitação dos pacientes com os métodos vigentes. A partir dessa premissa, reforçam que o desenvolvimento de um novo método terapêutico não deve apenas focar na manipulação sensorial, mas também incluir estratégias cognitivas que seriam adaptadas de acordo com a individualidade de cada paciente.

De acordo com Turgut et al. (2018), o tratamento da negligência é de fato desafiador, entretanto possível, se alguns fatores forem levados em consideração em seu desenvolvimento, por exemplo: a combinação de pistas exógenas e endógenas para acessar os processamentos bottom-up e top-down, adaptação para as individualidades da negligência apresentada pelo paciente para possibilitar orientações independentes no hemisfério esquerdo a partir de pistas auto orientadas e a combinação de estratégias para as atividades de vida diária, possibilitando a qualidade de vida e independência do paciente.

Em um segundo estudo que objetivou a investigação de métodos diagnósticos e reabilitativos, os autores Pittteri et al. (2018) reforçam que se trata de uma síndrome multimodal onde muitos subtipos e formas foram descritas, entretanto o diagnóstico é possível quando as três dimensões apresentam alterações. Elas podem ser definidas em três dimensões espaciais:

a) Estágiode processamento: perceptual-atencional; representacional; intenção motora.
b) Dimensão do quadro de referência: alocêntrica e egocêntrica.
c) Dimensão espacial: pessoal, peripessoal e extrapessoal.

Um aspecto interessante observado pelos autores é que a Negligência Hemiespacial ainda é pouco investigada quando se trata de lesões no hemisfério esquerdo. Sugerindo que há a possibilidade de a síndrome ocorrer no hemisfério esquerdo, no entanto, faltam evidências que corroborem essa possibilidade. Assim como Turgut et al. (2018), Pitteri et al. (2018) trazem a ausência de um padrão clínico para ser utilizado ou que seja aceito no que concerne o diagnóstico, o que mantém a avaliação por testes neuropsicológicos convencionais.

Conforme colocado na introdução do presente estudo, poucas pessoas sabem do que se trata a Negligência Hemiespacial, quem procurar e como é feito o tratamento. Piteri et al. (2018) apontam que essa questão é um obstáculo no que concerne ao tratamento. Segundo os autores, nas fases agudas, a NH pode ser facilmente detectada com observação clínica e testes neuropsicológicos.

O tempo de espera para a detecção da síndrome pode ser crucial ao considerar que alguns pacientes podem se sair bem em avaliações neuropsicológicas, no entanto a sensibilidade do teste pode ser diminuída ao curso da recuperação desses pacientes, pois eles aprendem a compensar os déficits.

A partir da investigação de testes, o estudo conseguiu demonstrar que o CBS via KF-NAP é capaz de detectar deficiências funcionais relacionadas à NH, e sua avaliação está relacionada às disfunções espaciais de forma seletiva; seu uso promove uma correlação mais específica quanto combinado com outras escalas que medem a inabilidade motora, especificamente comprometimentos com relação motora; o CBS via KF-NAP é um teste altamente sensível quando se trata de detectar a presença de NH em pacientes com manifestações brandas da síndrome; pode-se considerar uma ferramenta valiosa no que tange medir e avaliar especificamente o domínio visuoespacial, não sendo tão precisa quando se trata de pacientes acometidos por outros fatores.

Lunven et al. (2019) demonstraram em seu estudo que a maior parte da lesão estava concentrada na matéria branca frontoparietal direita em ambos os subgrupos. Também foi observada lesão no giro supramarginal e angular na porção inferior do lóbulo parietal apenas no grupo com baixa responsividade. A subtração de lesão entre os grupos de baixa e alta responsividade revelou áreas parietais, incluindo o lóbulo parietal inferior, giro pós-central e áreas frontais, como: giro pré-central, lobo frontal superior, córtex orbitofrontal e a massa branca frontoparietal.

A partir de uma análise de regressão entre a espessura cortical e a pontuação de recuperação, foram observados clusters no hemisfério esquerdo não lesionado. O primeiro cluster estava envolvido na região perisilviana, incluindo a superfície do lóbulo parietal inferior, os três giros temporais, áreas somatossensoriais e o córtex pré-frontal. O segundo cluster estava localizado na porção posterior do

sulco temporal superior e o terceiro cluster foi encontrado na porção anterior do sulco temporal direito. Tanto o grupo controle quanto o grupo com alta responsividade demonstraram espessura similar; em comparação ao grupo com baixa responsividade apresentaram valores reduzidos no terceiro cluster (Lunven et al. 2019).

Na análise da massa branca, Luven et al. (2019) localizaram o primeiro cluster no corpo do corpo caloso; o segundo cluster estaria abrangendo o genu do corpo caloso e o terceiro cluster estava localizado na porção do genu no corpo caloso, entretanto na porção esquerda não lesionada.

Os autores analisaram os tratos da massa branca perpassando pelos voxels e puderam observar uma diferença significativa entre os subgrupos de pacientes. A análise revelou que as fibras que estavam intercedendo o primeiro cluster conectavam-se primordialmente com áreas sensório-motoras. Áreas como o giro médio e superior do lobo temporal, giro supramarginal, pré-cuneus e lóbulo parietal superior do lobo parietal também estariam envolvidas. O segundo e terceiro clusters se envolviam primordialmente com áreas pré-frontais. Os autores destacam que o estudo demonstrou que a análise da espessura cortical indica uma contribuição significativa ao hemisfério esquerdo não lesionado (Lunven et al., 2019).

Mancuso et al. (2018) definem que formas egocêntricas de NH seriam aquelas centradas no sujeito, ou seja, o indivíduo negligencia a metade esquerda de si mesmo e alocêntrica focadas nos objetos: o indivíduo negligencia a metade esquerda dos objetos e os autores apontam para evidências que indicam que a negligência alocêntrica prevê falhas significativas em atividades de vida diária.

Nesse estudo, após o tratamento com lentes prismáticas observou-se que a intervenção baseada em adaptação de prisma demonstrou ser efetiva na redução de pacientes com NH egocêntrica, entretanto há um efeito paradoxo no estudo. O paciente, embora tenha tido melhoras nos sintomas egocêntricos, demonstrou um aumento discreto dos sintomas alocêntricos.

Com o uso do neurofeedback (NFB) foi observada uma supressão relativa das ondas alfa no córtex parietal. Ros et al. (2017) destacam que as descobertas preliminares promovem evidências acerca da principal preocupação relacionada à viabilidade do NFB em pacientes com negligência e marcadores neuropsicológicos associados com déficits de atenção visuoespacial. Foi visto que pacientes com negligência podem aprender a ter controle sob o parâmetro de NFB utilizado no EEG após certo período. A comparação entre as evidências pré e pós feitas no estudo demonstram que o treinamento a partir do NFB pode ser efetivo nessa população.

Examinando as correlações do EEG relativas à recuperação visuoespacial do hemisfério esquerdo ao longo das avaliações, os autores observaram que a variabilidade da amplitude das ondas alfa durante o estado de pouco no córtex parietal posterior direito é o principal preditor para mudança de sintomas, podendo estes serem clínicos e de autorregulação. Valores de base anormais na amplitude alfa que se estende de forma generalizada e seu alcance dinâmico prevalente no córtex parietal posterior direito podem prover marcadores neuropsicológicos relacionados à negligência espacial, desvios e alterações na dinâmica funcional das redes de atenção.

A partir do uso de MRIcron, Schaadt et al. (2016) observaram que a área que mais se destacou dentre os indivíduos debilitados (80%) está localizada na massa branca frontal, na ponta do córtex insular anterior e no opérculo frontal. Destaca-se que as estruturas são sempre no hemisfério direito. Em 70% dos pacientes foi observada a ínsula direita, com comprometimento nas partes anterior e posterior e no giro supramarginal.

Os autores observaram que os movimentos de pontos aleatórios, quando feitos vagarosamente e em um campo pequeno, modulam erros de perceptuais de sentido anti- horário nas tarefas LINE em pacientes com desorientação espacial seguida por lesões no hemisfério direito, primordialmente, áreas frontoparietais.

Shaadt et al. (2016) apontam que a estabilidade dos efeitos terapêuticos deve ser acompanhada; no entanto, seus resultados para o uso de RDM repetitivo e rotatório mostram-se promissores como opção para tratamento dos déficits visuoespaciais pós- derrame, e o seu uso repetitivo em horizontal pode contribuir para a negligência.

Como supracitado, a negligência unilateral está tipicamente associada a danos no Córtex Parietal Posterior, entretanto em alguns pacientes a lesão pode se expandir e alcançar o córtex pré-motor. De acordo com Conti et al. (2016), a maioria das opiniões em relação à síndrome é de que se trata de uma condição heterogênea consistente com a origem dos locais lesionados.

Dada a complexidade da síndrome, diversas ferramentas são necessárias a fim de possibilitar um diagnóstico e seu grau de comprometimento e áreas envolvidas. Essas respostas são cruciais para a reabilitação do paciente (Conti et al., 2016).

As simulações computadorizadas possibilitam que as hipóteses acerca do processamento atencional funcional e disfuncional feitas sejam testadas; sendo possível, também, fazer pressuposições e

hipóteses de forma mais explícita e implementar apenas as partes do cérebro que precisam de maior foco (Conti et al., 2016).

Os autores demonstram em seu estudo que o uso de abordagens cognitivas robóticas pode suplementar as formas clássicas de estudo focando apenas nas partes específicas do cérebro, possibilitando assim hipóteses e pressuposições que são difíceis de serem observadas e testadas em humanos e animais. Outro ponto positivo é que robôs não necessitam de pausa e não se cansam, sendo possível realizar o experimento logo após a simulação do treinamento de reabilitação, dessa forma, pode-se excluir a possibilidade de o cansaço trazer prejuízo à avaliação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A presente revisão possibilitou a compreensão e descoberta de quais são os métodos em uso atualmente para o diagnóstico e reabilitação da Negligência Hemiespacial, assim como o seu prognóstico. Inobstante, também foi possível ver quais as linhas de estudo estão presentes na busca de um tratamento para essa síndrome, quais promovem um melhor prognóstico, duração da melhora e inovações tecnológicas que possam possibilitar maior efetividade no tratamento.

Há muito o que ser estudado e revisto no que tange à síndrome e às possibilidades dentro da neuropsicologia. Este estudo forneceu informações em um período limitado bem como com restrição do idioma. Embora essas sejam consideradas limitações ao estudo, a sistematização adotada possibilita a replicação da pesquisa para possíveis complementos no futuro.

7. REFERÊNCIAS

Cardoso, L.; Ferreira, H. P.; Lopes, M. A. L.; Carvalho, J. C. & Costa, M. A. (2005). Hemineglig ência e reabilitação cognitiva: um relato de caso. J. bras. Psiquiatr, novembro 2005, 54(4): 340-344

Disponível em: http://www.hucff.ufrj.br/documentos/especialidades/fisioterapia/co gnitiva.pdf

Conti, D.; Di Nuovo, S.; Cangelosi, A. & Di Nuovo, A. (2016). Lateral specialization in unilateral spatial neglect: a cognitive robotics model. Cogn Process, 17: 321-328. doi: 10.1007/s10339-016-0761-x

Loureiro, C. S. (2002). Técnicas de reabilitação: na inatenção hemiespacial selectiva.

Psicologia, 2002, 16 (1): 177-195. doi: https://doi.org/10.17575/rpsicol.v16i1.474

Lunven, M. ; Rode G. ; Bourlon C. ; Duret, C. ; Migliaccio, R. ; Chevrillon, E. ; . . . Bartolomeo, P. (2019). Anatomical predictors of successful prism adaptation in chronic visual neglect. Cortex, 120:629-64. doi: 10.1016/j.cortex.2018.12.004

Mancuso, M.; Damora, A.; Abbruzzese, L.; Zoccolotti, P. (2018). Prism adaptation improves egocentric but not allocentric unilateral neglect: a case study. Eur J Phys Rehabil Med, 54(1):85-89. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04603-2

Moher, D. ; Shamseer, L. ; Clarke, M. ; Ghersi, D. ; Liberati, A. ; Petticrew, Mark. ; . . Goup, Prisma-P. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta- analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Systematic reviews, 1;4(1):1. doi: 10.1186/2046-4053-4-1

Pitteri, M. ; Chen, P. ; Passarini, L. ; Albanese, S. ; Meneghello, F. & Barret A. M. (2018). Conventional and functional assessment of spatial neglect: Clinical practice suggestions. Neuropsychology, 32(7):835-842. doi: 10.1037/neu0000469

Pontes, L. M. M. & Hübner, M. M. C. (2008). A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. Arch. psiquiatr. Clín, 35 (1). https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100002

Ros, T. ; Michela, A. ; Bellman, A. ; Vuadens, P. ; Saj, A. & Vuilleumier, P. (2017). Increased Alpha-Rhythm Dynamic Range Promotes Recovery from Visuospatial Neglect: A Neurofeedback Study. Neural Plast, 2017:7407241. doi: 10.1155/2017/7407241

Schaadt, A. K. ; Reinhart, S. ; Keller, I. ; Hildebrandt, H. ; Kerkhoff, G. & Utz, K.S. (2016). The effect of rotating random dot motion on visuospatial line orientation in patients with right-sided stroke. Neuropsychologia, 92:167-173. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2016.05.030

Turgut, N. ; Möller, L. ; Dengler, K. ; Steinberg, K. ; Sprenger, A. ; Eling, P. ; . . . Hildebrandt, A. (2018). Adaptive Cueing Treatment of Neglect in Stroke Patients Leads to Improvements in Activities of Daily Living: A Randomized Controlled, Crossover Trial. Neurorehabil Neural Repair, 32(11):988-998. doi: 10.1177/1545968318807054

Capítulo 7

10.37423/220505829

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA CONSULTA FARMACÊUTICA NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, ESTADO DO PARÁ, BRASIL

Maria Lucia Dias Tavares — *Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Pará*

Valdenira Gonçalves da Silva — *Mestre em Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal do Pará*

Hayllen Mayara Santos Gonçalves Rocha — *Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Pará*

Ana Paula Bastos Ferreira Vieira — *Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Pará*

Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro — *Mestre em Doenças tropicais pela Universidade Federal do Pará*

Marcos Valério Santos da Silva — *Doutor em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de São Paulo – USP*

Marcieni Ataide de Andrade — *Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de São Paulo – USP*

Brianna Jandira Sousa dos Santos — *Mestranda Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal do Pará*

Anna Paula Alves Monteiro Costa — *Graduada em Farmácia pela Faculdade Centro Universitário do Estado do Pará*

Bruno José Sarmento Botelho — *Graduando em Farmácia pela Universidade Federal do Pará*

Resumo: A Assistência Farmacêutica exerce um papel importante na Atenção Primária a Saúde (APS), por meio de Serviços farmacêuticos (Sefar), visando assegurar o acesso e promoção do uso racional de medicamentos. Os Sefar se dividem em ações gerenciais, voltados principalmente para a logística de medicamentos e ações clínicos-assistenciais direcionados ao cuidado centrado ao paciente. Todavia, a implantação dos Sefar na APS, ainda é um desafio em toda rede municipal de saúde do município de Belém, fato este, constatado em estudo recente por Soler e colaboradores, em 2017, que demonstrou a falta da gestão do cuidado farmacêutico na rede de saúde do município. Desse modo, este trabalho objetivou realizar o diagnóstico situacional da consulta farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do municipio de Belém. Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo com abordagem qualitativa, realizado através de coleta de dados, no período de julho a agosto de 2020, por meio de aplicação de questionário adaptado, embasado no instrumento utilizado na Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), o qual foi composto por dezoito (18) perguntas abertas e fechadas, acerca das atividades de ações gerenciais e ações assistenciais, geridas pelos farmacêuticos nas UBS, buscando obter informações sobre o cenário real das atividades exercidas por esses profissionais, bem como, identificar a sua atuação clínica de modo mais abrangente e de que forma é realizada na rotina de trabalho. Dentre os resultados, verificou-se que somente três UBS desenvolvem práticas relacionadas aos serviços clínicos farmacêuticos. Entre os motivos para a ausência dessa prática nas demais UBS, identificou-se a falta de infraestrutura, a deficiência de recursos humanos e indisponibilidade de tempo do profissional farmacêutico. A proposta executada é uma estratégia inicial para posterior implantação do serviço da consulta farmacêutica na rede municipal de saúde de Belém, haja vista as evidências por meio do diagnóstico situacional que comprovam a ausência do serviço de modo padronizado.

Palavras-chave: Farmácia clínica. Serviços clínicos Farmacêuticos. Cuidado farmacêutico. Consulta Farmacêutica. Atenção primária.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, pode-se dizer que ao longo do tempo, ocorreram uma série de marcos legais com objetivos de reestruturar a Assistência Farmacêutica (AF), desde a sua incorporação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública, voltados para o acesso da população a medicamentos com qualidade, eficácia e segurança comprovadas, além da promoção do uso racional de medicamentos (Costa et al., 2017). Como exemplos, pode-se citar a Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998, a Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF) em 2004, entre outras (Brasil; Freitas et al., 2016). Mattos (2015) em seu estudo esclarece que essas políticas em sua totalidade visam à integração, reorientação, organização e qualificação, objetivando promover melhorias das condições da AF em todos os níveis de atenção à saúde.

Em 2017, foi aprovada uma nova revisão nas políticas públicas nacionais para o fortalecimento da AF, destacando-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela portaria nº 2.436, estabelecendo novas diretrizes para a organização dos serviços da AF no SUS, ampliando e qualificando o acesso da população aos medicamentos, bem como, fortalecendo o cuidado em saúde ofertado aos usuários na Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS), termo também muito utilizado por alguns autores brasileiros na literatura (Araújo, S. et al., 2017; Brasil, 2017, 2019; Barros et al., 2020).

A APS é considerada a principal porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, tendo um papel essencial na melhoria do cuidado à saúde dos cidadãos, devido ao seu potencial resolutivo e baixo custo. Desse modo, a AF exerce um papel importante na APS, complementando e aprimorando as ações e serviços de saúde, por meio da atividade farmacêutica, buscando assegurar o acesso e promoção do uso racional de medicamentos (Arruda et al., 2015; Araújo, S. et al., 2017; Luquetti et al., 2017; Brasil, 2019). Entretanto, para que o profissional farmacêutico possa realizar suas atividades na APS, deve cumprir com as diretrizes propostas pela PNAF que são aplicadas por meio dos Serviços farmacêuticos (Sefar) (Brasil, 2014; Cff, 2016a; Araújo, S. et al., 2017).

Os Sefar envolvem um conjunto de ações coordenadas pelo farmacêutico que visam contribuir para prevenção de doenças, promoção à saúde, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, contribuindo para seu acesso e uso racional (Pereira et al., 2015; Cff, 2016a; Araújo, S. et al.; Araújo, P. et al., 2017). Estes serviços na APS, se dividem em ações gerenciais e ações clínico-assistenciais (Araújo, S. et al., 2017; Brasil, 2019).

As ações gerenciais se constituem em atividades voltadas principalmente para a logística do medicamento. Essas atividades envolvem as etapas de seleção, programação, armazenamento, distribuição, gestão de pessoas, além de darem suporte a prescrição e dispensação (Pereira et al., 2015).

As ações clínico-assistenciais, também denominadas por outros autores, na literatura, como cuidado farmacêutico, serviços clínicos farmacêuticos, atenção farmacêutica e consulta farmacêutica, se caracterizam pela ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, dos quais estão relacionadas ao cuidado do paciente (Araújo, S. et al.; Araújo, P. et al., 2017; Barros, 2020). Essas ações envolvem as atividades de dispensação, orientação farmacêutica, acompanhamento farmacoterapêutico, reconciliação de medicamentos, entre outros, com a finalidade de efetivar o tratamento individual ou coletivo, por meio da gestão clínica do fármaco, a fim de garantir o uso correto de medicamentos e consequentemente promover a saúde da população (Cff, 2016a; Araújo, S. et al.; Araújo, P. et al., 2017; Silva et al., 2018; Barros, 2020). Neste contexto, o farmacêutico contemporâneo é responsável por promover diversas ações de cuidado ao paciente, propondo intervenções conforme a sua necessidade de saúde e promovendo melhores resultados na farmacoterapia (Cff, 2016b; Silva et al., 2018; Brasil, 2019; Barros, 2020).

A prestação dos Sefar desenvolvidos pelo farmacêutico, na APS, é amparada e consolidada por diversos marcos regulatórios, para que este, possa exercer com afinco e segurança suas atribuições. Dentre estas regulações, destacam-se as resoluções: a RDC nº 499/2008 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), a qual dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias e ressalta que somente o farmacêutico poderá prestar estes serviços e, a RDC n°44/2009 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que aprovam as Boas Práticas Farmacêuticas, definindo dimensões, mobiliário e infraestrutura compatíveis com a prestação de serviços farmacêuticos a serem oferecidos aos pacientes (Cff, 2016b; Dal Molin et al., 2018). Além disso, o CFF, posteriormente, publicou duas resoluções, em 2013, a RDC n°585, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, o qual é apto a promover saúde, prestar serviços assistenciais, com foco na efetividade do tratamento e segurança do paciente e, a RDC n°586 que regulamenta a prescrição farmacêutica de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica (Cff, 2016a; Freitas et al., 2016; Nicoletti & Ito, 2018). Ao encontro dessas resoluções, foi publicada em 2014, a Lei Federal n°13.021, reforçando a prática dos serviços farmacêuticos, reconhecendo as farmácias e drogarias como um estabelecimento de saúde, ao instituir obrigações

legais voltadas à prestação de cuidado direto ao paciente. Sendo assim, essa lei apresenta um grande avanço no desenvolvimento dos serviços farmacêuticos nas farmácias brasileiras, enfatizando o cuidado farmacêutico centrado ao usuário, garantindo dessa forma, uma assistência farmacêutica integral e segura, de forma a promover o uso racional de medicamentos e contribuir para a otimização da farmacoterapia (Cff, 2016b; Dal Molin et al., 2018).

Portanto, segundo as legislações citadas, os farmacêuticos ao desenvolverem à prática dos Sefar, promovem à saúde, previnem e monitoram os eventos adversos, intervêm e contribuem na prescrição de medicamentos, atuando individualmente ou em conjunto com outros profissionais de saúde, com a finalidade de obter resultados clínicos positivos, promovendo dessa forma, uma melhor qualidade de vida aos pacientes (Pereira et al., 2017).

Podemos conceituar a Farmácia Clínica (FC) como área da farmácia voltada para à prática do uso racional do medicamento, na qual o farmacêutico atua em conjunto com uma equipe multiprofissional, prestando cuidado centrado ao paciente, visando a prevenção e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, de forma efetiva e humanizada (Lima et al., 2018; Rossignoli et al., 2019).

Vale ressaltar que a Consulta Farmacêutica (CF) é de suma importância para a prática da farmácia clínica, sendo esta, definida pelo contato entre o farmacêutico e o paciente, objetivando os melhores resultados na farmacoterapia, na qual pode ser provida de diferentes serviços e procedimentos, conforme a necessidade dos usuários (Cff, 2016a; Lansing et al., 2017; Brasil, 2019). Essa prática é desenvolvida em etapas, para tal, o profissional farmacêutico utiliza como método clínico, a técnica da entrevista, com a finalidade de coletar informações sobre o paciente e elaborar um plano de cuidado. Um dos métodos mais utilizados na prática clínica para coleta de dados é o SOAP (S= subjetivo, O = objetivo, A = avaliação e P = plano). Segundo Lima e colaboradores (2018), “o SOAP é uma metodologia de raciocínio clínico para evolução em prontuário que padroniza o registro tornando-o claro, completo e conciso”. Sendo assim, esse método visa fornecer ao farmacêutico clínico subsídios para a realização de um atendimento mais eficiente e seguro, voltado ao cuidado integrado e contínuo ao paciente (Araújo, S. et al., 2017; Cruz et al., 2020).

1.1 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica, devida a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos ainda serem um desafio em toda rede municipal de saúde no município de Belém, fato este, constatado em estudo

recente por Soler *et al*. (2017), que demonstraram a falta da gestão do cuidado farmacêutico na Rede Municipal de Saúde. Em 2018, o CFF em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) no Município de Belém, realizou a capacitação dos profissionais farmacêuticos, através do curso de Cuidado Farmacêutico no SUS. Tal iniciativa visava a qualificação dos profissionais farmacêuticos para ampliar seus atendimentos clínicos e implantar consultórios farmacêuticos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No entanto, ainda não se evidencia na literatura, a atuação clínica dos farmacêuticos nas UBS de Belém, de forma oficializada, o que ratifica a imprescindibilidade da realização do diagnóstico situacional da consulta farmacêutica na rede básica de saúde do município de Belém-Pa.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Realizar o diagnóstico situacional da consulta farmacêutica nas UBS no município de Belém/ Pará.

2.2 ESPECÍFICOS

- Elaborar os instrumentos que demonstrem a atuação clínica dos farmacêuticos nas UBS da SESMA/ Belém-Pa;
- Aplicar o questionário aos farmacêuticos das Unidades Básicas de Saúde;
- Analisar os dados decorrentes dos questionários aplicados.

3. METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Realizou-se um estudo transversal de caráter descritivo, apresentando uma abordagem de natureza qualitativa. Essa abordagem, segundo Pereira, et al. (2018), trata-se de um método "[...] a interpretação por parte do pesquisador com suas opiniões sobre o fenômeno em estudo. Neles a coleta de dados muitas vezes ocorre por meio de entrevistas com questões abertas". Como instrumento para coleta de dados utilizou-se o questionário, a fim de se obter informações específicas, referentes aos mais diversos aspectos envolvidos na pesquisa, para uma melhor apreciação do conteúdo apresentado no trabalho. A coleta de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2020.

3.2 LOCAL E POPULAÇÃO D ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Belém, capital do Estado do Pará, que está no 11º lugar do ranking dos 15 municípios mais populosos do país, com 1.410.430 habitantes (IBGE, 2018), tendo como foco as UBS vinculadas à rede SESMA, distribuídas em seus respectivos Distritos de Saúde, conforme cadastradas no portal da Prefeitura Municipal de Belém [PMB] (2020). As agências distritais segundo o portal da Secretaria Municipal são divididas em seis (06) coordenações de Saúde: a Coordenação de Saúde de Mosqueiro (DAMOS) composta por três (03) UBS; Coordenação de Saúde da Sacramenta (DASAC) composta por cinco (05) UBS; Coordenação de Saúde do Benguí (DABEN) composta por sete (07) UBS; Coordenação de Saúde do Guamá (DAGUA) composta por seis (06) UBS; Coordenação de Saúde do Entroncamento (DAENT) composta por seis (06) UBS; Coordenação de Saúde de Icoaraci /Outeiro (DAICO/ DAOUT) composta por cinco (05) UBS, totalizando trinta e duas (32) UBS cadastradas.

3.3 DESENHO DO ESTUDO

O projeto ocorreu em três etapas:

- **Primeira Etapa**: Elaboração do questionário

A elaboração do questionário foi embasada no instrumento utilizado na Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), e foi adaptado para o objetivo do presente estudo (Brasil, 2016b). O instrumento elaborado foi composto por dezoito (18) perguntas abertas e fechadas, acerca das atividades de ações gerenciais e ações assistenciais, geridas pelos farmacêuticos nas UBS, buscando obter informações sobre o cenário real das atividades exercidas por esses profissionais, bem como, identificar a sua atuação clínica de modo mais abrangente e de que forma é realizada na rotina de trabalho. O mesmo foi dividido em três sessões, para uma maior abrangência do tema: I-Perfil sociodemográfico; II-Dispensação de medicamentos e sobre atividades de natureza clínico-assistenciais e III – Legislação.

As cinco (05) primeiras questões envolvem o Perfil das UBS relacionada com as atividades técnico-gerenciais desenvolvidas pelo profissional farmacêutico, assim como o tipo de Sistema utilizado para o gerenciamento da assistência farmacêutica e sobre o acesso do usuário aos medicamentos. Nas questões 06 à 16 estão relacionadas as atividades técnico-assistenciais. Já na questão 17 está relacionada a Legislação que ampara a prática da atividade Clinica e a questão 18 foi espaço aberto para sugestões para acrescentar na pesquisa.

- **Segunda Etapa:** Coleta de dados

A aplicação do questionário aos farmacêuticos vinculados às UBS foi realizada por meio de visita programada, conforme a disponibilidade dos profissionais, participando da pesquisa apenas um profissional de cada UBS. Dentre as trinta e duas UBS cadastradas e visitadas, apenas vinte e sete estavam aptas a participarem da pesquisa, conforme a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. No entanto, houve recusa de duas UBS, resultando na aplicação de vinte e cinco questionários (N = 25).

- **Terceira Etapa:** Análise e interpretação dos resultados

Os dados coletados e analisados, foram tabulados e representados por meio de gráficos, quadros e tabelas, empregando-se o programa *Microsoft Excel®* 2013.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão à aplicação do questionário aos farmacêuticos nas UBS foram exclusivamente de tipologia Atenção Básica (AB) e as UBS que prestam atendimento de Urgência e Emergência e Ambulatoriais de tipologia (MISTA), visto que, essas Unidades ao desenvolverem suas atividades, prestam serviços ambulatoriais de baixa complexidade, sendo o foco do presente estudo. Já os critérios de exclusão foram: as UBS de tipologia exclusivamente Urgência e Emergência (U/E), haja vista, que essas Unidades ao desenvolverem suas atividades à comunidade, prestam serviços hospitalares de média e alta complexidade, e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por não possuir o profissional farmacêutico em sua equipe multiprofissional, no momento da realização da pesquisa.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido à Plataforma Brasil – Comitê de Ética da Universidade Federal do Pará – UFPA para apreciação, obtendo-se parecer favorável conforme CAAE nº 23640019.0.0000.0018. Foi apresentado a cada entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Município de Belém, cada UBS pertence a um grupo de Coordenação de Saúde, sendo devidamente cadastrada de acordo com sua área distrital. Do total das trinta e duas (32) UBS cadastradas verificou-se que 68,75% prestam serviços da tipologia AB, 15,63% prestam serviços de atendimento da tipologia MISTA, 6,25 % somente serviços de U/E e 9,38% são ESF, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição quantitativa de UBS em Distritos de Saúde por Tipologia de atendimento, Belém-Pará, 2020.

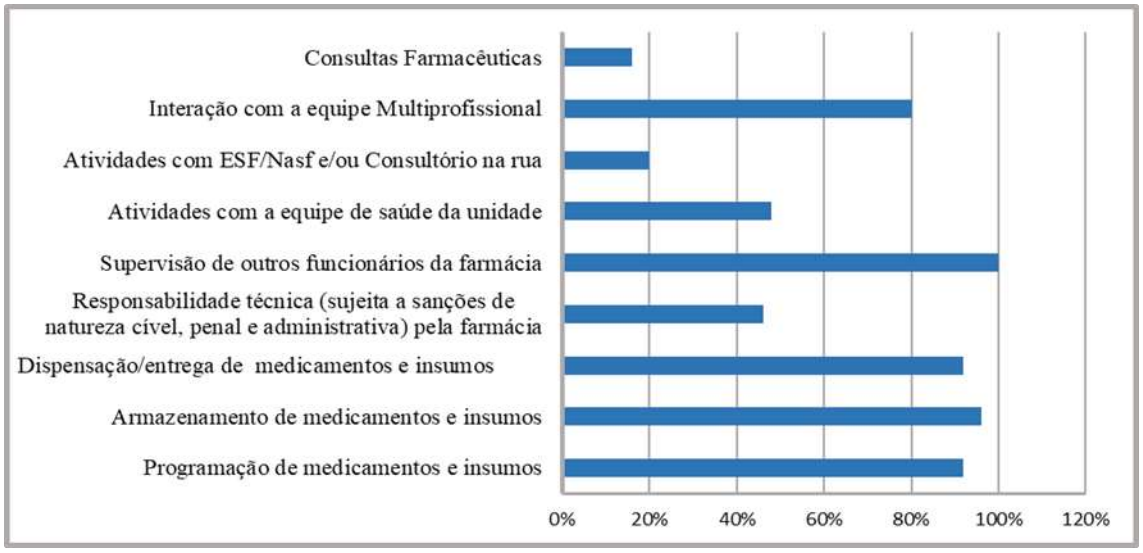
	Tipologia					
Distrito	**AB**	**MISTA**	**U/E**	**ESF**	**TOTAL DE UBS / DISTRITO**	**%**
DAMOS	01	01	01	0	O3	9,38
DASAC	05	0	0	0	O5	15,63
DABEN	05	01	01	0	07	21,88
DÁGUA	04	01	0	01	06	18,75
DAENT	04	01	0	01	06	18,75
DAICO/ DAOUT	03	01	0	01	05	15,63
Total das UBS (SESMA)	22	05	02	03	32	100

Fonte: Autores

Ao se analisar os tipos de serviços prestados por essas UBS, somente 84,37% (27) foram consideradas aptas à aplicação do questionário, por prestarem serviços ambulatoriais de baixa complexidade: as Unidades de tipologia AB e MISTA. Já, 15,63% (05) das UBS foram consideradas inaptas: as Unidades de tipologia U/E e ESF, conforme a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Contudo, houve recusa de participação na pesquisa de duas (02) UBS, resultando na aplicação de vinte e cinco questionários (N = 25).

Em relação às atividades executadas pelos profissionais farmacêuticos nas UBS, observou-se que ações gerenciais ainda são desenvolvidas em maior percentual em relação às atividades de ações clínico-assistenciais (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Atividades realizadas pelos profissionais farmacêuticos nas UBS (N=25) no Município de Belém, 2020.



Fonte: Autores

De acordo com o Gráfico 1, observa-se que todos os profissionais entrevistados (100%) realizam atividades de supervisão de outros funcionários da farmácia, assim como é disponibilizado 96% da sua carga horária ao armazenamento, e 92% dedicam-se à gestão de programação, dispensação/entrega de medicamentos e insumos. Já a atividade de atuação clínica, a consulta farmacêutica é desenvolvida em menor percentual, apenas 16%.

Observou-se em um estudo (Projeto-Piloto) sobre cuidados farmacêuticos na atenção básica, realizado em fevereiro de 2014, no município de Curitiba-PR, que o tempo médio destinado às atividades de gerenciamento de medicamentos, representou aproximadamente 80% da carga horária mensal dos farmacêuticos do NASF, enquanto às atividades clínico-assistenciais, incluindo a dispensação e consulta farmacêutica representavam próximo de 20% de sua carga horária (Brasil, 2015). No estudo de Araújo e colaboradores (2017), consta que as atividades de ação clínico-assistenciais desempenhadas pelo profissional farmacêutico na atenção básica, ainda são incipientes no Brasil e ocorrem em proporções desiguais em todas as regiões. Nesse contexto, observa-se que a prática clínica, ainda é um desafio em toda rede municipal de saúde do município de Belém, isto é, as atividades executadas pelo profissional farmacêutico, consistem em maior proporção nas ações administrativas com pouca participação no cuidado efetivo aos usuários. Isso pode ser atribuído à falta de um espaço adequado, recursos humanos insuficientes e pela predominância no processo de

trabalho deste profissional, ainda estar ligado ao paradigma técnico, centrado na logística de medicamentos (Akerman & Freitas, 2017).

Para a realização da gestão da AF nas UBS, estes profissionais utilizam o Sistema Nacional denominado Hórus, onde são lançadas todas as atividades produzidas pelo farmacêutico, tais como: controle de estoque, dispensação de medicamentos, acompanhamento do histórico da dispensação, armazenamento de medicamentos e insumos estratégicos, entre outras atividades (Costa & Nascimento, 2012). Tal sistema é alimentado com dados de forma contínua e monitorado pela Referência Técnica de Medicamentos vinculada a Divisão de Recursos de Materiais (DRM) na SESMA, onde é realizado a análise e gerenciamento do ciclo logístico de medicamentos na APS. Todavia, podem ocorrer falhas e/ou o não preenchimento correto no sistema de informações, suscitando na deficiência da programação, seleção, controle de estoque e distribuição, do qual trará impacto direto na dispensação dos medicamentos aos usuários (Andreoli & Dias, 2015).

Em relação à falta de medicamentos nos últimos três meses nas UBS, bem como, a (s) conduta (s) adotada (s) pelo profissional farmacêutico no contexto da falta dos medicamentos, está descrita na Tabela 2.

Tabela 2 – Falta de medicamentos nos últimos três meses x Conduta (s) adotado (s) pelo farmacêutico frente ao usuário nas UBS (N=25), Belém-Pará, 2020.

Falta de medicamentos (há três meses)	**N**	**%**
Sempre	10	40
Repetidamente	09	36
Às vezes	06	24
Raramente		
Nunca		
Conduta adotado pelo profissional ao usuário		
Informa que não tem o medicamento	20	80
Buscam informação sobre a disponibilidade em outra UBS	15	60
Orienta ao usuário a procurar Aqui Tem Farmácia Popular	19	76
Registra o contato do usuário para avisar quando o medicamento chegar	01	4
Orienta ao usuário a retornar ao prescritor	13	52
Não respondeu	01	4

Fonte: Autores

Conforme demonstrado na Tabela 2, foi relatado por 40% dos profissionais que, sempre há falta medicamentos em suas Unidades e que 80% adotam a conduta de relatar ao paciente que o medicamento está em falta. Outra conduta muito recorrente mostra que 76% orientam ao usuário a procurarem o programa Nacional “Aqui tem farmácia popular” e apenas 4% registra o contato do paciente para avisá-lo quando o medicamento estará disponível para dispensação.

Durante a entrevista, alguns motivos para a falta de medicamentos nas Unidades foram relatados pelos profissionais, dentre eles, destacam-se a falta de recursos humanos “não dispõe de auxiliares de farmácia suficientes para o gerenciamento de estoque no almoxarifado e no abastecimento na parte física da farmácia”, falhas na programação de medicamentos “medicamentos que foram solicitados mas não foram atendidos”, “a aquisição dos medicamentos prestes a vencer o prazo de validade”, problemas relacionados ao Sistema Hórus “falta de internet para alimentação de dados”. Desse modo, a falta de auxiliares implica na atribulação ao farmacêutico, bem como, no controle de estoque e na deficiência no abastecimento de medicamentos na parte física da farmácia, afetando o acesso destes, pelos usuários.

Segundo Melo e Castro (2017), uma das soluções para reduzir a falta de medicamentos, seria a gestão adequada do estoque de medicamentos, resultando em redução do desperdício e permitir uma programação adequada para a distribuição do medicamento do almoxarifado à Unidade, bem como, a inclusão de novos medicamentos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

No que diz respeito às atividades de dispensação de medicamentos nas UBS, quanto a orientação ao usuário na hora da dispensação, evidenciou-se que 32% dos profissionais farmacêuticos responderam que sempre orientam o usuário a forma de como utilizá-los e 40% relataram que às vezes, somente quando é solicitado. Já em relação às queixas técnicas ou notificações de eventos adversos (EA) por medicamentos, 84% dos profissionais relataram que não ocorreu tal situação na Unidade e não fizeram nenhum tipo de procedimento, entretanto, 8% assumiram que houve reclamação e que utilizaram o sistema VigiMed, ferramenta disponibilizada pela ANVISA (2020), bem como, esse registro também é notificado no Procedimento Operacional Padrão (POP) adotado pela própria Unidade (Tabela 03).

Tabela 3 – Atividades realizadas na dispensação de medicamentos nas UBS (N=25), Belém-Pará, 2020.

Orientação ao usuário sobre o uso do medicamento na hora da dispensação	**N**	**%**
Sempre	8	32
Repetidamente	5	20
Às vezes	10	40
Raramente	2	8
Nunca		
Registro de notificação de queixas técnicas e/ou eventos adversos		
Sim	2	8
Não	21	84
Não responderam	2	8

Fonte: Autores

É válido ressaltar que, durante a queixa técnica de EA, foi relatado pelo profissional farmacêutico que, "*foi realizada a orientação aos usuários, a suspenderem os medicamentos e voltarem ao médico para reverem a terapia medicamentosa e investigar o problema citado*".

Alguns estudos apontam que as intervenções farmacêuticas, entre elas a orientação no momento da dispensação tem se mostrado positiva na melhora da hipertensão arterial, reduzindo custos, melhorando as prescrições, controlando a possibilidade de eventos adversos e promovendo maior adesão do paciente ao tratamento (Melo & Castro, 2017). Segundo Ribeiro e colaboradores (2015), em seu estudo mostraram que a avaliação da prescrição médica pelo farmacêutico resultou no aumento de oportunidades de intervenções por parte deste profissional, resultando na eficácia do tratamento farmacológico. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o farmacêutico destine à orientação ao menos três minutos por paciente. No estudo de Oenning e colaboradores (2011), realizado no município de Grão Pará, no estado de Santa Catarina, a duração da dispensação foi de 2,6 minutos por paciente, superior à média de outros estudos, como na pesquisa de Naves e Silver (2005), realizada em 15 centros de saúde, no Distrito Federal, que teve tempo médio dispensação que durou 52,3 segundos; e de um outro estudo realizado em Ribeirão Preto, em dez UBS, esse tempo foi estimado em 18,4 segundos (Santos & Nitrini, 2004). Deste modo, observa-se que

a dispensação requer uma atenção maior por parte do profissional farmacêutico, visto que, o mesmo por desenvolver outras atividades administrativas gerenciais, não possui disponibilidade adequada para se dedicar a escuta e orientação ao usuário, obtendo impactos diretos na resolutividade do tratamento prescrito.

Em relação às atividades de ações clínico-assistenciais, notou-se que somente três UBS prestam serviços clínicos farmacêuticos. Dentre as abordagens executadas pelos farmacêuticos ao praticarem as atividades de atuação clínica, evidenciou-se que são realizadas em maiores percentuais (100%), a prática da consulta farmacêutica e o acompanhamento farmacoterapêutico e em menor percentual (66,67%) o serviço de reconciliação de medicamentos, conforme descrita na Tabela 4.

Tabela 4 – Abordagem executada pelos profissionais farmacêuticos nas UBS (N=03) ao desenvolverem serviços clínicos farmacêuticos, Belém-Pará, 2020.

Abordagem	**N**	**%**
Consulta farmacêutica	3	100,0
Acompanhamento farmacoterapêutico	3	100,0
Reconciliação de medicamentos	2	66,67

Fonte: Autores

Podemos encontrar na literatura experiências sobre implantação do cuidado farmacêutico na APS, demonstrando ofertas simultâneas de serviços clínicos farmacêuticos com resultados significativos, evidenciando um aumento na adesão ao tratamento e consequentemente uma melhora nas condições de saúde dos usuários (Cff, 2016a; Brasil, 2019). Nas UBS em estudo, segundo os profissionais farmacêuticos, ao realizarem a prática da consulta farmacêutica e o acompanhamento farmacoterapêutico, observaram resultados positivos significativos como: redução de problemas relacionados a medicamentos (PRMs), diminuição da polifarmácia, diminuição de EA e uma melhor adesão terapêutica pelos usuários. Logo, a presença desse profissional no cuidado centrado ao paciente na APS, contribui para o uso racional de medicamentos e para uma maior efetividade no

tratamento medicamentoso, impactando dessa forma, em uma maior resolutividade das ações em saúde.

No que tange a oferta dessas atividades clínicas abordadas por esses profissionais, observou-se que em maior proporção são oferecidos a um grupo específico de usuários (66,67%) vinculados ao Programa HIPERDIA (acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabete mellitus). A oferta do serviço a todos os usuários de saúde que procuram ou necessitam, está disponível em apenas 33,33% das UBS (Tabela 5).

Tabela 5 – Atividades clínicas x Critério de priorização pelas UBS (N=03), Belém-Pará, 2020

Atividades Clínicas	**N**	**%**
Oferta dos Serviços Clínicos farmacêuticos		
A todos os usuários da unidade de Saúde	1	33,33
Apenas quando é solicitado pelo usuário	1	33,33
A um grupo específico	2	66,67
Quando o usuário apresenta algum tipo de dificuldade com o uso do medicamento	1	33,33
Critérios para priorização dos pacientes quanto as necessidades dos serviços de farmácia clínica		
Sim	2	66,67
Não	1	33,33
Não sei		

Fonte: Autores

A disponibilização do serviço de forma mais centralizada a grupos com morbidade de doenças crônicas, pode estar diretamente correlacionada ao fato de serem usuários que fazem uso contínuo de medicamentos, estando mais predispostos a um número maior de EA e ao uso de programas assistenciais para a aquisição de medicamentos e controle dos sintomas, além da queixa principal de outros profissionais que atuam na equipe de saúde sobre a falta de adesão medicamentosa aos mesmos. Vale ressaltar que o atendimento disponível para todos os usuários, realizado em uma Unidade, “se dá principalmente em função da baixa escolaridade da comunidade” onde fica localizada esta UBS, relato feito pela própria farmacêutica. Para minimizar estes transtornos é realizado educação em saúde através de parcerias pré-estabelecidas com instituições de ensino superior, através de estágios voluntários e bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-

Saúde), visando contribuir para o conhecimento dos usuários sobre determinada doença e como preveni-la.

No estudo, de Santos, Monteiro & Damascena (2020), foi demonstrada a importância da interação da equipe multidisciplinar na AB, no cuidado efetivo a grupos de doenças crônicas, por meio de acompanhamento e atividade de educação em saúde, corroborando para o aumento de adesão desses pacientes ao tratamento, contribuindo dessa forma, para ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Pereira e colaboradores (2017), afirmam que alguns estados que já realizaram a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos, com ênfase em pacientes hipertensos e diabéticos, geraram bons resultados. Entretanto, tal prática, ainda não está presente em todo Brasil. Fato este, que pode estar correlacionado ao excesso de atividades administrativas sob a responsabilidade do farmacêutico, em detrimento ao cuidado efetivo dos usuários (Araújo, P. et al.; Araújo, S. et al., 2017).

No que diz respeito aos registros relacionados aos Sefar, notou-se que 66,67% dos profissionais possuem registro próprio (Prontuário do paciente) e são arquivados na própria farmácia, assim como, registram no sistema informatizado através de planilhas. Já o registro no prontuário da Unidade, apresentou baixo percentual, 33,33%. Não se obteve respostas as opções assinaladas com X, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Registro dos serviços clínicos farmacêuticos nas UBS (N=03), Belém-Pará, 2020.

	Sim N (%)	**Não N (%)**	**Não sei N (%)**
Prontuário da unidade	1 (33,33)	X	X
Registro próprio arquivado na farmácia	2 (66,67)	X	X
Sistema informatizado	2 (66,67)	X	X
Outro	2 (66,67)	X	X

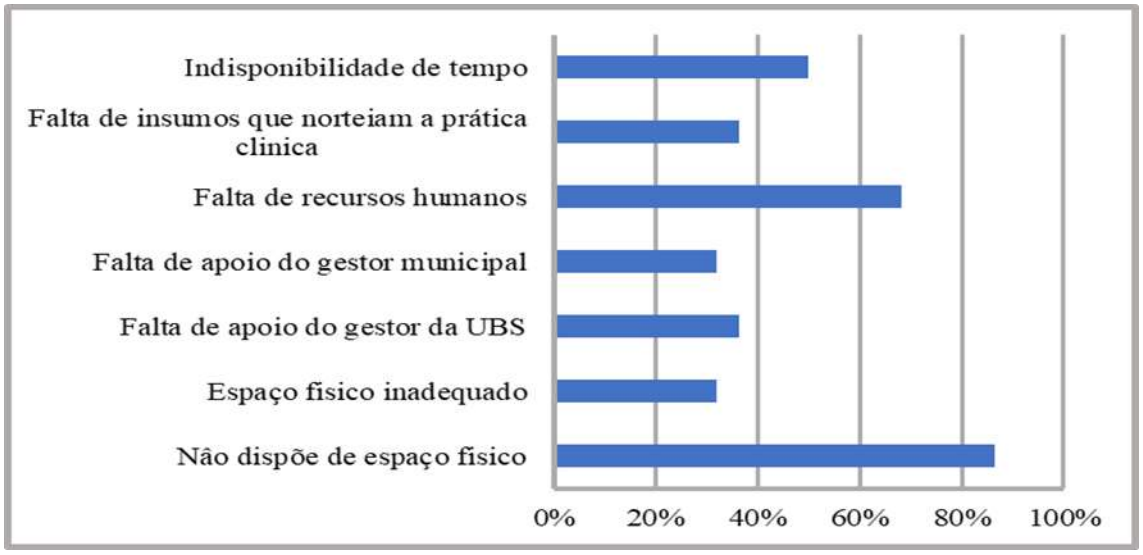
Fonte: Autores

É válido ressaltar, que o registro próprio, arquivado na farmácia, pode dificultar a circulação das informações entre a equipe multiprofissional envolvida com o cuidado ao usuário (Araújo, S. et al.,

2017). Deste modo, é preferível que o profissional farmacêutico registre os serviços clínicos no prontuário da própria unidade, pois as trocas de informações entre a equipe de saúde podem contribuir para o uso seguro e racional de medicamentos e para uma melhor continuidade e efetividade do cuidado.

Dentre os principais motivos que justificam a ausência dos serviços clínicos farmacêuticos, nas demais Unidades (N=22), identificou-se problemas relacionados à estrutura, do qual 86,36% responderam que não dispõe de espaço físico para a realização desse serviço, já 68,18% relataram deficiência de recursos humanos, enquanto 50% dos profissionais, justificaram a indisponibilidade de tempo. A falta de apoio do gestor municipal e o espaço físico inadequado obteve apenas 31,82% (Gráfico 2).

Gráfico 2: Motivos que justificam a ausência dos Serviços clínicos nas UBS (N=22), Belém-Pará, 2020



Fonte: Autores

No estudo realizado por Araújo e colaboradores (2017), os principais motivos pelos quais os farmacêuticos alegam não conseguir realizar atividades clínicas, seriam por indisponibilidade de tempo, espaço físico, falta de incentivo do município, e/ou por pessoal insuficiente na farmácia. A ausência de tais estruturas inviabiliza ou restringe o desenvolvimento dos serviços clínicos farmacêuticos de forma mais abrangente, visto que, não ter condições de atender um usuário com individualidade e conforto ou com barreiras físicas dificulta a comunicação efetiva e a relação terapêutica. O atendimento através de janelas ou grades, separando os usuários dos responsáveis pela dispensação, é um problema organizacional que pode ter importantes reflexos na terapêutica, além de prejudicar a comunicação com pacientes idosos, gestantes e usuários com necessidades especiais,

já que a humanização do atendimento ao usuário tem sido associada à adesão ao tratamento prescrito (Leite, et al.; Barbosa, et al., 2017).

Em relação sobre as legislações que dão amparo legal às atribuições clínicas do profissional farmacêutico, foram citadas com maior frequência as legislações RDC nº 585 e a RDC nº 586 de 2013, com 56% e 48% respectivamente. Já 36% dos profissionais farmacêuticos não souberam responder, e a RDC nº 499 de 2009 não foi mencionada por nenhum farmacêutico, conforme descrita na Tabela 6.

Tabela 6: Legislações que dão amparo legal as atividades de caráter clínico, Belém-Pará, 2020

Legislação	**N**	**%**
RDC nº 499 de 2008		
RDC nº 44 de 2009	1	4
RDC nº 585 de 2013	14	56
RDC nº 586 de 2013	12	48
Lei nº 13.021 de 2014	7	28
Não sei	3	12
Não responderam	6	24

Fonte: Autores

A farmácia clínica não deve ser considerada apenas como uma reação à industrialização, e sim como uma resposta à necessidade social no sentido de garantir a segurança do uso de medicamentos. Estudos presentes em revisões sistemáticas, mostram que o farmacêutico influencia positivamente nos resultados da farmacoterapia através da Atenção Farmacêutica, assumindo o papel do cuidado ao paciente, o qual requer um conhecimento adequado, habilidades de comunicação, capacidade para resolver problemas, tomada de decisões, e habilidades de raciocínio crítico (Freitas, et al., 2016; Araújo, S. et al., 2017). Neste contexto, fica evidente, que é essencial que o profissional farmacêutico tenha amplo conhecimento dessas legislações, pois são indispensáveis para a prestação dos serviços clínicos farmacêuticos aos usuários, a fim de garantir a estes, uma assistência integral, segura e de qualidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta executada é uma estratégia inicial para subsidiar posterior implantação do serviço da consulta farmacêutica na rede municipal de saúde de Belém, haja vista as evidências por meio do

diagnóstico situacional que comprovam a ausência do serviço de modo padronizado em detrimento a necessidade pelos usuários da AB em Belém/PA. É válido ressaltar, que uma das dificuldades encontradas para a implantação da consulta farmacêutica nas UBS no município é a indisponibilidade de tempo do profissional. No entanto, uma das estratégias para iniciar a implantação da prática clínica nas UBS estudadas, seria a implementação de um serviço que demandasse menos tempo para o profissional farmacêutico e menor complexidade, dentre elas podemos citar: a dispensação e a orientação. Dessa forma, o profissional farmacêutico pode contribuir incisivamente para o cuidado efetivo centrado no paciente, proporcionando a este uma melhor qualidade de vida. Dada a importância ao tema, torna-se necessário o desenvolvimento de projetos que visem a educação continuada dos farmacêuticos, voltados para as práticas clínico-assistenciais e a para ampliação de projetos em parceria com as Universidades, com a finalidade de desencadear competências e habilidades à comunidade acadêmica de farmácia, bem como contribuir para sua formação profissional. O referido estudo, visa contribuir com o fortalecimento das políticas de saúde e com o cuidado integral aos usuários da APS da região metropolitana de Belém.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Pará (UFPA), a Secretária Municipal de Saúde de Belém e aos seus colaboradores da Farmácia da Rede Básica de Saúde, pelo apoio e de disponibilizar seu tempo para agregar na pesquisa.

REFERÊNCIAS

ANVISA. (2020). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Recuperado de https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2019/vigimed.

Akerman, M., & Freitas, O. D. (2017). Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária.

Andreoli, G. L. M., & Dias, C. N. (2015). Planejamento e gestão logística de medicamentos em uma central de abastecimento farmacêutico hospitalar. RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, 12(4).

Araújo, P. S., Costa, E. A., Guerra Junior, A. A., Acurcio, F. D. A., Guibu, I. A., Álvares, J., ... & Leite, S. N. (2017). Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. Revista de Saúde Pública, 51, 6s.

Araújo, S. Q., Costa, K. S., Luiza, V. L., Lavras, C., Santana, E. A., & Tavares, N. U. L. (2017). Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 22, 1181-1191.

Arruda, C., Lopes, S. G. R., Koerich, M. H. A. D. L., Winck, D. R., Meirelles, B. H. S., & Mello, A. L. S. F. D. (2015). Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. Escola Anna Nery, 19(1), 169-173.

Barbosa, M. M., Garcia, M. M., Nascimento, R. C. R. M. D., Reis, E. A., Guerra Junior, A. A., Acurcio, F. D. A., & Álvares, J. (2017). Avaliação da infraestrutura da assistência farmacêutica no sistema único de saúde em Minas Gerais. Ciência & Saúde Coletiva, 22, 2475-2486.

Barbosa, P. (2018). Farmacêuticos da Sesma passam por qualificação visando à ampliação do atendimento. http://agenciabelem.com.br/Noticia/165332/farmaceuticos-da-sesma-passam-por-qualificacao-visando-a-ampliacao-do-atendimento

Barros, D. S. L., Silva, D. L. M., & Leite, S. N. (2020). Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do brasil. Trabalho, Educação e Saúde, 18(1).

Brasil. Ministério da Saúde (2016b). Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: introdução, método e instrumentos. Serie Pnaum- Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_populacional_introducao_metodo_instrumentos.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (2015). Cuidado farmacêutico na atenção básica: serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba. Recuperado de

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resultado_projeto_implantacao_cuidados_farmaceuticos.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção

Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde (2016a). Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFARSUS). Eixo estrutura atenção básica: Instruções Técnicas. Recuperado de

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualifarsus_programa_nacional_qualificacao_farmaceutica.pdf

Brasil, Ministério da Saúde (2019). Secretaria de atenção primária à saúde. Departamento de saúde da família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Livro_Atencao_basica_Farmaceutica_SET2019.pdf

Brasil, Secretaria de ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos (2014). Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção básica. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmaceutico_atencao_basica_saude_2.pdf

De Farmácia, C. F. (2016b). Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde (PROFAR). Brasília, Conselho Federal de Farmácia.

De Farmácia, C. F. (2016a). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 200.

Costa, K. S., Tavares, N. U. L., Nascimento Júnior, J. M. D., Mengue, S. S., Álvares, J., Guerra Junior, A. A., ... & Soeiro, O. M. (2017). Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). Revista de Saúde Pública, 51, 2s.

Costa, K. S., & Nascimento Jr, J. M. (2012). HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública, v. 46, 91-99. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/ao4223.pdf

Da Cruz, W. M., de Queiroz, L. M. D., & Soler, O. (2020). Cuidado farmacêutico para utentes de farmácia comunitária privada: Revisão sistemática. Brazilian Journal of Development, 6(10), 78682-78702.

Dal Molin, S. S., Borges, M. S., & Picolo, J. D. (2018). ANÁLISE DOS CUSTOS E FORMAÇÃO DO PREÇO DE VENDA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS EM UMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA. In Congresso Sul Catarinense de Administração e Comércio Exterior (Vol. 2).

DE FREITAS, G. R. M., LUNA-LEITE, M. D. A., DE CASTRO, M. S., & HEINECK, I. (2016). Principais dificuldades enfrentadas por farmacêuticos para exercerem suas atribuições clínicas no Brasil. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, 7(3).

Lansing, A., de Souza, J., Fernandes, L. C., de Castro, L. C., & Kauffmann, C. (2017). O FARMACÊUTICO EM SERVIÇO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE: ATUAÇÃO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS. Revista Destaques Acadêmicos, 9(3).

Leite, S. N., Manzini, F., Álvares, J., Guerra Junior, A. A., Costa, E. A., Acurcio, F. D. A., ... & Farias, M. R. (2017). Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: análise dos dados da PNAUM-Serviços. Revista de Saúde Pública, 51, 13s.

De Lima, É. D., Da Silva, R. G., Ricieri, M. C., & Blatt, C. R. (2017). Farmácia clínica em ambiente hospitalar: enfoque no registro das atividades. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, 8(4).

Luquetti, T. M., Santos, J.B., Bitencourt, G.R., Castilho, S. R., & Elias, S.C. (2017). Serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde: Percepção dos farmacêuticos. Diversitates Int J, 09 (3).

Mattos, L.V. (2015). Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil. Dissertação (Saúde Pública). Recuperado de https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14059

Melo, D. O. D., & Castro, L. L. C. D. (2017). Pharmacist's contribution to the promotion of access and rational use of essential medicines in SUS. Ciencia & saude coletiva, 22, 235-244.

Naves, J. D. O. S., & Silver, L. D. (2005). Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. Revista de Saúde Pública, 39(2), 223-230.

Nicoletti, M. A., & Ito, R. K. (2018). Formação do farmacêutico: novo cenário de atuação profissional com o empoderamento de atribuições clínicas. Revista Saúde-UNG-Ser, 11(3/4), 49-62.

Oenning, D., Oliveira, B. V. D., & Blatt, C. R. (2011). Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. Ciência & Saúde Coletiva, 16, 3277-3283.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Recuperado de: em: https://repositorio. ufsm. br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica. pdf.

Pereira, M. G., Prado, N. M. D. B. L., & Krepsky, P. B. (2017). Resultados de seguimento farmacoterapêutico a pacientes hipertensos em farmácia comunitária privada na Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública, 41(2).

Pereira, N. C., Luiza, V. L., & Cruz, M. M. D. (2015). Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. Saúde em Debate, 39, 451-468.

PMB (2020). Prefeitura Municipal de Belém. http://www.belem.pa.gov.br.

Ribeiro, V. F., Sapucaia, K. C. G., Aragão, L. A. O., Bispo, I. C. D. S., Oliveira, V. F., & Alves, B. L. (2015). Realização de intervenções farmacêuticas por meio de uma experiência em farmácia clínica. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, 6(4).

Rossignoli, P., Pontarolli, D. R. S., Corrêa, L. G. P., de Lima Germano, J., Pontarolo, R., & Fernandez-Llimos, F. (2019). Inovação em serviços farmacêuticos clínicos no componente especializado da assistência farmacêutica do Estado do Paraná. Revista de Saúde Pública do Paraná, 2(1), 125-139.

Santos, V. D., & Nitrini, S. M. (2004). Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. Revista de Saúde Pública, 38(6), 819-834.

Santos, D. de M., Monteiro, C. M. de O., & Damascena, C. G. The characterization of health groups implemented by family health teams and Nasf-AB in a regional in the Municipality of Jaboatão dos Guararapes. Research, Society and Development, 09 (12). DOI: 10.33448/rsd-v9i12.11160. Recuperado de https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11160.

Silva, D. Á. M., Mendonça, S. D. A. M., Oliveira, D. R. D., & Chemello, C. (2018). A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. Trabalho, Educação e Saúde, 16(2), 659-682.

Soler, O., Sinimbu, A. V., de Figueredo, D. C., dos Santos Vieira, H. K., da Rocha Galucio, N. C., Pinheiro, P. D. N. Q., ... & Ledo, Y. (2017). A REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM (PA): Relato de experiência. Revista Eletrônica de Farmácia, 14(4).

Capítulo 8

10.37423/220505830

CONTRIBUTIONS OF PHYSICAL ACTIVITY IN INDIVIDUALS WITH A DIAGNOSIS OF DEPRESSION: A LITERATURE REVIEW

Herick de Paula — *Unibrasil University Center, Brazi*

Elena Marie Peixoto Ruthes — *Federal University of Technology*

Lucca Arbigaus Gritten — *University Center Campos de Andrade, Brazil*

Antonio Beira de Andrade Junior — *University Center Campos de Andrade, Brazil/Unibrasil University Center, Brazil*

Abstract: This study is a literature review with a qualitative approach. It is justified by the significant increase in diseases acquired through lifestyle habits that generate health risks, which impair and are responsible for decreasing longevity and decreasing quality of life, such as hypertension, de-pression, obesity and respiratory tract diseases. Physical activity is recognized as a protective factor for health, and its benefits are associated with the reduction of chronic diseases and a decrease in the risk of premature death from diseases related to a sedentary lifestyle. The objective of this re-search is to search and identify, within the scientific literature, if there are in fact contributions from the practice of physical activity in subjects diagnosed with depression. For the categorization of studies and selection of materials, the following keywords were determined: physical exercise and depression and physical activity and depression. As inclusion criteria for data analysis and inter-pretation, the following were considered: articles in Portuguese, full texts, published in health jour-nals, between the years 2005 to 2015. As exclusion criteria, we considered articles found by de-scriptors that did not contain one or more of the inclusion criteria. In this study, articles were se-lected by searching the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Lilacs. The choice of these databases was prioritized due to the quality and reliability of the materials available, and their easy access. 77 articles were found, of which 4 were selected to be part of this research. It can be noted that physical activity showed positive aspects and possible contributions and can be considered as a bias in an adjunct to conventional pharmacological treatments. The need for further clarification about the disease in relation to psychological, social and physiological issues is also evident, thus opening the possibility for further studies and research on the subject, so that in this way they can guide possible interventions that help in the treatment of the depression.

Keywords: Depression; Physical Exercise

1. INTRODUCTION

In the present study, we will address the contribution of physical activity in subjects diagnosed with depression, considering that depression is linked to the individual's men-tal health, we will have to first conceptualize what health would be. Using the definition of the World Health Organization (WHO), which proposes as health, the complete state of physical, mental and social well-being and not just the absence of diseases [1].

According to [2], one of the most relevant components for achieving good health is the lifestyle adopted by people, which can be understood as the actions performed by the individual in their daily lives: food, absence of drug consumption – legal and /or illegal – and the practice of regular physical activities.

Being considered healthy, a diet containing the consumption of grains, vegetables, leafy vegetables; proteins in general; the daily consumption of fruits and the reduction of industrialized products rich in sodium and sugars. [3]

As [2] points out, the practice of physical activity can be understood as any bodily movement, produced by striated skeletal musculature, which raises energy expenditure above baseline expenditure at rest, such as: locomotion activity, walking, cycling and swimming; recreational activities, games, dancing and sports; work activities, gardening, climbing stairs, housework in general. And physical exercise being conceptualized as any physical activity planned, structured and systematized that aims to develop and maintain physical capabilities, such as muscle strength and endurance, flexibility, aerobic and an-aerobic capacity.

[2] emphasizes that the non-use of legal drugs such as alcoholic beverages, cigarettes, cigars, the indiscriminate use of pharmacological agents and the non-use of illegal drugs, which we can characterize as narcotics in general, are also part of the actions that can change in the subject's lifestyle.

[4] reports that regular physical activity is seen as a tool for promoting health and quality of life, helping to prevent and treat diseases. The has pointed out by [5] that phys-ical activity is seen as health - promoting factor and that the benefits of regular practice are associated with a reduction of disease and risk factors. Even though physical activity is recognized as an important health-promoting resource, the low level and physical inac-tivity are alarmed at global levels.

Therefore, the objective of this research is to search and identify, within the scientific literature, if there are in fact contributions from the practice of physical activity in subjects diagnosed with depression.

This study is justified by the significant increase in diseases acquired through lifestyle habits that generate health risks, which harm and are responsible for decreasing longevity and decreasing quality of life, such as hypertension, depression, obesity and treatment of diseases. According to [6] the estimates, using the Global Burden of Disease methodology, referred to by the World Health Organization, propose that by the year 2020, depression will be one of the biggest causes not only of mortality, but also of disability in the general population. Therefore, we propose to establish the following question as a research prob-lem: What are the contributions of physical activity in individuals diagnosed with depres-sion?

In order to investigate the effects of physical activity on depression in the literature, we will have to characterize some symptoms present in this psychopathology disease, which commonly present sadness, low self-esteem, pessimism, recurrent negative thoughts, hopelessness and despair. Symptoms such as fatigue, irritability, withdrawal and suicidal ideation are also being presented. These symptoms usually present them-selves as reactions to everyday occurrences that may be unpleasant for the subject. In this way, it can be understood as responses to psychological conflicts, situations experienced by the subject, being seen in a distorted way and distorting reality, increasing the inability of the depressed subject to socialize with other people in his life, as pointed out by [6].

[7] points out that the incidence of depression is around 17% in the world population, and it can be considered a major public health problem worldwide, taking into account its extremely high level of morbidity and mortality. Even though there are about eight classes of antidepressants and there are 22 types of active ingredients on the world market, the percentage of patients who respond positively to pharmacological treatment is only 30 to 35% of cases. Taking into account that these alarming data demonstrate that, yes, there is a need for other means to assist pharmacological treatments, which may support the reduction or elimination of symptoms of this psychopathology. It can be highlighted the problems generated, both for the population committed by this disease, as for the cof-fers of public health systems.

2. METHODOLOGY

The present study is a literature review, in this study the articles were selected by searching the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Lilacs. The choice of these databases was prioritized due to the quality and reliability of the materials available, and their easy access.

As pointed out by [8] The literature review is characterized by searches for infor-mation that has already been published in the scientific academic environment, on a spe-cific topic. This literature can be taken from books, articles, theses, dissertations or mono-graphs. In this way, providing a comparison of selected studies, so that the study author can present their perception, perspective or opinion on the chosen topic, based on the lit-erature referred to in their work.

For the categorization of studies and selection of materials, the following keywords were determined: physical exercise and depression and physical activity and depression. As inclusion criteria for data analysis and interpretation, the following were considered: articles in Portuguese, full texts, published in health journals, between the years 2005 to 2015. As exclusion criteria, we considered articles found by descriptors that did not con-tain one or more of the inclusion criteria.

3. PRESENTATION OF DATA

With the descriptor physical activity and depression, 51 articles were found; with the descriptor physical exercise and depression, 26 articles were found. That totaled 77 articles, 7 articles were selected after reading the title, after selection through full reading, 4 articles were selected. For a better visualization of the data mentioned above, they were listed in Table 1

Table 1. Details of selected articles

Descriptors	Article numbers
Physical Activity and Depression	51
physical exercise and depression	26
Total Articles Found	77
Selected Articles After Reading the Title	7
Selected Articles After Full Reading	4

Table 2. Presentation and discussion of collected data

Author	Title	Journal (year)	Summary
GONÇALVES, Fellipe Biazin et al	Quality of life and indicators of depression in elderly women who practice physical exercises in seniors' gyms in the city of Maringá (Pr)	**Health and Research**, v. 8, n. 3, p. 557-567, 2015.	Carried out in the city of Maringá, Paraná, Brazil, the objective was to evaluate the quality of life and indicators of depression in elderly women who practice physical activity in elderly academies (ATIs). With 41 elderly women aged 60 to 80 years, who had been exercising for at least 3 months in the (ATIs), they answered the following questionnaires, the (WHOQOL-brefl and WHOQL-old) and the (Geriatric Depression Scale). Which were the instruments used for this study. The results showed 80.6 points in the WHOQOL-brefl and 72.6 in the WHOQL-old. Indicatives of depression had an average score of 2.2 plus or minus 1.6, values that can be considered low and positive. Being considered significant and positive results in relation to quality of life and depression indicators, therefore, physical exercise can be a possible tool for promoting the health of the elderly population.
BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo et al.	Physical activity and mental health status of the elderly	**Journal of Public Health**, vol. 42, p. 302-307, 2008.	Carried out in Florianópolis in 2002, with a sample of 875 elderly people comprising 437 men and 438 women. They were interviewed, and the BOAS and IPAQ questionnaires were applied to obtain mental health and physical activity data. The IPAQ data show that about (93.5%) were considered sedentary in the domain of work and approximately (25.7%) were considered active in the domain of leisure. Regarding mental health, there was an estimate of 13.8% for dementia and 19.7% for depression. I feel pointed out the inverse relationship between the levels of total physical activity and leisure physical activity in relation to the levels of depression.
Author	**Title**	**Journal (year)**	**Summary**

VIEIRA, José Luiz Lopes; PORCU, Mauro; ROCHA, Priscila Garcia Marques.	The practice of regular physical exercise as complementary therapy in the treatment of women with depression	J Bras. Psychiatrist v. 56, no. 1, p. 23-8, 2007.	Clinical trial, carried out at the Regional University Hospital of Maringá, Paraná. With 18 women with a mean age of 43.66 years with a diagnosis of depression, randomly divided into two groups, a control group and an experimental group. All being assessed at baseline, another assessment at the end of 12 weeks and an assessment 6 months after the intervention. Structured interviews obtained data for completing the Hamilton Depression Scale in the 21-intensive version. – HAMD (Hamilton, 1960) instrument used to measure the levels of depression in each group. The experimental group underwent 12 weeks of regular exercise, using water aerobics as a means, with a frequency of two weekly sessions. Six months after the end of the clinical trial, both groups were re-evaluated and, in this way, the data obtained could be compared, presenting the following results on the Hamilton scale 21 (HAMD): Experimental group: initial assessment 32.66(=3.12), evaluation after 12 weeks 24.88(2.13), and after 6 months 29.66(3.82). Control group: initial evaluation 31,11(3,51), evaluation after 12 weeks without the regular exercise program 30,22(3.04) and after 6 weeks after the end of the clinical trial, they ended up maintaining the same values. In view of the results presented by the clinical trial, it is noted that hydrogymnastics collaborated positively for the experimental group in reducing and controlling the symptoms of depression, pointing out its relevance and being a non-pharmacological option in aid of conventional treatment with antidepressants , considering that the pharmacological treatment only stabilized the depression evaluated in the control group.
MINGHELLI, Beatriz et al.	Comparison of anxiety and depression levels among active and sedentary elderly people	Rev. psychiatr. Cin. Vol.40 n°2 São Paulo 2013	With 72 elderly people aged 65 years or more of both genders, divided into two groups, the active group GA 34 elderly and the sedentary group GS 38 elderly, including those who did not perform any type of physical activity. Who answered a questionnaire about age, gender, marital status, education, use of antidepressant medication and whether they had any other illness. The instrument used in the research to evaluate the samples was the General Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). It contains 14 items, 7 of which assessed levels of anxiety and another 7 measured levels of depression, in this way the concepts of both are separated. The physical exercise protocols lasted 60 minutes, with warm-up, development and a return to calm. Ad-

			dressing the following physical skills: strength, balance, flexibility, motor coordination, moderate-intensity aerobic endurance, notions of laterality, recreational games, dances and body expression. Result: the level of physical activity and education were the variables that showed influence, and the GS was 38 times more likely to have symptoms of depression or anxiety. In GS about 35 (92.1%) of the elderly showed levels of anxiety and depression and 3 (7.9%) did not. In GA 8 (23.5%) had depression and anxiety levels and 26 (76.5%) had no symptoms. Thus, it can be concluded that the practice of physical activity can represent an important factor to reduce levels of anxiety and depression.

Source: The Authors 2018

In view of the **table 2** presented, we could observe that the four articles used in our study have a different approach, in relation to data collection, using different assessment, measurement and research methods instruments, even so, they presented favorable re-sults in relation to possible contributions of physical activity in depression symptoms.

Two of the four articles sought to relate, through quantitative means, the levels of physical activity with depression, comparing the data obtained through questionnaires applied in the studies, so that a questionnaire aimed to measure the levels of physical activity and the other questionnaire measuring the levels of depression in the samples. Emphasizing that in both studies, different questionnaires were used to obtain data, both for levels of physical activity and for levels of mental health.

As evidenced in the work by [6], who used the WHOQOL-brefl and WHOQL-old questionnaires and the Geriatric Depression Scale, which included 41 elderly women in their sample in the study carried out in the city of Maringá, in the state of Paraná. In the work presented by [10], the BOAS and IPAQ questionnaires were used, with a sample of 875 elderly people of both sexes. This study was carried out in the city of Florianópolis in the state of São Catarina in 2002.

Both studies indicate that the more physically active, the less likely the subject is to be affected by the symptoms of depression, and it was identified that the physically more active sample had lower scores related to depression. Similarly to the samples that had low levels of physical activity, showing high scores in relation to levels of depression, indicating an inverse relationship between physical activity and possible symptoms of depression.

We could also highlight the other two articles used in our review that have charac-teristics of an experimental approach. As can be seen in the study by [11], who proposed the application of a regular exercise program using water aerobics as an intervention and tests were performed at the beginning, during and at the end of the activities proposed in the study. Being applied the Hamilton scale for Depression in the 21-intensity version. – HAMD (Hamilton, 1960), who assessed levels of depression in both the control and ex-perimental groups.

[11], follows a similar approach throughout their study, applying a regular exercise program to their samples, which varied between different physical skills such as: strength, flexibility, body expression and aerobic activities, lasting 60 minutes Each session also had the participation of a control group to carry out a comparison between them, using the General Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) as a means of evaluating the groups.

As we face the results obtained by the two articles in our work, we can notice a rele-vant decrease in the symptoms presented by the samples of the two experimental groups, which can be seen as positive responses to the programs proposed in the studies carried out. As for the control groups, no change was noted in relation to the levels of depression previously presented by the samples.

It is important to emphasize that in the study carried out by [11], the authors describe that adherence to the practice of physical activity is essential, so that there is maintenance and/or control of symptoms of depression. Considering that the symptoms commonly tend to reappear due to the absence of regular physical activity.

Such findings that are presented in the two articles above, are close to what is referred to by [7], who presents some recommendations such as: recommendations in severe cases of depression, using aerobic work, lasting between 20 to 30 minutes, with an intensity estimated between 50% to 60% of VO2max or between 12 to 14 on the Borg scale, a fre-quency of two to four times during the week. Proposing a functional reassessment every 10 to 12 weeks, with the objective of readjusting the training intensity. It also suggests that for people over 65 years of age, activities with aerobic characteristics lasting 20 minutes and intensity between 40% to 60% of the heart rate, or from 11 to 13 on the Borg scale, being valid three times weekly. Showing that it is relevant to emphasize that, in terms of importance, increased adherence is related to time spent with a more active life, thus pre-senting a correlation between physical exercise, prescribed by a trained professional and adherence to the practice by the depressed subject in search of healthier lifestyle habits.

4. FINAL CONSIDERATIONS

After analyzing the data, it is possible to observe that the practice of physical activity is proportionally opposed to the symptoms of depression, showing an inverse relation-ship between them, pointing out the need for adherence to the practice for the promotion and maintenance, not just the physical valences, but also of the individual's mental and social health.

In the same way, the positive aspects and contributions are evidenced and can be considered as a bias in an adjunct to conventional pharmacological treatments. The need for further clarification about the disease in relation to psychological, social and physio-logical issues is also evident, thus opening the possibility for further studies and research on the subject, so that in this way they can guide possible interventions that help in the treatment of the depression.

REFERENCES

[1] Buss, P. M. & Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis Rev. Saúde Coletiva 17, 77–93 (2007).

[2] Maciel, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. Mot. Rev. Educ. Física 16, 1024–1032 (2010).

[3] Sichieri, R., Coitinho, D. C., Monteiro, J. B. & Coutinho, W. F. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. Arq. Bras. Endocrinol. Metabol. 44, 227–232 (2000).

[4] Bernardo, A. F. B., Rossi, R. C., de Souza, N. M., Pastre, C. M. & Vanderlei, L. C. M. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. Rev. Bras. Med. do Esporte 19, 231–235 (2013).

[5] Polisseni, M. L. de C. & Ribeiro, L. C. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. Rev. Bras. Med. do Esporte 20, 340–344 (2014).

[6] Gonçalves, F. B., Araújo, A. P. S. de, Júnior, J. R. A. do N. & Oliveira, D. V. de. Qualidade de Vida e Indicativos de Depressão em Idosas Praticantes de Exercícios Físicos em Academias da Terceira Idade da Cidade de Maringá (PR). Saúde e Pesqui. 8, 557–567 (2015).

[7] Moraes, H. et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática Physical exercise in the treatment of depression in the elderly: a systematic review. Rev Psiquiatr RS 29, 70–79 (2007).

[8] Boing, A. C. et al. Metodologia da pesquisaBoing, A. C. et al. Modalidade a Distância Especialização em UNA-SUS Saúde da Família Eixo III-Gestão e Avaliação na Estratégia Saúde da Família Módulo 19: Metodologia da Pesquisa.

[9] Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L. & Gonçalves, L. H. T. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. Rev. Saude Publica 42, 302–307 (2008).

[10] Vieira, J. L. L., Porcu, M. & Da Rocha, P. G. M. A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão. J. Bras. Psiquiatr. 56, 23–28 (2007).

[11] Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A. & Simões, C. Comparison of levels of anxiety and depression among active and sedentary elderly Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários (2013).

Capítulo 9

10.37423/220505842

PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: PREVENINDO RUBÉOLA CONGÊNITA POR MEIO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Ana Paula de Araújo Silva Almeida — *União de Ensino superior de Campina Grande. UNESC-FACULDADES*

Maria José Ramos Justino — *União de Ensino superior de Campina Grande. UNESC-FACULDADES*

Maria do Socorro Vieira Brasil — *União de Ensino superior de Campina Grande. UNESC-FACULDADES*

Joelma Pereira do Nascimento — *União de Ensino superior de Campina Grande. UNESC-FACULDADES*

Larissa Soares Mariz Vilar de Miranda — *União de Ensino superior de Campina Grande. UNESC-FACULDADES*

INTRODUÇÃO

A gestação é a fase da vida em que há variadas transformações tanto no corpo da mulher quanto na sua vida emocional requer acompanhamento próximo e contínuo a fim de prevenir intercorrências clínico obstétricas, como a rubéola congênita É constante a preocupação das mulheres gestantes em relação à saúde do bebê, principalmente no que diz respeito ao estado de saúde, especificamente as malformações, gerando fatores de instabilidade na esfera emocional (OZAKI e SIMO, 2007

OBJETIVOS

Despertar ainda mais o assunto, bem como a importância dos cuidados dos enfermeiros da Atenção Básica de Saúde nos períodos que antecedem a gestação, se valendo das consultas ginecológicas e de planejamento familiar para incentivar a vacinação e promover esclarecimentos sobre as consequências da SRC na gestação

MATERIAL E MÉTODOS

Utilizou se um processo de sistematização e análise dos resultados dirigidos à compreensão de um determinado problema de pesquisa, a partir de estudos independentes (2010).

RESULTADOS

A análise da literatura permitiu identificar que algumas doenças infecciosas, como a rubéola, podem modificar o curso natural da gestação por esse motivo, suscitam assistência de enfermagem mesmo antes da fecundação.

CONCLUSÃO

Os estudos revelam que o enfermeiro atua na prevenção de agravos para a gestante e o feto durante o pré- natal Como profissional também responsável pela imunização da população, o enfermeiro pode atuar na busca ativa das mulheres em idade fértil na sua área de abrangência para acompanhamento, orientação e incentivo à vacinação contra a rubéola.

REFERÊNCIAS

OZAKILMTR,FeracinJCF,SIMOAKK.Campanhadevacinaçãocontraarubéola:mãesefilhoscorremriscos?R EnfermUERJ,2007;

SOUZA MT, Silva MD, Carvalho R. Integrativereview: whatis it? Howto do it?. RevEinstein. 2010; 8(1):102-6.

Capítulo 10

10.37423/220505846

PREVALÊNCIA DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM PRATICANTES DE CROSS TRAINING

Calebe Felipe Lobato Pinhieiro — *Universidade da Amazônia (UNAMA)*

Juliana Beatriz Santos da Silva — *Universidade da Amazônia (UNAMA)*

Alana de Nazaré Reis do Monte — *Universidade da Amazônia (UNAMA)*

Nayan Leonardo Souza Lopes — *Universidade da Amazônia (UNAMA)*

Resumo:

INTRODUÇÃO: O *cross training* é um treinamento funcional de alta intensidade, trata-se de um modelo de treino que vem ganhando popularidade, o principal benefício está em poder desafiar vários sistemas do corpo em uma única sessão, com potencial para aumentar a capacidade aeróbia e anaeróbia, bem como resistência muscular, força e potência, enquanto impactam positivamente a composição corporal e a capacidade de trabalho. É importante ressaltar consideráveis riscos de lesões musculoesqueléticas, lesões ligamentares e até rabdomiólise, caso os exercícios sejam executados de maneira incorreta e forma excessiva. **OBJETIVO:** Analisar a prevalência de lesões, regiões do corpo e nível de dor em indivíduos praticantes de *Cross training* além de avaliar a qualidade de vida fora do âmbito prático. **MÉTODOS E MATERIAIS:** Foi realizado um estudo transversal, descritivo com uma análise quantitativa dos resultados coletados. Deu-se através de uma pesquisa feita com praticantes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que estavam praticando há mais de seis meses. Decorreu uma coleta de dados por meio de um questionário desenvolvido pelos autores, para coleta dados referentes a lesão e dor, nos quais foram utilizados o questionário SF36 que visa analisar a qualidade de vida dos praticantes.

Palavras-chave: *Cross training*, ferimentos e lesões, treinamento Intervalado de alta intensidade e exercício físico.

INTRODUÇÃO

O treinamento funcional de alta intensidade é um modelo de treino, que vem ganhando popularidade, incorporando uma variedade de movimentos funcionais realizado em alta intensidade e projetado para melhorar os parâmetros de aptidão física e desempenho geral (FEITO et al, 2020). O treinamento tem como objetivo preparar melhor os praticantes para qualquer contingência física (TIBANA; SOUSA, 2018).

O principal benefício desse treino funcional reside no desafio a vários sistemas do corpo em uma única sessão, com potencial para aumentar a capacidade aeróbia e anaeróbia, bem como resistência muscular, força e potência, enquanto impactam positivamente a composição corporal e a capacidade de trabalho (NETO; KENNEDY, 2019).

Em um estudo epidemiológico de atletas de *Cross training* no Brasil, 31,0% dos indivíduos entrevistados, relataram ter sofrido alguma lesão durante a pratica do *Cross training* (SPREY et al, 2016). Como exemplos das disfunções relacionadas ao esporte estão as cãibras, a fadiga muscular associada ao treino excessivo (*Overtraining),* degeneração precoce das articulações, dentre outras. Quando o praticante é negligente, joelhos, lombar e ombros são as áreas com maior incidência de lesões durante os exercícios (GUIA ESSENCIAL CROSSFIT, 2016).

O Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM), salienta que além dos benefícios que a modalidade traz, também ressalta consideráveis risco de lesões musculoesqueléticas, lesões ligamentares e até rabdomiólise, caso os exercícios sejam executados de maneira incorreta e forma excessiva (DOMINSKI FH et al, 2018). Nesta condição de sobrecarga, pode acarretar à fadiga precoce, estresse oxidativo, menor resistência ao esforço do exercício repetitivo posterior, a uma maior percepção do esforço e execução insegura do movimento (CLAUDINO JG et al, 2018).

No estudo de (DOMINSKI et al, 2018) as regiões mais acometidas no treino, foram os ombros, seguido por costas e joelhos, região lombar e braços e cotovelos. A lesão é um acometimento indesejável e desagradável na vida do atleta ou praticante de atividade física. O treino árduo com frequência até o limite corporal, sobretudo sem uma preparação correta e específica, inevitavelmente apresentara lesões, dor, desconforto e até incapacidade ao treinamento (XAVIER; LOPES, 2017).

Por lesões musculoesquelética, entende-se como todas as alterações que limitem a função de determinado sistema, sendo alterações morfológicas ou histoquímicas do tecido. Lesões e distensões musculares são fibras musculares que se rompem entre o músculo e o tendão, no tendão ou na

inserção óssea do músculo, ocorrendo o afastamento do indivíduo do treinamento para uma recuperação lenta (XAVIER; LOPES, 2017). Mediante o exposto, surge o questionamento quanto a prevalência de lesões.

CROSS TRAINING

O treinamento cruzado (*Cross training*) apresenta-se como um novo método de treinamento físico que vem ganhando popularidade desde sua criação e implementação no início dos anos 2000 (DOMINSKI et al, 2018). Embora tenha surgido em meados dos anos 90. Tornando-se uma forma de treino que engloba o condicionamento físico, maximiza a resposta neuroendócrina, desenvolve potência, e busca realizar um treinamento cruzado com diversas modalidades e práticas de movimentos funcionais (MENDES et al, 2017).

Sprey e colaboradores, (2016) define como *Cross training*, um treinamento funcional de alta intensidade e constantemente variado, enquanto Szeles e colaboradores, (2020) estabelece como;

"(...) programa de exercícios de força e condicionamento com movimentos funcionais multiarticulares constantemente variados e sessões de exercícios intermitentes de alta intensidade projetados para melhorar o condicionamento físico e a saúde" (SZELES et al, 2020, p,1).

Esse tipo de treinamento lista diversos exercícios complexos, dentre eles podemos apontar exercícios de levantamento olímpico como agachamentos, arrancos, arremessos e desenvolvimentos; exercícios aeróbios como remos, corrida e ciclismo, e movimentos ginásticos, paradas de mão, paralelas, argolas e barras (KOLLING et al, 2018, p.17 apud TIBANA; ALMEIDA; PESTES, 2015, p. 17).

Os treinos são elaborados em um cronograma de exercícios semanais ou diários, denominados de *WOD - (Workout of the Day*), buscando realizá-los da maneira mais rápida possível, em tempo determinado ou quantidade de repetições, com o mínimo ou nenhum tempo de recuperação, tornando a atividade cansativa. (MARTINS et al, 2018).

O objetivo principal do treinamento cruzado é facilitar uma aptidão ampla, geral e inclusiva apoiada por resultados mensuráveis, observáveis e repetíveis. No treinamento de *Cross training*, busca-se desenvolver e melhorar as capacidades físicas, entre elas, a resistência cardiovascular (respiratória), a resistência muscular, a força, a flexibilidade, a precisão, a potência, a agilidade, o equilíbrio, a coordenação e a velocidade (KOLLING et al, 2018, p. 18 apud GLASSMAN, 2005, p. 18).

BENEFÍCIOS DO *CROSS TRAINING*

Uma rotina de atividade física está ligada ao bem-estar psicológico, reduzindo o estresse, ansiedade e depressão, importantes para manutenção da saúde quanto à qualidade de vida (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006).

O *Cross training* impacta fisiologicamente em seus praticantes, pois incorpora elementos aeróbicos e anaeróbicos, que melhoram a aptidão vascular, capacidade anaeróbia e composição corporal de indivíduos de todos os níveis de aptidão e de ambos os sexos. (GIANZINA; KASSOTAKI, 2019).

Bellar e colaboradores (2015), em seu estudo com 32 homens, divididos em dois grupos de praticantes "ingênuos" e praticantes experientes, encontrou ganhos significativos em relação a capacidade aeróbia máxima (VO2max) e potência anaeróbica associados.

Consequentemente, o treinamento também produz efeitos psicológicos como prazer, desafio, satisfação e cumprimento de metas, levando a altos níveis de retenção e aderência à participação dos praticantes nos programas *Cross training*. (GIANZINA; KASSOTAKI, 2018).

No estudo de Fisher e colaboradores (2015), sugere que motivações intrínsecas, como o prazer do exercício, levam ao aumento da persistência, sentimentos positivos e redução do estresse, deixando o indivíduo mais propenso a se sentir energizado, confiante e satisfeito na própria atividade.

Uma de suas premissas está na adesão ao senso social que gera competitividade entre os participantes, elevando-os até seus limites, o *Cross training* oferece um ambiente de "camaradagem natural, competição e diversão com esporte ou jogo" que combate o tédio que contribui para a adesão às rotinas de exercícios (ELKIN et al, 2019).

"Especificamente, a motivação de um indivíduo para alcançar seus objetivos pessoais pode aumentar quando essa pessoa é exposta a uma obrigação percebida de superar os outros ou de corresponder às expectativas dos outros que estão torcendo pelo participante" ELKIN et al, 2019, p.4)

Além do forte senso de comunidade no *Cross Training*, Simpsom (2017) ressalta a aquisição de autoeficácia, senso de controle sobre seus hábitos de exercício e positividade sobre seus aspectos físicos e mentais. No estudo de Aureliano (2020), notou-se que os fatores relativos como superação, prazer, desafio, satisfação pessoal, saúde, melhora do condicionamento físico, melhora da estética corporal e controle do estresse, ao indivíduo são os que mais interferem na motivação à prática do *Cross training.*

LESÕES

Lesão musculoesquelética é definida como qualquer alteração morfológica ou histoquímica do tecido que possa prejudicar a funcionalidade desse sistema. No esporte, as lesões musculoesqueléticas mais comuns são: Contusão, definida como um trauma, localizado em qualquer região do corpo, comprometendo a funcionalidade de músculos ou tendões, além de ocasionar inflamação local. Cãibra é a contração involuntária e dolorosa do músculo, uma das causas é o acúmulo de ácido lático. Tendinopatia é a disfunção do tendão, ocasionada pela repetição excessiva de movimentos. Distensão ocorre quando as fibras musculares se alongam além do seu comprimento normal (XAVIER; LOPES; 2017).

A relação entre lesão e *Cross training* tem um padrão comum nas diferentes modalidades esportivas, decorrente de vários fatores. Esses fatores são divididos em intrínsecos que são aqueles inerentes ao organismo, incluem anormalidades anatômicas e biomecânicas, e em fatores extrínsecos que estão diretamente ou indiretamente ligados à preparação ou à prática do treino como erros de planejamento e execução do treinamento (XAVIER; LOPES;2017).

Os praticantes de *Cross training*, seja de modo competitivo ou recreativo, estão suscetíveis aos riscos de lesões musculoesqueléticas relacionadas à modalidade, principalmente se a execução do exercício estiver imprópria. Indivíduos que treinam em alta intensidade e com frequência no limite do corpo, sem preparação, inevitavelmente apresentarão lesões acompanhadas de dor, desconforto e em alguns casos impossibilitam a continuidade do treino (KOLLING et al, 2018).

De acordo com Brandão (2018) um risco de lesão está relacionado à procura do aluno quanto a supervisão do treinador. Concluindo-se que mulheres procuram mais ajuda que os homens, como consequência o índice de lesões em homens é maior em relação às mulheres. Outro fator importante é a supervisão do treinador, pois quanto menor o nível de atenção dos treinadores maior é a chance de lesão.

No *Cross training*, a maioria das lesões está localizada no joelho, ombro ou coluna. Isso ocorre devido ao estresse anormal nas articulações causado pela fadiga de exercícios extremos. A maioria dos pacientes relata sintoma insidioso incapaz de identificar e especificar o treino causador, uma minoria lembrava do treino e não do movimento ou momento exato após tornarem-se sintomáticos (EVERHART et al, 2020).

Estes riscos de lesões interferem na evolução de adaptações sistemáticas impostas pelo treinamento (LOPES et al, 2018). É primordial que haja a individualidade nos treinos, acatando os limites e características fisiológicas do praticante com o intuito de reduzir os riscos de lesões (BRANDÃO et al, 2018). Diante disso, é imprescindível uma análise direcionada ao gerenciamento de cargas de treinamento, a fim de aperfeiçoar o desempenho esportivo (CLAUDINO et al, 2018).

Esses exercícios são excessivos, repetitivos e extenuantes, realizados em alta intensidade, podem induzir a rabdomiólise, definida como um dano causado no tecido muscular desencadeando a liberação de substâncias na corrente sanguínea, interrompendo a homeostase celular. Quando é causada por exercício, é denominada de rabdomiólise por esforço. Dentre fatores associados podemos citar a desidratação, estresse por calor, o uso de certas drogas, suplementos dietéticos e treinamento de alto risco, pois este exige maior esforço físico. Alguns sintomas são dores musculares, edema, fraqueza e urina marrom (TAMBOR et al, 2017).

Segundo Holschen e colaboradores (2019) o músculo latíssimo do dorso é suscetível a lesionar, pois encontra-se vigorosamente envolvido durante os exercícios como *rowing* e *pull-up*, durante esses exercícios o músculo sofre um estresse podendo ocasionar possíveis lesões isoladas do seu tendão. Outro exercício que pode induzir a esta lesão é a musculação na barra, no qual o atleta se pendura na barra e combina o exercício de puxar para cima com o exercício de mergulho em um movimento de balanço começando com o *pull-up*.

Após uma análise de quatro anos sobre a incidência de lesões entre os praticantes de *Cross training*, foram constatadas diferenças mínimas de escala entre homens e mulheres em relação à lesão. Mais comum apresentarem lesão em apenas uma região do corpo. Quanto a prevalência de lesões, os atletas com experiência maior que 3 anos relataram mais lesões quando comparados àqueles com 1 a 3 anos e aqueles com menos de 1 ano. Acrescentou-se ainda que os praticantes do sexo masculino eram mais suscetíveis a lesionar em relação os praticantes do sexo feminino (FEITO et al, 2018).

É válido atentar para os riscos de lesões da coluna com sintomas neurológicos, consequência de traumas acometidos durante a execução do *Cross training*, a incontinência urinária em mulheres ocorre devido à intensidade dos treinos e grandes impactos biomecânicos no organismo provocando o aumento da pressão intra-abdominal. Embora a incidência dessas lesões seja menos frequente (WAGENER et al, 2020).

JUSTIFICATIVA

Como define (DOMINSKI et al, 2018), o *Cross training* busca através da prática de exercícios esportivos e funcionais, a promoção da aptidão física de modo a executá-los em alta intensidade. Sprey e colaboradores, (2016) descrevem como uma combinação de vários exercícios sincrônicos, no qual é trabalhado grandes grupos musculares ao mesmo tempo durante a execução dos movimentos que exigem força, precisão e resistência. Com isso, entende-se que essa modalidade de exercícios, como qualquer outra, tem por objetivo os ganhos benéficos à saúde dos seus praticantes.

Ademais, possibilita adequação fisiológica e melhora o condicionamento físico, a funcionalidade e a qualidade de vida que está relacionada também ao dia a dia do praticante por meio da força, coordenação, velocidade, equilíbrio e flexibilidade. Pois além de adquirir durante os treinos também contribuem para prática diária do indivíduo (KOLLING et al, 2018).

No entanto, por se tratar de um programa de exercícios executados em alta intensidade, é levantado o questionamento quanto a segurança dos atletas na sua execução, pois como qualquer outro esporte, possibilita a predisposição ao surgimento de lesões, o qual é comparado até a outros esportes recreativos e competitivos (SPREY et al, 2016).

Praticantes que apresentam lesões durante a modalidade são afastados requerendo uma reabilitação, comumente impossibilita a continuidade do treino até que ocorra a melhora funcional. Caso o ambiente de prática seja favorável para o praticante, resulta em um ótimo utensílio para o trabalho funcional e aumenta a qualidade de vida ao prevenir lesões e incapacidades. (XAVIER; LOPES, 2017).

Porém, se a mecânica de movimento estiver incorreta e o indivíduo continuar treinando constantemente, pode resultar em uma lesão e o excesso de treino sem o descanso adequado também pode ocasionar uma lesão. Mesmo depois de 48 horas após o treino, praticantes relatam maior fadiga, dor muscular e inchaço, além de dificuldades de movimentação dos membros. Diante disso, é imprescindível uma análise direcionada ao gerenciamento de cargas de treinamento, a fim de aperfeiçoar o desempenho esportivo e reduzir os riscos de lesão (CLAUDINO et al, 2018).

Nesse caso, este estudo surge com premissa de investigar as lesões mais prevalentes e quantificá-las, para que futuramente seus dados possam ser utilizados em outras pesquisas, buscando melhor compreensão sobre as lesões do *Cross training.*

OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência de lesões musculoesqueléticas em praticantes de *Cross training.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a incidência da região do corpo de maior predominância de lesões derivadas do treinamento;

Avaliar o nível global de dor referida;

Verificar a qualidade de vida dos praticantes de *Cross training.*

MATERIAS E MÉTODOS

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido conforme os preceitos de Helsinque e do código de Nuremberg, respeitando às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, conforme a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do conselho nacional de saúde após a submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Amazônia – UNAMA Ananindeua, após a autorização do desenvolvimento da pesquisa pelo orientador Prof. Nayan Leonardo Souza Lopes (APÊNDICE A), da autorização da coordenação da academia escolhida (APÊNDICE B), e a autorização da participante mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

RISCOS E BENEFÍCIOS

Objetivando diminuir o risco ao coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) aos pesquisadores e os praticantes, seguimos as medidas de segurança determinadas pelo ministério da saúde como proteção individual (EPI); higienização das mãos, móveis e canetas com álcool 70%; uso de máscara e distanciamento; distribuição das folhas somente após a higienização.

Não ter amostra suficientemente relevante, que será minimizado pela ampliação do local estudado.

A partir da análise da pesquisa, os voluntários foram beneficiados por traçar o perfil epidemiológico sobre as lesões que mais acometem os praticantes de *Cross training*, e sua prevalência. Para que possam traçar medidas preventivas nesse ambiente.

Divulgação de dados falso-positivos que alarmam equivocadamente a sociedade em relação à veracidade dos resultados obtidos, ao qual foi minimizado pela sistematização da coleta de dados e suas interpretações.

O risco de identificação e divulgação de dados sigilosos dos participantes, foi minimizado através da identificação dos mesmos por números.

A pesquisa proporcionou o fornecimento de importantes dados que auxiliaram no aperfeiçoamento do atendimento dos praticantes, e corrigir alguns erros relacionados à assistência deste público, visando melhorar as condutas a partir dos resultados encontrados na pesquisa.

DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo transversal, pois a exposição ao fator está presente ao efeito no mesmo intervalo de tempo analisado. (HOCHMAN et al. 2005). De natureza observacional, onde o investigador atua como expectador dos fatos, sem realizar intervenções que interferem no curso natural ou no desfecho, embora possa realizar procedimentos para coleta de dados (FONTELLES et al. 2009). Com abordagem quantitativa, visto que recorre à linguagem matemática que descrevem as causas de um fenômeno e variáveis. (FONSECA, 2002, p. 20).

LOCAL DO ESTUDO

A coleta de amostragem ocorreu em espaço reservado, em uma unidade Crossfit Ananindeua, localizado na Rodovia Mário Covas, Número 208 - Coqueiro, Ananindeua - PA, 67113-970.

CRITÉRIOS DE PESQUISA

Foi considerado como critérios de inclusão, um número amostral de livre demanda de indivíduos de ambos os sexos com idade superior a 18 anos que estejam até seis meses praticando *Cross training*, pois há uma maior incidência de lesões nesse grupo (CHENG et al, 2020), que tenham preenchido todos os questionários e que tenham autorizado a sua participação na pesquisa pelo termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

Como critérios de exclusão, foi desconsiderado, os praticantes de outras modalidades esportivas, pois observou-se que os praticantes que realizavam outras modalidades além do *Cross training* tinham mais chance de adquirir lesões (LOPES et al, 2020), praticantes que não tenham preenchido todos os

questionários e que não autorizaram a sua participação na pesquisa pelo termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Foi utilizado o Sf-36 (*Medical Outcomes Study 36 - item short-Form Health Survey)* (ANEXO A) para a coleta referente a qualidade de vida dos atletas. É um instrumento genérico de fácil aplicação, contendo 36 itens, englobados em 8 escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100 (CICONELLI et al. 1999).

Para coleta do histórico de lesões, (APÊNDICE D) foi utilizado um questionário fechado desenvolvido a partir de dados coletados na literatura, como os dados antropométricos que incluem, peso, altura, índice de massa corpórea – (IMC), também inclui a área do corpo lesionada. Para abordar o nível de dor, foi utilizada a Escala Visual Analógica – EVA, por possuir fácil compreensão para o paciente. Provida de instruções claras e simples, de aplicação rápida e mínima intervenção. Apresenta uma linha graduada de cores do azul, apresentada como ausência de dor ou “leve”, passando por amarelo, “moderada”, e terminando no vermelho, “grave” (HEINEN et al, 2016).

PROCEDIMENTO DE COL

A primeira etapa foi realizada em espaço reservado, na unidade Crossfit Ananindeua, mediante a autorização escrita à Coordenação do local (APÊNDICE B) e pelos participantes da pesquisa por meio do TCLE (APÊNDICE C).

Na segunda etapa foi aplicado o questionário SF-36 (ANEXO A) e o questionário desenvolvido pelos autores sobre o histórico de lesões e dor (APÊNDICE D). Nos períodos da manhã e da tarde por três horas, nos dias escolhidos à pesquisa, durante os meses de setembro a novembro do ano de 2021.

ANÁLISE DE DADOS

Para a tabulação dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Office 2016 Profissional Plus Excel® para alocar e computar os dados. A análise foi utilizada o software BioEstat 5.3®, para quantificação descritiva do percentual, média, desvio padrão e mediana. A comparação de variáveis, foi dada através do Exato de Fisher, e Qui-quadrado para teste de significância das amostras analisadas. Adotou-se como grau de significância o p-valor de 0.05. Se o valor-p for menor que 0.05, devemos rejeitar a hipótese nula de que não há diferença entre as médias e concluir que existe uma diferença

significativa. Se o valor-p for maior que 0.05, não é possível concluir que existe uma diferença significativa.

RESULTADOS

Obteve-se a adesão de 55 participantes, porém foram validados 41 participantes de ambos os sexos, 22 masculinos e 19 femininos, com faixa etária variando entre 20 e 41 anos, com média de 30.83 (± 5,88). A altura média dos participantes apresentou 1,68m (± 0,08), com o peso médio de 74.59 (± 13.92) além de apresentarem sobrepeso, segundo a classificação do IMC com uma média de 26.25 (± 3.39), e 4,88% da amostragem apresentaram hipertensão, **Tabela1.**

Tabela 1 - Valores descritivos das características das amostras

Variáveis	n = 41(%)	Média± Desvio padrão	Mediana
Sexo			
Masculino	22 (53,66)	-	-
Feminino	19 (46.34)		
Idade			
20-29	16 (39,02)	30.83 ± 5,88	31
30-39	22 (53,66)		
40-49	3 (7,32)		
Altura	-	1.68 ± 0.08	1.68
Peso	-	74.59 ± 13.92	75
IMC	-	26.25 ± 3.39	25.8
Patologias			
Hipertensão	2 (4,88)	-	-
N/A	39 (95,12)		

Quanto ao tempo em que se dedicam ao *Cross training*, 31,71% dos participantes praticam a mais de 3 anos, uma média de 31.90 (±14.10) meses, 5 vezes por semana e 80,49% praticam *Cross training* por 1 hora, **Tabela 2**.

22,86%) com uma média de 3.5 (±2.88).

Dos 24 participantes que relataram lesões, 15 (62,50%) são do sexo masculino, 13 (54,17%) buscaram alguma assistência médica, e 15 (62,50%) buscaram assistência

Tabela 2 - Valores descritivos do tempo de prática de cross training

Variáveis	n = 41(%)	Média± Desvio padrão	Mediana
Tempo que treina CT			
6 meses - 1 ano	10 (24.39)		
1 ano - 2 anos	7 (17.0)	31.90 ± 14.10	36
2 anos - 3 anos	11 (26.83)		
>3 anos	13 (31.71)		
Vezes por semana			
3x / semana	7 (17,07)		
4x / semana	8 (19,51)		
5x / semana	13 (31,71)	4.80 ± 1.12	5
6x / semana	12 (29,27)		
7x / semana	1 (2,44)		
Horas de treino (min.)			
60 min.	33 (80,49)	-	-
120 min.	7 (17,07)		

Quanto a incidência de lesões, dos 41 participantes, 24 (58,54%) tiveram lesões, um total de 35 lesões relatadas, sendo a maioria nas regiões do ombro (22,86%) e joelho fisioterapêutica. Devido a lesão, ficaram afastados 16 (66,67%) participantes. Dos afastados 8 (50,00%) ficaram por 1 semana, descritos na Tabela 3.

Tabela 3 variáveis descritivas relacionada ao local de lesão mais acometidos

Variáveis	**Houve lesão (n=24) n (%)**
Sexo	
Masculino	15 (62,50)
Feminino	9 (37,50)
Assistência médica	13 (54.17)
Assistência fisioterapêutica	15 (62.50)
Afastamento devido a lesão	16 (66.67)
Tempo de afastamento	
1 sem.	8 (50,00)
3 sem.	2 (12,50)
1 mês	3 (18,75)
>1 mês	3 (18,75)
Locais lesionados	
Ombros	8 (22.86)
Cotovelo	4 (11.43)
Antebraço	1 (2.86)
Pulso	3 (8.57)
Mão	2 (5.71)
Coluna lombar	6 (17.14)
Joelho	8 (22.86)
Panturrilha	1 (2.86)
Tornozelo	1 (2.86)
Pé	1 (2.86)

Foram significativamente associadas à ocorrência de lesão as variáveis: idade e tempo de prática (p-valor 0,001). Entre os praticantes que apresentaram lesões a proporção de homens foi de 68,18% e mulheres 47,37%, contra 31,82% de homens e 52,63% de mulheres que não tiveram lesões. Dos pacientes que tiveram horas em que praticam cross training, 75% dos lesionados, treinam por 1 hora diárias, contra 94,12% dos não lesionados, e 25% que treinam por 2 horas diárias apresentaram lesões, contrapondo os apenas 5,88% dos que não apresentaram lesões como mostra a **Tabela 4**.

Tabela 4 - Valores descritivos sobre a incidência de lesões segundo as variáveis.

Variáveis		Houve lesão (n=24) n (%)	Não houve lesão (n=17) n (%)	p-valor
Sexo				
	Masculino	15 (68,18)	7 (31,82)	0.216*
	Feminino	9 (47,37)	10 (52,63)	
Idade				
	Média ± DP	31.04 ± 5.59	30.53 ± 6.42	< 0.0001**
	Mediana	31	31	
IMC				
	Peso normal	9 (37,50)	8 (47,06)	0.748*
	Sobrepeso/obesidade	15 (62,50)	9 (52,94)	
Tempo que pratica CT (mês)				
	Média ± DP	31 ± 13.20	31.76 ± 14.66	< 0.0001**
	Mediana	36	36	
Vezes semanais				
	até 4x	11 (45,83)	4 (23,53)	0.195*
	mais de 4x	13 (54,17)	13 (76,47)	
Horas de treino (min.)				
	60 min.	18 (75,00)	16 (94,12)	0.207*
	120 min.	6 (25,00)	1 (5,88)	

* O p-valor refere-se ao exato de Fisher para comparar 2 grupos de duas amostras independentes; ** O p-valor refere-se ao teste qui-quadrado para associação de variáveis.

Lesão, o tempo médio em que praticam Cross training foi de 31 (±13.20) meses, contra 31.76 (±14.66) meses para os que não se lesionaram. Quanto ao tempo de treino diário entre os que apresentaram lesões, foram de 50% contra 23,53% dos que praticam até 4 vezes semanais, e os outros 50% dos que se lesionaram praticam mais de 4 vezes semanais, contra 76,47% dos que não se lesionaram. Quanto as Os dados obtidos pela escala visual analógica, apresentaram o percentual de 39,02%, 16 dos 41 participantes que alegaram sentir dor, o grau de dor mais indicado foi moderado, 62,50% dos 16 participantes. Os locais de dor relatados com maior frequência foram o ombro (28,00%), joelho (24,00%) e coluna lombar (20,00%). **Tabela 5.**

Tabela 5 - Valores descritivos sobre dor obtidos através da escala visual analógica

Variáveis		n=41(%)	Média± Desvio padrão	Mediana
Sente dor				
	Sim	16 (39,02)	9 ± 9.90	9
	Não	25 (60,98)	13.5 ± 16.26	13.5
		(n=16)		
Grau de dor				
	Leve	5 (31,25)	4 ± 1.41	4
	Moderado	10 (62,50)	6.5 ± 4.95	6.5
	grave	1 (6,25)	2 ± 1.41	2
Locais de dor relatada				
	Ombro	7 (28,00)		
	Braço	2 (8,00)		
	Cotovelo	1 (4,00)		
	Pulso	2 (8,00)	3.13 ± 2.47	2
	Coluna lombar	5(20,00)		
	Joelho	6(24,00)		
	Panturrilha	1(4,00)		
	Pé	1(4,00)		

Tabela 6 Valores descritivos dos resultados do SF-36 (Raw Score) expresso em média, desvio padrão e mediana

Aspectos avaliados	Média ± Desvio padrão	Mediana
Capacidade funcional	91.10 ± 13.63	95
Aspectos físicos	85.98 ± 28.53	100
Aspectos emocionais	74.79 ± 37.11	100
Vitalidade	70.24 ± 14.32	75
Saúde mental	60.98 ± 9.50	60
Aspectos sociais	78.95 ± 20.43	87.5
Dor	76.34 ± 18.04	80
Estado geral de saúde	65.73 ± 15.06	65

A **Tabela 6** apresenta as médias e desvios padrões dos domínios do SF-36 (*Raw Score*) na amostra geral foram, respectivamente, à capacidade funcional (91.10 ± 13,63), aspectos físicos (85,98 ± 28.53), aspectos emocionais (74,79 ± 37,11), vitalidade (70,24 ± 14,32), saúde mental (60,98 ± 9,50), aspectos sociais (78,95 ± 20,43), dor (73,34 ± 18,04), estado geral de saúde (72,1 ± 21,3).

DISCUSSÃO

Este estudo objetivou analisar a prevalência de lesões em praticantes de *Cross training* por meio de uma pesquisa de campo. Com intuito de estabelecer o perfil de lesões, foram coletados dados como tipo de lesões, prevalência, região do corpo acometida, tempo de treinamento. Além de analisar as lesões também foi observado o sexo, idade, tipo de exercício e a qualidade de vida por meio do questionário SF-36.

O presente estudo encontrou uma prevalência de 58,54%, de lesões em praticantes de *Cross training.* As regiões mais lesionadas na prática de cross training na população estudada foram joelho, ombro e coluna lombar. Foram observadas significância para as variáveis de idade e tempo de prática.

As áreas mais comumente afetadas foram respectivamente ombros 22.86%, joelho 22.86% e coluna lombar 17.14% das lesões reportadas. Estando de acordo com o que já foi relatado anteriormente na literatura, envolvendo esses três segmentos do corpo como os mais lesionados durante a prática, estando em acordo com os estudos de Xavier e Lopes (2017), ombro (44,2%), coluna (40,3%) e joelho (35,1%); Szeles e colaboradores (2020), ombros (19,0%), coluna lombar (15,0%), e joelhos (11,7%); Teixeira e colaboradores (2020) ombro, região lombar, joelho.

Nenhuma das variáveis da amostra (sexo, idade, IMC) do presente estudo apresentaram relação com a ocorrência de lesões em praticantes de *Cross training*. Souza e colaboradores (2017), diverge ao relatar em sua pesquisa que os homens estavam mais propensos a se lesionar em relação às mulheres. Pois as mulheres procuram mais orientação profissional referente ao manejo das cargas e ao padrão

de movimento correto a ser executado durante os exercícios. No estudo de Montalvo e colaboradores (2017), idade é apontada como fator de risco, corroborando com o achado deste estudo, no entanto, o trabalho de Costa e colaboradores (2019), não encontraram relações significativas que relacionam a presença de lesões e idade, reforçando o que Weisenthal e colaboradores (2014), sugerem que essa modalidade pode ser praticada de modo seguro independente da faixa etária. O fator sobrepeso/obesidade obteve o maior índice de lesões apesar de não apresentar um fator significativo neste estudo, porém, para Xavier e Lopes (2017), são fatores que estão relacionados diretamente ao acontecimento de lesões.

Quanto ao tempo em que praticavam CT, observou-se significância relacionado a média de 31 (± 13.20) meses em que os participantes se lesionaram, no entanto não houve relevância quanto a quantidade de vezes semanais e horas por dia que praticavam tendo, porém encontramos uma taxa de incidência de lesões de 11,16 para cada 1000 horas de treino. No estudo de Costa e colaboradores (2019), a taxa de lesões foi de 3,24 lesões por 1.000 horas de treinamento, pois quanto maior o tempo exposto, maior a taxa de lesões. Quanto ao estudo de Szeles e colaboradores (2020), houve uma taxa de 18,9 lesões 1000 horas de exposição ao CT, da qual os autores presumem que tal discrepância está relacionado á metodologia empregada em sua pesquisa.

Porém, dos 41 participantes 15 (62,50%) procuraram assistência fisioterapêutica, sendo assim, este estudo ressalta a importância do fisioterapeuta como um profissional altamente capacitado para desenvolver e aplicar estratégias de prevenção que possibilitem reduzir a prevalência ou mesmo a severidade das lesões musculoesquelética (COFFITO,2007).

Na análise da amostra foi observado que 16 (66,67%) dos participantes foram afastados dos treinos. Portanto, a fisioterapia vem se amostrando muito eficaz e importante no tratamento de lesões, para que haja uma melhor recuperação, diminuindo o tempo de ausente dos praticantes de suas atividades. Entretanto, dependendo do nível e grau da lesão pode acarretar um longo período de afastamento, por isso é fundamental o trabalho fisioterapêutico, que além de reabilitar, tem a capacidade de elaborar estratégias preventivas, garantindo uma prática esportiva segura com melhores rendimentos (LOPES, et al., 2019).

Com base nas amostras dos resultados no questionário SF-36 (TABELA 6) foi possível analisar através da média, desvio padrão e mediana. A capacidade funcional teve um destaque com maior índice de prevalência de (91.10 ± 13,63), em seguida os aspectos físicos (85,98 ± 28.53), aspectos emocionais (74,79 ± 37,11), vitalidade (70,24 ± 14,32), aspectos sociais (78,95 ± 20,43), dor (73,34 ± 18,04), estado

geral de saúde (72,1 ± 21,3) nos praticantes estão com qualidade de vida boa, porém, com baixa índice de prevalência foi a saúde mental (60,98 ± 9,50). De acordo com estudo AIZAVA e colaboradores (2021) foi verificado que em todos os praticantes apresentaram um bom desempenho para qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que a maior prevalência de lesões está localizada nas regiões dos ombros e joelhos. Sendo mais frequentes em praticantes do sexo masculino. Referente a dor as regiões mais relatadas foram ombro, joelho e coluna lombar. Entretanto, essa dor pela escala visual analógica foi de um grau moderado.

De acordo com o Questionário SF36 pode-se concluir que a capacidade funcional desses praticantes se encontra em melhor estado quando comparado a saúde mental dos mesmos.

Observou-se que a maioria dos praticantes de acordo com questionário de lesão não procuraram assistência fisioterapêutica. Desse modo, este estudo vem ressaltar a importância da fisioterapia no âmbito prático para auxiliar tanto na prevenção quanto na reabilitação.

REFERÊNCIAS

1. BELLAR, D.; HATCHETT A.; JUDGE L. W.; BREAUX M. E.; MARCUS, L. The relationship of aerobic capacity, anaerobic peak power and experience to performance in CrossFit exercise. Biol Sport.;32(4):315-320, 2015.

2. BRANDÃO, L. C.; NETO, G. W. A.; Índices de lesões e seus fatores de riscos em praticantes de CrossFit. 2018. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física) — Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

3. CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R., Tradução Para Língua Portuguesa E Validação Do Questionário Genérico De Avaliação De Qualidade De Vida Sf-36 (Brasil Sf-36). Revista Brasileira Reumatologia - vol. 39 – Nº 3 - Mai/jun. 1999.

4. CLAUDINO J. G.; GABBETT, T. J.; BOURGEOIS, F.; SOUZA, H, S.; MIRANDA, R. C.; MEZÊNCIO, B.; SONCIN, R.; FILHO, C. A. C.; BOTTARO, M.; HERNANDEZ, A. J.; AMADIO, A. C.; SERRÃO, J. C.; CrossFit Overview: Systematic Review and Meta-analysis. Sports Medicine – Open. 2018.

5. DOMINSKI, F. H.; SIQUEIRA, T. C.; SERAFIM, T. T.; ANDRADE, A., Perfil de lesões em praticantes de CrossFit: revisão Sistemática. Fisioterapia Pesquisa.;25:229-239. 2018.

6. ELKIN J. L.; KAMMERMAN, J. S.; KUNSELMAN, A. R.; GALLO, R. A. Likelihood of Injury and Medical Care Between CrossFit and Traditional Weightlifting Participants. The Orthopaedic Journal of Sports Medicine 7(5), May. 2019.

7. EVERHART, J. S.; POLAND, S.; VAJAPEY, S. P.; KIRVEN, J. C.; FRANCE, T. J; VASILEFF, W. K.; CrossFit-related hip and groin injuries: a case series. ANO 2020.

8. FEITO, Y.; BURROWS, E.; TABB. L.; CIESIELKA, K. A., Breaking the myths of competition: a cross-sectional analysis of injuries among CrossFit trained participants. BMJ Open Sport & Exercise Medicine, 2020.

9. FISHER, J.; SALES, A.; CARLSON, L.; STEELE, J., A comparison of the motivational factors between CrossFit participants and other resistance exercise modalities: a pilot study. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness - Sep;57(9):1227-34, 2017.

10. FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S., Metodologia Da Pesquisa Científica: Diretrizes Para A Elaboração De Um Protocolo De Pesquisa. 2009.

11. GERHARDT, T. E.; SILVEIRA D. T. Métodos De Pesquisa. Porto Alegre: Ed. 1. UFRGS, 2009.

12. GIANZINA, E. A.; KASSOTAKI, O. A., The benefits and risks of the high-intensity CrossFit training. Sport Sciences for Health. Jan, 2019.

13. HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; FILHO, R. S. O.; FERREIRA, L. M., Desenhos De Pesquisa. Acta Cirúrgica Brasileira - vol. 20 (Supl. 2) 2005.

14. HOLSCHEN, M.; KORTING, M.; STEINBECK, J.; WITT, K. A.; Traumatic Tear of the Latissimus Dorsi Tendon in a CrossFit Athlete: Surgical Management. ANO 2019.

15. KOLLING, N. W.; PASCOTINI, E. T.; STURMER, G., A PERCEPÇÃO DOS PRATICANTES DE TREINAMENTO CROSSFIT SOBRE OS BENEFÍCIOS DA MODALIDADE. Revista Querubim – Ano 14 Nº35 vol. 04 – 2018.

16. LOPES, P.; BEZERRA, F. H. G.; FILHO, A. N.; BRASILEIRO, I.; NETO, P. P.; JUNIOR, F. S.; Lesões osteomioarticulares entre os praticantes de crossfit. ANO 2018.

17. LOPES R.H.F.; JESUS, P. A. P.; MAIA, A. B. F. M.; SILVA, K. M. R.; OLIVEIRA, A. C. T.; FERREIRA, L. R. N. B., ANÁLISE DO PERFIL E PREVALÊNCIA DE LESÃO MUSCULOESQUELÉTICA EM PRATICANTES DE CROSSFIT. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa - RUEP, v. 17, n. 48, p198-209, 2020.

18. MARTINS, M. B; SOUZA, V. M.; JIMEZ, B. O. C.; SILVA, L. F.; CARMINATI, B. C., CrossFit® - Riscos e Taxas de Lesões: Revisão Sistemática da Literatura. Revista Espacios - Vol. 39 (Nº 19) Pág. 19, Ano 2018.

19. MENDES, S.; CARVALHO, J.; RODRIGUES, A., Cross training: Uma Abordagem em Contexto Escolar. ANO 2017.

20. NETO, J. H F.; KENNEDY, M. D., The Multimodal Nature Of High-Intensity Functional Training: Potential Applications To Improve Sport Performance. Sports, 7, 33, 2019.

21. SPREY, J. W. C.; FERREIRA, T.; LIMA, M. V; DUARTE A. J.; JORGE, P. B.; SANTILI, C., An Epidemiological Profile of CrossFit Athletes in Brazil. The Orthopaedic Journal Of Sports Medicine. 2016.

22. TAMBOR, S. N.; BELLOVARY, B. N.; JENSEN, R. I.; MOORE, M. T.; DONATH, I.; Demandas percebidas e disfunção física pós-exercício no crossfit ® em comparação com a sessão de treinamento baseada em anacSM. ANO 2017.

23. TEIXEIRA, R. V.; DANTAS, M.; MOTAS, D. G. D.; GANTOIS, P.; AIDAR, F. J.; DANTAS, P. M. S.; QUEIROS, V. S.; CESÁRIO, T. M.; CABRAL, B. G. A. T. Retrospective study of risk factors and the prevalence of injuries in HIFT. International journal of sports medicine, 41(3), 168-174. 2020.

24. TIBANA R.A.; SOUSA, N. M. F., Are extreme conditioning programmes effective and safe? A narrative review of high-intensity functional training methods research paradigms and findings. BMJ Open Sport & Exercise Medicine, 2018.

25. XAVIER A. A.; LOPES, A. M. C.; Lesões Musculoesqueléticas Em Praticantes De Crossfit. Revista Interdisciplinar Ciências Médicas – MG, 1(1): 11-27. 2017.

26. WAGENER, S.; HOPPE, M. W.; HOTFIEL, T.; ENGELHARDTH, M.; JAVANMARDI, S.; BAUMGART, C.; FREIWALD, J.; “CrossFit® – Development, Benefits and Risks”. Sportorthopa¨die-Sporttraumatologie, vol. 36,3. 241–249, 2020.

27. WEISENTHAL, B. M.; BECK, C. A.; MALONEY, M. D.; DEHAVEN, K.E.; GIORDANO, B. D. Injury rate and patterns among CrossFit athletes. Orthop J Sports Med.;2(4): 2014.

28. XAVIER, A. A.; LOPES, M.A.C. LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM PRATICANTES DE CROSSFIT. REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS MÉDICAS-MG, v. 1, n. 1, p. 11-27, 2017.

29. MONTALVO A. M.; SHAEFER H.; RODRIGUEZ, B. Li, T.; EPNERE, K. MYER, G. D. Retrospective injury epidemiology and risk factors for injury in CrossFit. J Sports Sci Med.;16(1):53. 2017

30. SPREY, J. W.; FERREIRA, T.; LIMA M. V.; DUARTE, Jr. A.; JORGE, P. B.; SANTILI, C.; An epidemiological profile of CrossFit athletes in Brazil. Orthop J Sports Med. 2016.

31. SZELES, P. R. D. Q.; COSTA, T. S. D.; CUNHA, R. A. D.; HESPANHOL, L.; POCHINI, A. D. C.; RAMOS, L. A.; COHEN, M. Crossfit and the epidemiology of musculoskeletal injuries: a prospective 12-week cohort study. Orthopaedic journal of sports medicine, 8(3), 2020.

32. Costa, T. S.; Louzada, C. T. N.; Miyashita, G. K.; da Silva, P. H. J.; Sungaila, H. Y. F.; Lara, P. H. S.; Arliani, G. G. CrossFit®□: Injury prevalence and main risk factors. Clinics, 74. 2019.

33. TEIXEIRA, R. V.; DANTAS, M., MOTAS, D. G.; GANTOIS, P.; AIDAR, F. J.; DANTAS, P. M. S.; CABRAL, B. G. D. A. T. Retrospective study of risk factors and the prevalence of injuries in HIFT. International journal of sports medicine, 41(03), 168-174. 2020.

34. AIZAVA, P. V.S.;BALBIM, G. M.; JUNIOR, J. R. A. N.; PAPKE S. L.; FIORESE, L. Qualidade de vida e autoeficácia em atletas brasileiros de voleibol de rendimento. Rev Bras Educ Fís Esporte, (São Paulo) Jan-Mar;35(1):177-186, 2021.

Capítulo 11

10.37423/220505848

TREINAMENTO PROPRIOCEPTIVO NA PREVENÇÃO DE LESÕES EM ATLETAS DE FUTEBOL: REVISÃO SISTEMÁTICA

DANIELY SALES RAMOS MACIEL — *Universidade da Amazônia*

DAVY SALES RAMOS MACIEL — *Universidade da Amazônia*

REGINA MARTA SOUSA DO ROSÁRIO — *Universidade da Amazônia*

TONIMAR MONTEIRO DA SILVA — *Universidade Federal do Rio Grande do Norte*

Jefferson Brito Miranda — *Universidade da Amazônia*

ANDERSON ALBUQUERQUE MELO — *Universidade da Amazônia*

Alexandre Costa Gibson — *Universidade da Amazônia*

Éric Marcos Nunes Cavalcante — *Universidade da Amazônia*

Tarcísio Macedo Dos Santos Coelho — *Universidade da Amazônia*

Resumo: O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura de forma sistemática acerca da aplicação do treino proprioceptivo em atletas de futebol como forma de prevenção de lesões. Optou-se em realizar um estudo de revisão sistemática seguindo a recomendação PRISMA, através da cobertura das bases de dados PEDro, PubMed, SciELO e BVS no período de novembro a dezembro de 2019. Foram incluídos artigos dos últimos 5 anos, que abordassem o tema estudado e excluídos os estudos de metodologia de revisão e que não apresentassem disponibilidade do texto na íntegra. Foram identificados no total 12.045 elegíveis, que ao aplicar os critérios de elegibilidade, excluir os duplicados, realizar a leitura dos títulos, resumos e do texto na íntegra, foram incluídos 2 estudos enquadrados na proposta desta pesquisa. A aplicação do treino proprioceptivo na prevenção de lesões em atletas de futebol é inconclusiva, porém, a inclusão desses exercícios gera outros efeitos benéficos nesta modalidade esportiva. Sugere-se a realização de novos estudos acerca deste tema.

Palavras chaves: Futebol; Propriocepção; Revisão.

INTRODUÇÃO

O futebol foi regulamentado e organizado na Inglaterra em 1863, porém não se sabem a sua origem. Atualmente, o futebol é o esporte mais praticado em todo o mundo, pois é uma atividade que não exige de muitos equipamentos ou local específico, apenas uma bola e duas traves, como se ver nas ruas das periferias do Brasil. O futebol foi oficialmente introduzido no Brasil por Charles Miller. Nesse período, o esporte só era praticado pelas classes altas e era proibido sua prática pelos escravos (STOLEN *et al*., 2005; MOSCA, 2006).

Com a difusão do esporte pelo mundo, sua prática deixou de ser meramente por lazer e passou a ser o sonho de muitas crianças como jogadores profissionais de futebol. Esse crescimento, introduziu a grande indústria do futebol que cada vez mais investe no esporte. E como forma de melhorar o desempenho dos jogadores, muitos investimentos e estudos se voltaram a eles, formando uma equipe de profissionais para promover assistência multiprofissional.

Porém, o futebol é o esporte que mais lesiona. Isso ocorre pelo esporte ser de alto rendimento físico, pois durante uma partida são necessárias inúmeras explosões de explosões, incluindo saltos, chutes, manobras, curvas, corridas, mudanças de ritmo e contrações vigorosas para manter o equilíbrio e o controle da bola contra a pressão defensiva. Durante essas explosões do esporte, ocorrem as lesões, como por exemplo, lesão do Ligamento Cruzado Anterior (LCA) pela mudança brusca de direção ou entorse do tornozelo ao realizar uma manobra ou curva (STOLEN *et al*., 2005).

O melhor meio de aumentar a capacidade e tornar o atleta com maior rendimento é através do preparamento físico e na prevenção de lesões. Pensando nisso, em 1996, Garaffa *et al.,* relataram que o treino proprioceptivo pode reduzir os índices de entorses de tornozelo em vários esportes e pode ser utilizado como forma de reabilitação. Nesse mesmo estudo, foi observado menores índices de reincidivas de lesões nos atletas que realizaram o treino proprioceptivo comparado ao grupo controle.

A propriocepção é um termo empregado como sinônimo para o sentido de posição articular, sensação somática, equilíbrio e estabilidade articular. O treino proprioceptivo surge como forma de acelerar essa resposta motora para reabilitar ou evitar que uma articulação ou musculo se lesione (LEPORACE; METSAVAHT; SPOSITO; 2009). Assim, a presente pesquisa possui como objetivo investigar na literatura científica, de forma sistemática, sobre a aplicação do treino proprioceptivo como forma de prevenção de lesão em atletas de futebol.

REVISÃO DA LITERATURA

FUTEBOL

O futebol é o esporte mais popular no mundo que pode ser realizado por homens, mulheres, crianças e adultos com diferentes níveis de especialização. Não se sabe ao certo a origem do futebol, porém, acredita-se que um jogo parecido se iniciou na Idade Média. O futebol foi organizado e regulamentado na Inglaterra, em 26 de outubro de 1863, com a fundação em Londres da *Football Association*. Entre 1810 e 1840 as inúmeras e diferentes regras que surgiram nos diversos colégios em que o futebol já era praticado impuseram a necessidade da regulamentação. No Brasil, o futebol foi oficialmente introduzido por Charles Miller, brasileiro descendente de ingleses. Nascido em São Paulo em 1874, foi estudar na Inglaterra e retornou em 1894 com duas bolas de futebol, dois uniformes completos, uma bomba de ar e uma agulha (STOLEN *et al*., 2005; MOSCA, 2006).

O Brasil é conhecido como o país do futebol pela grande paixão do povo pelo esporte, que não é só praticado como uma forma de lazer, mas também como uma profissão. Segundo Soares *et al.* (2011), mais se recrutam jovens do sexo masculino, em geral das camadas populares, para atuarem no mercado interno ou externo do futebol e se configura num tipo de negócio que dá base à criação de uma indústria de formação profissional, que pode estar em competição com a escolarização básica dos jovens aspirantes a atletas profissionais.

Para melhorar o desempenho e incentivar a prática profissional, mais jovens são inseridos precocemente para a prática do esporte. O desempenho do futebol depende de uma miríade de fatores como áreas técnicas / biomecânicas, táticas mentais, táticas físicas e aspectos fisiológicos. Tal como acontece com outras atividades, o futebol não é uma ciência, mas a ciência pode ajudar a melhorar seu desempenho. Esforços para melhorar o desempenho do futebol geralmente se concentram em técnicas e táticas em detrimento da aptidão física (MOSCA, 2006).

LESÕES NO FUTEBOL

O futebol é o esporte que mais lesiona em todo o mundo. É estimado que um jogador de elite se lesiona em média pelo menos uma vez ao ano, sendo necessário seu afastamento para a reabilitação. As principais lesões do futebol são nos membros inferiores, como entorses, lesões ligamentares, principalmente do Ligamento Cruzado Anterior (LCA), e lesões musculares, principalmente dos músculos da coxa (RIBEIRO *et al.,* 2007; MCHARDY & POLLARD, 2001).

Durante um jogo de 90 minutos, os jogadores de nível elite correm cerca de 10km em uma intensidade média próxima ao limiar anaeróbico (80–90% da frequência cardíaca máxima). Dentro deste contexto de resistência, são necessárias inúmeras explosões de explosões, incluindo saltos, chutes, manobras, curvas, corridas, mudanças de ritmo e contrações vigorosas para manter o equilíbrio e o controle da bola contra a pressão defensiva. Durante essas explosões do esporte, ocorrem as lesões, como por exemplo, lesão do LCA pela mudança brusca de direção ou entorse do tornozelo ao realizar uma manobra ou curva (STOLEN *et al*., 2005).

Ao se lesionar, o atleta é afastado de suas atividades para a reabilitação e se não realizada de forma eficaz, ocorrem recidivas de lesões, como aconteceu no estudo de

Beirão e Marques (2007), em que foi abordado 26 atletas de futebol que sofreram entorse do tornozelo e após a volta à prática esportiva se lesionaram novamente.

TREINO PROPRIOCEPTIVO

A propriocepção é a capacidade de percepção da posição estática e dinâmica do corpo e seus segmentos através da interação neural das informações como distensão muscular, tensões sobre os tendões, posição articular e vibração profunda, ela compõe as informações sensoriais do sistema musculoesquelético. Isso ocorre devido a presença de receptores articulares e tendíneos que enviam informações mecânicas através de um potencial de ação pela via aferente de um axônio periférico até um gânglio dorsal, que depois passa pela medula, a qual levará até o sistema nervoso central, onde codificará a informação e irá gerar a resposta motora (CHASKEL, PREIS & NETO; 2013).

A propriocepção é um termo empregado como sinônimo para o sentido de posição articular, sensação somática, equilíbrio e estabilidade articular. O treino proprioceptivo surge como forma de acelerar essa resposta motora para evitar que uma articulação ou musculo se lesione. Um exemplo de uma resposta motora eficaz pode ocorrer durante um movimento de desequilíbrio em que o tornozelo sofre uma inversão, se essa articulação tiver um mecanismo protetor adequado, ela retornará à posição neutra rapidamente sem que nenhuma estrutura perca sua integridade (LEPORACE, METSAVAHT & SPOSITO, 2009).

Em 1996, Caraffa *et al.,* relataram que o treino proprioceptivo pode reduzir os índices de entorses de tornozelo em vários esportes e pode ser utilizado como forma de reabilitação do LCA. Nesse mesmo estudo, foi observado menores índices de reincidivas de lesões do LCA em atletas que realizaram o treino proprioceptivo comparado ao grupo controle. Em 2004, Junge e Dvorak, realizaram uma revisão

da literatura acerca da incidência e prevenções em atletas de futebol, nos estudos analisados, foi observado que o treino proprioceptivo pode evitar lesões do tornozelo do tipo entorse, porém, a prevenção de lesões do LCA não foi conclusiva.

Para inserir o treino proprioceptivo adequado ao atleta, deve-se estudar o esporte praticado e levar em consideração os gestos esportivos e terrenos que ocorrem os jogos. Dessa forma, é simulado os gestos esportivos em várias bases, ativando a memória cerebral para obter melhores respostas motoras de proteção. A propriocepção influência na prevenção e recuperação de lesões como também na melhora do equilíbrio, pois o treinamento proprioceptivo estimula as aferências neurais originadas dos mecanoceptores das articulações, músculos, tendões e tecidos profundos que são transmitidas em forma de impulso neural codificado para os vários níveis do SNC, garantindo um melhor controle postural (ROSSATO *et al*., 2013).

METODOLOGIA

Para desenvolvimento da pesquisa, optou-se por um estudo do tipo revisão sistemática, fundamentada na recomendação Prisma. A recomendação Prisma consiste em um checklist de 27 itens e um fluxograma objetivando ajudar os autores a construírem suas revisões sistemática e meta-análise.

Os estudos foram analisados de forma independente por dois autores, obedecendo rigorosamente aos critérios de elegibilidade determinados pelos mesmos, onde foram considerados somente artigos que apresentassem data de publicação dos últimos 5 anos (de 2014 a 2019), que abordam o treino proprioceptivo como prevenção de lesão em atletas de futebol e que apresentassem suas versões nos idiomas inglês ou português. Foram excluídos estudos de revisão e que não apresentaram seu texto na íntegra.

FONTES DE INFORMAÇÕES E BUSCA

A busca foi realizada de forma online em quatro bases de dados: PEDro, PubMed, SciELO e BVS. Foram utilizados os descritores cadastrados no DECS: *Proprioception e Soccer* na língua inglesa e Futebol e Propriocepção na língua portuguesa, combinados entre si, da mesma maneira que seus sinônimos, com os conectores booleanos AND e OR. A busca foi realizada nos meses de novembro a dezembro de 2019.

SELEÇÃO DOS ESTUDOS E PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A seleção dos estudos seguiu o passo a posso registrado no fluxograma do modelo prisma (Figura 1)**.** Durante a pesquisa realizada nas bases de dados estabelecidas, após de se obter o número de relatos identificados, os trabalhos duplicados foram eliminados.

Posteriormente, após filtração pelo ano e idioma, os estudos foram selecionados conforme a leitura dos títulos e resumos, excluindo os divergiram do tema da pesquisa. Os demais estudos foram filtrados pelos critérios de elegibilidade. O último processo de seleção foi a leitura dos artigos na íntegra, e os que se enquadraram nos critérios de elegibilidade integram o resultado.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIÉS

A qualidade metodológica dos estudos foi analisada por dois pesquisadores treinados e qualificados. Na presença de alguma dúvida ou incoerência dos dados, um terceiro revisor participava da avaliação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados nas bases de dados 12.045 artigos, sendo 2 no PEDro, 244 Pubmed, 0 Scielo e 12.045 na BVS. Dentre estes estudos, 7 eram artigos duplicados e foram excluídos. Ao aplicar os critérios de elegibilidade, 137 artigos foram selecionados para leitura dos títulos e resumos, posteriormente, restaram 7 artigos para serem lidos na íntegra, dentre os quais, 2 estudos foram incluídos na presente revisão (Figura 1). O resumo dos artigos inclusos na revisão está representado na Tabela 1.

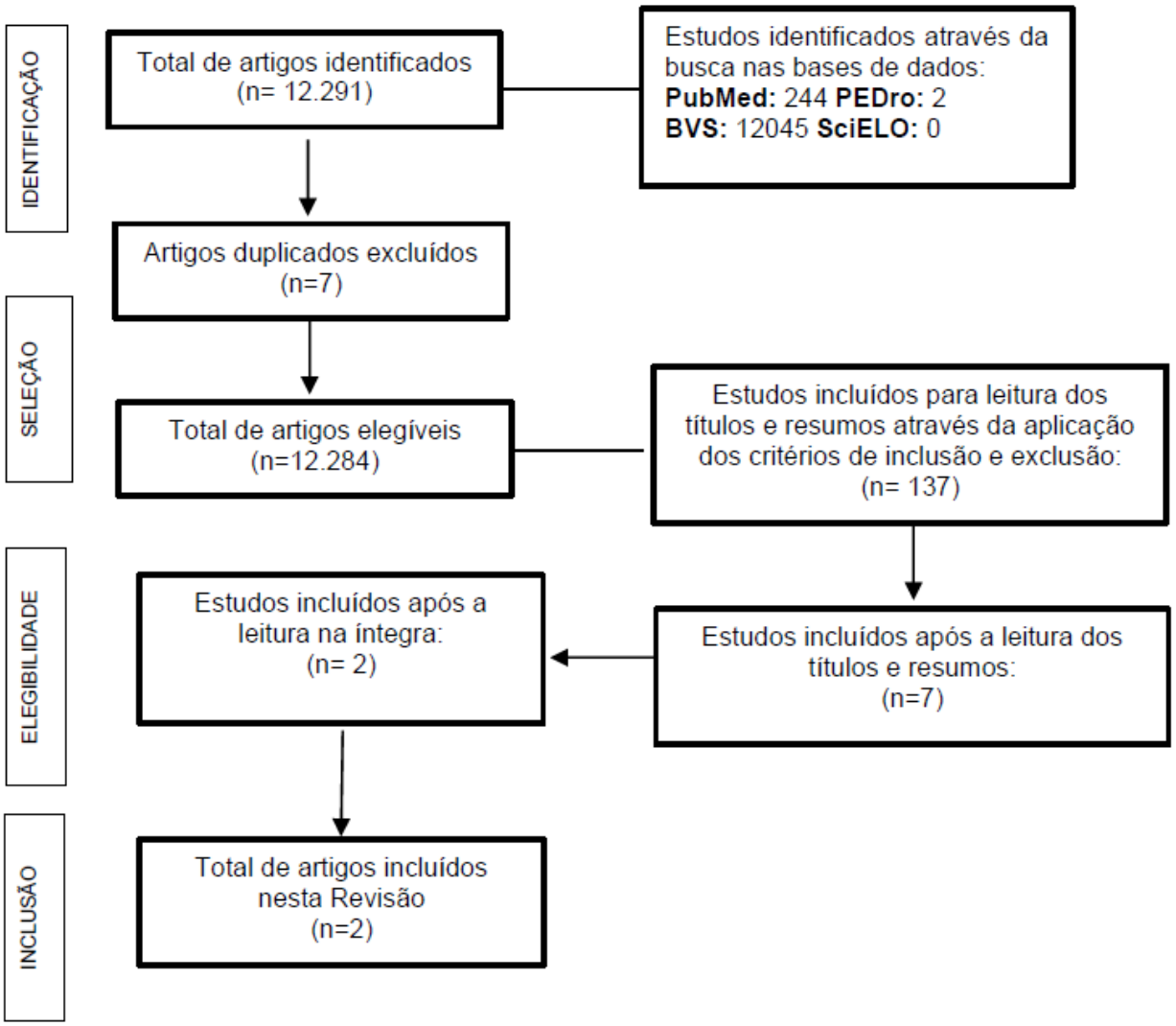


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

Tabela 1 – Resumo dos artigos incluídos na revisão

Siglas: MMII – Membros Inferiores

Artigo Referência Periódico	Escala PEDro	Amostra	Variáveis estudadas- Instrumentos de coleta	Intervenções	Desfechos
Artigo 1. (Liebert, 2016) *Orthopaedic Nursing*	5	31 atletas de futebol do sexo feminino de uma escola do ensino médio.	-Função proprioceptiva: Y Teste Hop teste unilateral em esfera Salto triplo cruzado -Desempenho muscular: Superman Shuttle Run -Percepção subjetiva das atletas acerca do programa: Escala de avaliação subjetiva online.	-Programa de exercícios durante 15 minutos para trabalharem a força muscular e propriocepção. -Material educativo através de vídeos no Youtube, fotos e folheto dos exercícios.	-Melhora no núcleo de força e na capacidade de propriocepção nas atletas, assim como habilidades esportivas e diminuição das lesões nos MMII na temporada de realização da pesquisa.
Artigo 2. (Namazi *et al*., 2019) *European Journal of Science Esporte*	5	73 atletas de futebol do sexo masculino de 4 equipes diferentes competidoras de uma liga premier.	-Função proprioceptiva: Aparelho isocinético (Biodex System 4 Pro)	Avaliação do senso de posição dos joelhos e tornozelos para comprar com o índice de lesões do MMII e comparação com a incidência de lesões nos atletas.	-Não foi observado relação entre o senso de posição articular e o risco de lesão.

O presente estudo objetivou realizar uma revisão da literatura de forma sistemática acerca da aplicação do treino proprioceptivo como forma de prevenção de lesões em atletas de futebol, assim como, ressaltar a importância de inclusão desses exercícios nos programas de treinamento dos atletas.

O treino proprioceptivo é utilizado no período de reabilitação como forma de restauração da sensação cinestésica da articulação lesionada (CRISTOFOLI *et al*., 2016). Foi observado na presente pesquisa que a aplicação do treino proprioceptivo na prevenção de lesões é inconclusiva, pois, no estudo de Liebert (2016) ao aplicar o programa de exercícios proprioceptivos obteve-se resultados satisfatórios, porém, deve-se levar em consideração que a amostra era composta por atletas de ensino médio que estão

iniciando a carreira esportiva. Nesse mesmo estudo, foi observado melhora significativa das variáveis estudadas (propriocepção e força muscular) do membro não dominante, sugerindo esses resultados foram encontrados pela adaptação de estruturas poucos treinadas.

No estudo de Namazi *et al* (2019), realizado com atletas de alto rendimento, concluíram que o treino proprioceptivo não interfere na prevenção de lesões, porém, ajuda na melhor realização dos gestos esportivos. A acuidade proprioceptiva influencia diretamente nas capacidades esportivas, que, segundo Han *et al* (2013), os atletas de elite possuem essas capacidades superiores nos movimentos do tornozelo, ombro e coluna vertebral quando comparado a indivíduos sedentários.

A literatura também evidencia que quando encontrado déficit da função proprioceptiva, sugere-se que o atleta está em eminente risco de lesão, e segundo Whitchalls e seus colaboradores em 2012, a aplicação de um treino proprioceptivo mais reforço muscular podem evitar lesões do tornozelo do tipo entorse. No estudo de Rodriguez, Echegoyen e Aoyama (2018), foi observado que o reforço muscular é o maior aliado na prevenção de lesões dos atletas de futebol, e ao retomar o estudo de Lierbet (2016), incluído nos resultados desta revisão, em que foi aplicado tanto o treino proprioceptivo quanto o reforço muscular, acredita-se que a diminuição das lesões durante a temporada do estudo pode ser ocasionada pela inclusão dos exercícios de força, que pela metodologia do estudo, impossibilita a análise dos efeitos de cada variável, tendo em vista que não houve grupos de comparação e isolamento da aplicação das intervenções.

Ao consultar a literatura para verificar quais os métodos utilizados como prevenção de lesões, as equipes da União das Associações Europeias de Futebol (UEFA) utilizam um programa de exercícios excêntricos, de core, equilíbrio e propriocepção, já as ligas premier brasileiras utilizam como forma de prevenção exercícios de força, funcionais, equilíbrio e propriocepção, observando a inclusão do treino proprioceptivo em clubes de primeira divisão (MAURER, SILVA & BARONI, 2017; MCCALL, DUPONT & EKSTRAND, 2018). Deve-se considerar que a falta de estudos de qualidade acerca do assunto abordado nesta presente pesquisa delimitou seu desenvolvimento.

CONCLUSÃO

A utilização do treino proprioceptivo como forma de prevenção de lesões em atletas de futebol é inconclusiva, sendo necessário a realizações de mais estudos acerca do tema. Porém, há evidencias que sua implementação durante os treinos pode auxiliar na performance do atleta e, quando

observado alterações na função proprioceptiva, o atleta possui riscos de futuras lesões, sendo necessário a avaliação contínua e restaurações dessas funções.

REFERÊNCIAS

BEIRÃO, M.; MARQUES, T. Estudo dos fatores desencadeantes do entorse do tornozelo em jogadores de futebol e elaboração de um programa de fisioterapia preventiva. Rev Pesq Exten Saúde, v.3, n.1, p.1-7. 2007.

CARAFFA, A.; CERULLI, G.; PROJETTI, M.; AISA, G.; RIZZO, A. Prevention of anterior cruciate ligament injuries in soccer. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, v.4, n.1, p.19-21, mar. de 1996.

CHASKEL, C.; PREIS, C.; NETO, L. Propriocepção na prevenção e tratamento de lesões nos esportes. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 67-76, jan./abr. 2013.

CRISTOFOLI, E.; PERES, M.; CECCHINI, L.; PACHECO, I.; PACHECO, A. Comparação do efeito do treinamento proprioceptivo no tornozelo de não atletas e jogadores de voleibol. Rev Bras Med Esporte, v. 22, n.6: p. 450-454, nov/dez de 2016.

HAN, J.; WADDINGTONB, G.; ANSON, J.; ADAMS, R. Level of competitive success achieved by elite athletes and multi-joint proprioceptive ability. J Sci Med Sport. 2013.

JUNGE, A.; DVORAK, J. Soccer Injuries. Sports medicine, v.34, n.13, p.929-938, nov. de 2004.

LEPORACE G.; METSAVAHT L.; SPOSITO M. Importância do treinamento da propriocepção e do controle motor na reabilitação após lesões músculo-esquelética. ACTA FISIATR., v.16, n.3, p.126-131. 2009.

LIERBET, R. Stablishment and Evaluation of an Anterior Cruciate Ligament Injury Prevention Program. Orthopaedic Nursing, v.35, n.1: p. 161-171, May/June 2016.

MCCALL, A.; DUPONT, G.; EKSTRAND, J. Injury prevention strategies, coach compliance and player adherence of 33 of the UEFA Elite Club Injury Study teams: a survey of teams' head medical officers. Br J Sports Med, v, 50: p.725–730, 2016.

MCHARDY, A.; POLLARD, H. Injury associated with soccer: a reviem of epidemiology and etiology. Journal of Sport Chiroprac and Rehabil, v.15, n.1, p.34-45. 2001.

MEURER M.; SILVA, M.; BARONI, B. Strategies for injury prevention in Brazilian football: Perceptions of physiotherapists and practices of premier league teams. Physical Therapy in Sport, v.28: p1-8, 2017.

MOSCA, H. Fatores institucionais e organizacionais que afetam a profissionalização da gestão do departamento de futebol dos clubes. Dissertação (Mestrado em Administração). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

NAMAZI, P.; ZAREI, M.; ABBASI, H.; HOVANLOO, F.; ROMMERS N.; RÖSSLER, R. Proprioception is not associated with lower extremity injuries in U21 high-level football players. European Journal of Sport Science. 2019.

RIBEIRO, R.; VILAÇA, F.; OLIVEIRA, H.; VIEIRA, L.; SILVA, A. Prevalência de lesões no futebol em atletas jovens: um estudo comparativo entre categorias. Rev. bras. Educ. Fís. Esp., São Paulo, v.21, n.3, p.189-94, jul./set. 2007.

RODRIGUES, M.; HUNGER, M.; DELBIM, L.; MARTELLI, A.; O futebol como uma modalidade esportiva popular no brasil e as lesões mais incidentes nessa prática. Rev. Saúde em foco, Teresina, v. 2, n. 2, art. 2, p. 14-28, ago./dez. 2015.

RODRÍGUEZ, C.; ECHEGOYEN, S.; AOYAMA, T. The effects of “prevent injury and enhance performance program” in a female soccer team. The Journal of Sports Medicine and physical fitness, v.58, n.5: p.659-63, mai. de 2018.

ROSSATO, C.; LEMOS, L.; TEIXEIRA, C.; PRANKE, G.; MOTA, C. Propriocepção no esporte: uma revisão sobre a prevenção e recuperação de lesões desportivas. Rev Saúd, Santa Maria, v.39, n.2, p.57-60, jul/dez de 2013.

STOLEN, T.; CHAMARI, K.; CASTAGNA, C.; WISLOFF, U. Physiology of soccer. Sports medicine, v.35, n.6, p.501-536, jun de 2005.

WICHALLS, L.; BLANCH, P.; WADDINGTON, G.; ADAMS, R. Intrinsic functional deficits associated with increased risk of ankle injuries: a systematic review with meta-analysis. Br J Sports Med, v.46, n7:p.515-23, Jun. 2012.

Capítulo 12

10.37423/220505849

O PAPEL DO FISIOTERAPÊUTA NA EDUCAÇÃO INCLUSIVA DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: REVISÃO LITERÁRIA

DANIELY SALES RAMOS MACIEL — *Universidade da Amazônia*

TONIMAR MONTEIRO DA SILVA — *Universidade Federal do Rio Grande do Norte*

ANDERSON ALBUQUERQUE DE MELO — *Universidade da Amazônia*

AMANDA FARIA BARROZO CORREA — *Universidade da Amazônia*

ISABEL HELENA ELERES BAHIA VERAS — *Universidade da Amazônia*

SUELEM ALHO RODRIGUES — *Universidade da Amazônia*

REGINA MARTA SOUSA DO ROSÁRIO — *Universidade da Amazônia*

Resumo:

Introdução: A Lei de n°9.394, de 20 de dezembro de 1996, regulariza os serviços de apoio especializado para atender a clientela de educação especial nas escolas, como exemplo, o fisioterapeuta. **Objetivos**: Este trabalho buscou investigar produções científicas a respeito da atuação fisioterapêutica na inclusão de crianças com deficiência nas redes de ensino regular. **Método:** Trata-se de um estudo de Revisão Literária, em que se realizou uma busca nas bases de dados Scielo, Pubmed, BVS, Pedro e Google Acadêmico. **Resultados e Discussão:** Foram identificados um total de 33.341 artigos: 1872 na Pubmed, 5 na Pedro, 1649 na BVS, 503 na Scielo e 29.300 no Google Acadêmico. Após análise e consenso entre os revisores, 7 manuscritos atenderam aos critérios a proposta da pesquisa. Os estudos analisados mostraram a necessidade da participação de profissionais capacitados para ajudarem na inclusão escolar de crianças com deficiência física, pois foram encontradas barreiras que dificultam a efetividade da inclusão, e o profissional mais indicado é o fisioterapeuta. **Conclusão:** O fisioterapeuta possui papel importante na inclusão escolar.

Palavras-chaves: Fisioterapia; Acessibilidade; Inclusão educacional; Pessoas com deficiência; Crianças.

INTRODUÇÃO

Define-se como deficiência física uma variedade de condições não sensoriais que afetam o indivíduo em decorrência de alterações neurológicas, neuromusculares e/ou ortopédicas, além de malformações congênitas ou adquiridas, resultando em dificuldades na locomoção, coordenação motora, fala e outros. É estimado que 10% da população de um país é portadora de alguma deficiência[1].

Como forma de inclusão das pessoas com deficiências, em 2001, o Governo Federal Brasileiro formulou o Decreto nª 3.956, a qual exige a eliminação de todas as formas de discriminação ou barreiras contra as pessoas com deficiência e propicia a sua plena integração à sociedade em todos seus ambientes, como a escola, que é obrigatório a inserção das crianças com deficiência nas classes comuns do ensino regular, segundo a Lei Nacional nª 4.024 de 20 de dezembro de 19612,[3].

A proposta da inclusão escolar de alunos com deficiência tem sido um tema muito discutido e explorado, no intuito de melhor se compreender e viabilizar uma educação efetiva, de qualidade a todos os educandos, de acordo com suas singularidades e individualidades[4]. O termo inclusão é compreendido como um processo norteador da ampliação da participação social, de modo que a convivência entre as pessoas pode ser considerada a base da vida social. A inclusão escolar implica na convivência e no respeito pelas diferenças[5].

Segundo o Instituto Nacional de Estudo e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira (INEP) em 2019, houve um aumento de 32,2% do índice de inclusão de pessoas com alguma deficiência nas escolas de ensino regular quando comparado ao ano de 2014. Neste mesmo consenso, foi divulgado que apenas 34% das escolas municipais possuem infraestrutura adequada para receber os alunos com deficiência física6. Além das barreiras arquitetônicas, a falta de capacitação dos educadores também dificulta a inclusão escolar, pois não sabem como trabalhar as capacidades e limitações dos alunos com deficiência[7].

A Lei de n°9.394, de 20 de dezembro de 1996, regulariza os serviços de apoio especializado para atender a clientela de educação especial nas escolas, como exemplo, o fisioterapeuta3. Esse profissional, segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), possui como capacidades de planejar, programar, ordenar, executar e supervisionar os métodos e técnicas que visem a saúde em todos os níveis de complexidade, portanto, a atuação fisioterapêutica pode

ultrapassar os ambientes terapêuticos e participar da inclusão do paciente em seus ambientes sociais, tais como a escola[8].

Para uma escola acessível a necessidade do aluno com alguma deficiência físico, é preciso ser atendido a peculiaridade da clientela da educação especial. Nessa perspectiva, a fisioterapia deve intervir e auxiliar no processo de inclusão por meio de ações, como educação em saúde para os funcionários da escola, pais e alunos, eliminação de barreiras arquitetônicas, seleção e adaptação de materiais e mobiliários, bem como a criação de condições para que o deficiente, com movimentos e posturas favoráveis consiga realizar as tarefas escolares, tanto na sala de aula, como em atividades extraclasse9.

No Brasil, existem Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, porém a inclusão social ainda é um desafio, tanto público quanto em escolas privadas10. Portanto, é necessário a inclusão de outros profissionais no meio escolar para a contribuir na inclusão de crianças com deficiência física. Este trabalho oferece uma revisão da literatura com o objetivo de investigar, através das produções científicas, a atuação fisioterapêutica na inclusão de crianças com deficiência física sem alterações intelectuais ou com alterações de leve a moderada nas redes de ensino regular, tais como consultoria acadêmica a equipe escolar e através da adaptação de mobiliários e/ou eliminação das barreiras arquitetônicas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Revisão Literária, em que se realizou uma busca nas bases de dados Scielo, Pubmed, BVS, Pedro e Google Acadêmico. A cobertura da busca nas bases se iniciou em 12 de julho de 2019 e finalizou em 29 de setembro de 2019. Foram utilizados os descritores cadastrados no Decs: Fisioterapia; Acessibilidade; Inclusão educacional; Pessoas com deficiência; Crianças. E entre os descritores, foi utilizado o operador boleano AND, com permutação entre eles, como exemplo: Fisioterapia AND Acessibilidade; Fisioterapia AND Inclusão Escolar; Inclusão Escolar AND Crianças; Crianças AND Acessibilidade. Todos os descritores foram pesquisados em português e inglês. Foram revisão incluídos nesta revisão os artigos mais relevantes considerados pelo autor. Foram excluídos os estudos que não apresentavam qualidade metodológica ou não abordavam diretamente o tema.

RESULTADOS

Foram identificados um total de 33.341 artigos: 1872 na Pubmed, 5 na Pedro, 1649 na BVS, 503 na Scielo e 29.300 no Google Acadêmico. Após análise e consenso entre os revisores, 7 manuscritos

atenderam a proposta da pesquisa. A Figura 1 mostra detalhadamente o processo de coleta de dados e seleção dos estudos para a elaboração dos resultados apresentados na Tabela 1.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

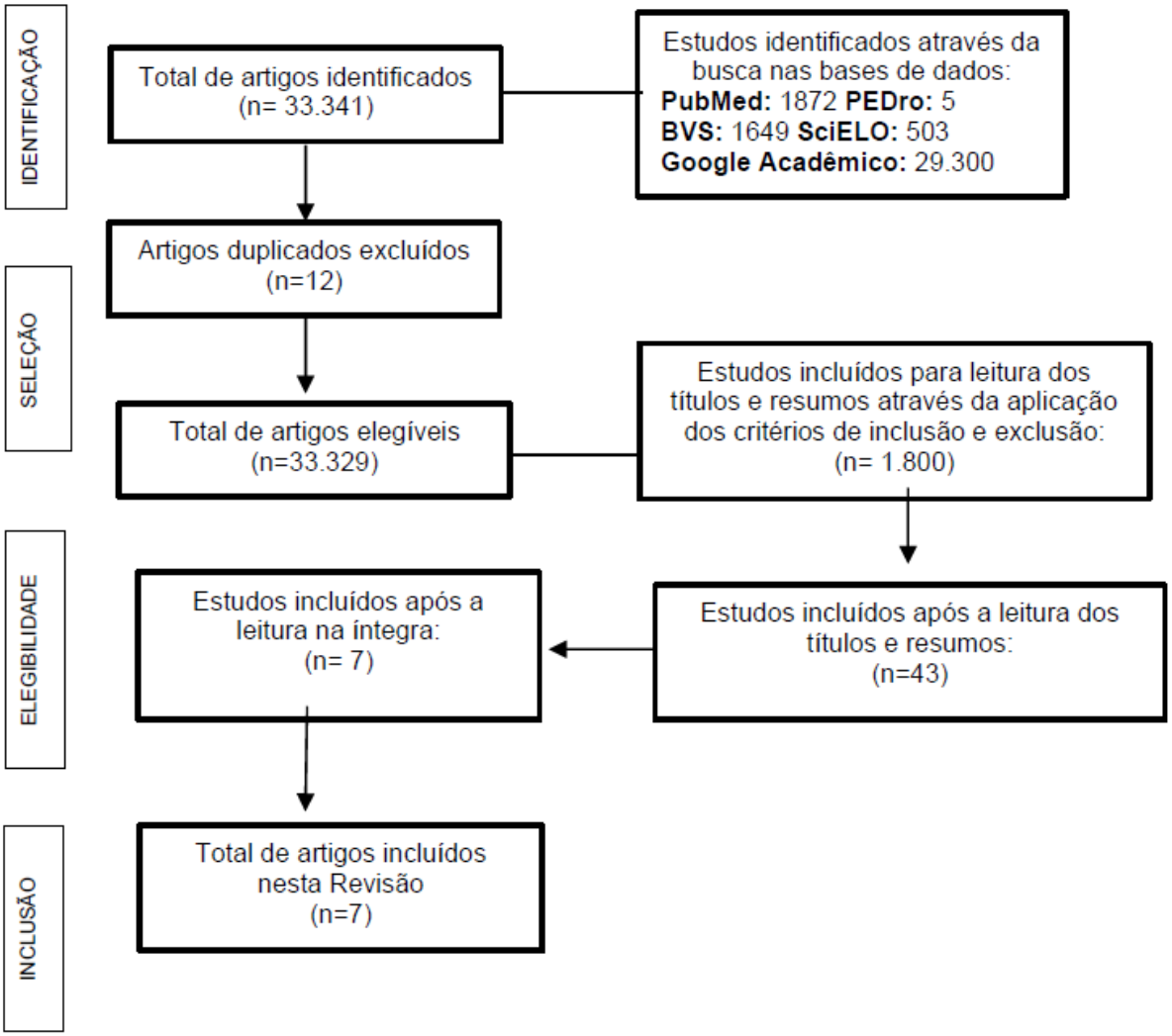


Tabela I – Resumo dos estudos incluídos na revisão

Autor/Ano	Amostra	Método
Neto & Assis, 2009	16 professores de 14 diferentes escolas de educação infantil do estado de SP.	Trata-se de um estudo quantitativo em que foi aplicado um questionário para identificar as limitações encontradas pelos educadores ao lidar com a clientela especial e discutido as possíveis contribuições do fisioterapeuta na inclusão escolar.
Melo, Lucena & Saraiva, 2017	47 fisioterapeutas atuantes na área neurofuncional de 5 diferentes centros de reabilitação na Paraíba.	Trata-se de um estudo transversal do tipo quantitativo em que foi aplicado um questionário aos fisioterapeutas para avaliarem o seu processo de formação, atuação e preparação na inclusão escolar de crianças com DF.
Melo & Pereira, 2009	22 professores (11 lecionavam para crianças com DF) de 3 diferentes escolas de Natal.	Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo em que foi aplicado um questionário contendo: Perfil sociodemográfico; Formação acadêmica; Atuação docente; Atendimento educacional do aluno com deficiência física e a colaboração do fisioterapeuta.

Santos, Lara & Folmer, 2015	8 professoras de 3 escolas diferentes do município de Uruguaiana/RS.	Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo em que se foi realizada uma entrevista semi-estruturada para identificar a opinião dos professores acerca das contribuições do fisioterapeuta na IE.
Silva, Santos & Riba, 2011	3 crianças com PC do tipo espástica de 3 escolas diferentes da cidade de Curitiba.	Trata-se de um estudo qualitativo e caracteriza-se como estudo de casos em que foi realizada uma avaliação completa do ambiente escolar e do aluno na escola, após a avaliação foram realizadas as intervenções necessárias para cada criança.
Medeiro & Becker, 2009	39 professores que lecionam juntos a crianças com deficiência da cidade de SP.	Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter qualitativo e quantitativo realizada através de um questionário direcionada a investigar as dificuldades e as expectativas de atuação fisioterapêutica no processo de IE.
Chesani *et al.*, 2015	7 professores de uma escola de Santa Catarina que possui 15 alunos com deficiência.	Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa desenvolvida pelo Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire em que se teve 5 encontros com média de duração de 2 horas cada encontro. Foi debatido durante os encontros sobre a formação, cursos disponíveis e prática dos professores, e também uma oficina sobre as deficiências.

DISCUSSÃO

A linha de cuidado da criança Portadora de Deficiência Física (PCD) se baseia a partir das limitações causada pela patologia, mas principalmente pelas habilidades que possuem. Portanto, é indispensável possuir conhecimentos dessas características.

Em todos os estudos com abordagem direta dos professores[4,7], foram encontradas dificuldades por parte deles ao lidar com os alunos com deficiência. Foi observado que esses profissionais não sabem trabalhar com as habilidades motoras das crianças, assim como, não compreendem as suas limitações, prejudicando a interação com as outras crianças, comprometendo a sua participação nas atividades da escola e provocando atraso ou estase em seu desenvolvimento[4]. Essas dificuldades também foram encontradas em outros estudos[7,11,12,13] relatando que os professores não possuem conhecimentos adequados, pois a maioria não possuem disciplina na graduação que abordem essa temática ou não realizam cursos de capacitação específicos voltados para a clientela especial nas escolas.

A falta de formação escolar dos profissionais nas creches, resulta em uma resposta baixa acerca dos conhecimentos do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNM) pelos educadores[14]. Esse déficit, principalmente os que trabalham com a educação infantil, podem propiciar atrasos no DNM das crianças, pois a infância é um dos principais marcos do desenvolvimento, e quando se tratando de crianças com alguma deficiência, os prejuízos podem ser maiores15.

Ao indagar a importância do fisioterapeuta no processo de Inclusão Escolar, a maioria dos professores concordam que é necessário a presença do profissional, apenas 3 professores não concordaram[7,12]. Os professores relataram que o fisioterapeuta ou outro profissional capacitado deve ser inserido na IE com a necessidade de apoiar e orientar o corpo docente e os demais funcionários da escola, assim,

proporcionará segurança, ideias para desenvolver as atividades escolares, adequações, adaptações e suporte, de acordo com a necessidade individual. Ao detalhar como seriam essa atuação, os professores citaram ações voltadas para orientação acerca da patologia e tipos de deficiência, como desenvolver atividades para trabalharem dentro das capacidades e limitações, passar informações importantes do quadro clínico, diagnóstico e características necessárias para a equipe escolar, palestras para os pais e toda a comunidade escolar, orientações de como posicionar o aluno em sala, orientar sobre as adaptações e adequações necessárias na mobília, atividades e estrutura arquitetônica da escola, promovendo a acessibilidade, participação durante a formação dos professores e encaminhamento para um serviço mais específico[4,7,11,12,13].

A maioria dos estudos encontrados para essa revisão foram realizados de forma subjetiva, na perspectiva dos profissionais (docentes ou fisioterapeutas), de como seria a atuação da fisioterapia no ambiente escolar, porém em um estudo analisado16 houve mudanças realizadas pelo fisioterapeuta, tais como adaptação do mobiliário, elaboração de laudo sobre a estrutura arquitetônica da escola entregue aos gestores da instituição, elaboração de uma cartilha sugerindo atividades adaptas para a inclusão da criança nas atividades físicas e elaboração de órtese e materiais de baixo custo para a criança. Essas ações foram efetivas para os estudantes, pois, proporcionou sua participação nas atividades das escolas e socialização com seus colegas da escola.

Outro estudo abordou diretamente os fisioterapeutas que atuam com crianças com alguma deficiência, por meio de um questionário, com a finalidade de questionar a atuação fisioterapêutica na IE e somente 40,4% disseram participar do processo, porém, não foi detalhado como os profissionais atuam. Ao perguntar se os profissionais se sentem preparados para atuarem na IE, dos 47 fisioterapeutas participantes da pesquisa, 20 acreditam estar parcialmente preparados, 9 se sentem despreparados e 18 se sentem totalmente preparados. Apesar de reconhecerem a importância da atuação fisioterapêutica no contexto escolar, os fisioterapeutas participantes da pesquisa não promovem ações voltadas para a melhora do aprendizado e a inclusão dos pacientes, essa falta de atuação pode estar refletida pela falta de disciplinas durante a graduações e de cursos de especializações voltados para a temática, gerando insegurança por parte dos terapeutas, pois, na pesquisa, somente 8 cursaram alguma disciplina voltada para o atendimento educacional de pessoas com deficiência física e apenas 1 fisioterapeuta realizou uma formação específica[17].

A melhor participação dessas crianças nas escolas também interfere na evolução durante as terapias, pois essas elas se sentem motivadas em sua participação social. Por isso, a participação do

fisioterapeuta na IE é uma forma de continuidade do cuidado. A atuação desses profissionais deve ser realizada como articuladores da rede de serviços, encaminhamento adequado aos usuários para outros níveis de complexidade quando necessário, com o objetivo de fornecer o cuidado integral, melhoria da qualidade de vida e sua reinserção social[17].

CONCLUSÃO

A educação e a saúde devem caminhar juntas no contexto escolar, sendo necessária uma equipe de apoio ao corpo docente no atendimento as pessoas com deficiência física ou demais condições orgânicas afetam a aprendizagem e o desenvolvimento global. Em relação a atuação fisioterapêutica, a presente revisão mostra que é de extrema importância sua participação no processo de IE, pois os estudos evidenciaram que há baixa preparação dos profissionais docentes que lidam com as crianças com DF, e, como reconhecido pelos próprios professores das pesquisas, o fisioterapeuta pode contribuir de diversas formas para o desenvolvimento de suas atividades na escola e na participação durante a formação específica. Apesar do fisioterapeuta ser capacitado para atuar na área, devem-se incluir disciplinas nas suas grades de formação voltadas especificamente a educação inclusiva para incentivarem a sua participação, pois, a atuação da fisioterapia voltada à IE é pouco conhecida entre os próprios fisioterapeutas e escassa na literatura, sendo necessária a realização de novos estudos voltamos para a temática.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

2. MAZZOTA, M.J.S. Educação especial no Brasil: histórias e políticas públicas. São Paulo: Cortez; 1996.

3. BRASIL. Diretrizes e bases da educação. Lei n° 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

4. NETO A.; ASSIS, S. Contribuições do fisioterapeuta na inclusão escolar de alunos com deficiência sob a perspectiva do brincar. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.9, n.1, p.76-91, 2009.

5. MAZZOTTA, M.J.S. Deficiência, educação escolar e necessidades especiais: reflexões sobre inclusão socioeducacional. Cadernos de Pós-Graduação, São Paulo, Universidade Presbiteriana Mackenzie, n. 7, p. 15-24, 2002.

6. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA- INEP. Resumo Técnico: Censo da Educação Básica 2018. p.66, 2019.

7. CHESANI, F.; CORDEIRO, D.; BARBOZA, K.; KERKOSKI, E. A contribuição da fisioterapia na formação do professor de ensino regular na educação inclusiva. Rev. Ed. Popular, Uberlândia, v. 14, n. 1: p. 85-96, jan./jun. 2015

8. RESOLUÇÃO DO COFFITO. DOU nº. 093 - de 21/05/87, Seção I, Págs. 7609. 09 de maio de 1987.

9. DURCE, K. et al. A atuação da Fisioterapia na inclusão de crianças deficientes físicas em escolas regulares: uma revisão de literatura. O mundo da saúde. São Paulo, v.30, n.1: p.156-159. Jan/mar de 2006.

10. TAVARES. M.; TEIXEIRA, R.; BISPO, E. Inclusão de crianças com deficiência física na escola regular: desafios, estratégias e a importância da consultoria colaborativa. Rev Dial Pers Edu Esp. v.4, n.1: p.115-118. 2017.

11. MELO, F.; PEREIRA, A. Inclusão escolar do aluno com deficiência física: visão dos professores acerca da colaboração do fisioterapeuta. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v. 19, n. 1, p. 93-106, Jan./Mar., 2013.

12. MEDEIROS, P.; BECKER, E. Interação fisioterapeuta-professor a partir das necessidades encontradas na inclusão escolar. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.9, n.1, p.49-58, 2009.

13. SANTOS, M.; LARA, S.; FOLMER, V. Inclusão escolar: possíveis contribuições da fisioterapia sob a óptica de professoras. Revista Educação Especial – Santa Maria, v. 28, n. 51, p. 67-82, jan./abr., 2015.

14. LANDMANN, L.; RUZZA, P.; CHESANI, F. Espaço educacional e a possibilidade de atuação do fisioterapeuta. Ciências & Cognição, v. 14, n.3, p.83-91, 2009.

15. DORNELAS, L.; DUARTE, N.; MAGALHÃES, L. Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. Revista Paulista de Pediatria, v. 33, n.1, p. 88-103, 2015.

16. SILVA, S.; SANTOS, R.; RIBA, C. Inclusão de alunos com paralisia cerebral no ensino fundamental: contribuições da fisioterapia. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v.17, n.2, p.263-286, Mai./Ago., 2011.

17. MELO, F.; LUCENA, N.; SARAIVA, L. Atuação de fisioterapeutas na inclusão de alunos com deficiência física no ensino regular. Revista Educação em Questão - Natal, v. 55, n. 44, p. 176-199, abr./jun., 2017.

Capítulo 13

10.37423/220505850

ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE MULHERES IDOSAS COM QUEIXAS DE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO SOBRE A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA MULHER

DANIELY SALES RAMOS MACIEL — *Universidade da Amazônia*

FERNANDA VASCONCELOS DE VASCONCELOS — *Universidade da Amazônia*

IEDA CRISTINA COUTINHO TEIXEIRA — *Universidade da Amazônia*

REGINA MARTA SOUSA DO ROSÁRIO — *Universidade da Amazônia*

SUSANNE CRISTINE BRITO E SILVA — *Universidade da Amazônia*

TONIMAR MONTEIRO DA SILVA — *Universidade Federal do Rio Grande do Norte*

ANDERSON ALBUQUERQUE MELO — *Universidade da Amazônia*

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento favorece o aparecimento de DAP, sendo prevalente nas mulheres. Atualmente, a Fisioterapia Pélvica é descrita como a forma mais eficaz de tratamento das DAP, porém, sua procura ainda é baixa frente a alta prevalência dessas disfunções. O objetivo desse estudo foi verificar o conhecimento das mulheres idosas com queixas de DAP acerca da FP. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo em que foi aplicado, em formato de entrevista, dois questionários elaborados pelos autores, um para identificar as queixas de DAP e outro para avaliar o conhecimento e procura dos tratamentos disponíveis para a DAP. O estudo foi iniciado após aprovação do comitê de ética e pesquisa, realizado durante o período de junho a setembro de 2019. **Resultados:** A amostra foi composta por 83 idosas, com idade de 60 a 80 anos, com queixas de DAP. A maioria das idosas apresentavam 2 DAP e não possuíam conhecimento da FP como opção de tratamento conservador, porém, ao terem ciência da área, a maioria gostaria de realizar o tratamento. **Discussão:** A FP é uma área recém adquirida pela fisioterapia, que apesar de apresentar alta evidência cientifica, ainda é pouco difundida entre a população brasileira. A baixa procura, além da falta de informação, deve-se a falta da disponibilidade e indicação do serviço. **Conclusão:** As idosas com queixas de DAP não possuem conhecimento da FP.

Palavras-Chaves: Diafragma da Pelve, Conhecimento, Fisioterapia, Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde[1], estima-se que em 2025 o Brasil será o sexto pais com maior número de idoso. A expectativa de vida aumentou acentuadamente no país, com isso, a presença de doenças crônicas e morbidades cresceu na mesma proporção entre a população idosa. A saúde do idoso e as particularidades ainda é de grande desinformação e de desafios para a saúde pública em nosso contexto social.

O envelhecimento e a doença não podem ser tratados como fatores interligados, porém, o idoso apresenta maior índice de vulnerabilidade ao adoecimento. Durante o processo de envelhecimento, ocorrem declínios das funções do corpo, as quais participam o sistema cardiorrespiratório, o sistema nervoso e o sistema musculoesquelético. Ao sistema musculoesqueléticos, ocorre o processo de sarcopenia, processo de perda de tecido muscular, ao qual está diretamente associada a perda de força muscular do idoso[2,3].

O termo Disfunção do Assoalho Pélvico (DAP) abrange uma larga variedade de condições clínicas inter-relacionadas, causa principalmente pela diminuição da força dos músculos do assoalho pélvico, que incluem disfunção do trato urinário inferior, prolapso de órgãos pélvicos, disfunção defecatória, disfunção sexual e distúrbios de dor pélvica. Além dos custos econômicos e do ônus para a assistência da saúde em geral, as DAP resultam em efeitos adversos psicossociais e podem ter um profundo impacto na Qualidade de Vida (QV) de uma pessoa[4].

A fisioterapia pélvica tem papel importante no tratamento conservador das DAP por ser um método não invasivo, seguro e com mínimos efeitos colaterais. A fisioterapia é a primeira linha no tratamento, pois sua eficácia é comprovada, além de reduzir os riscos e de baixo custo econômico[5,6].

Apesar de ser comprovado os benefícios do tratamento das DAP pela Fisioterapia Pélvica (FP), a maioria dos médicos uroginecologistas não acreditam nessa eficácia (70%), segundo o estudo de Farias em 2003, pois poucos indicam a fisioterapia como forma de tratamento para as DAP. O presente estudo tem como objetivo verificar o conhecimento de mulheres com queixas de Disfunções do Assoalho Pélvico, sobre a FP.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter transversal de propósito exploratório, realizada nas pastorais da pessoa idosa vinculadas a Arquidiocese de Belém/PA durante o período de junho a setembro de 2019.

A pesquisa foi realizada segundo os preceitos de declaração de Helsinque e do código de Nuremberg, sendo respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (466/12) do Conselho Nacional de Saúde. Iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (N° CAE: 10674319.8.0000.5173), aceite da Instituição Participante e do aceite dos voluntários, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

A população abordada foram mulheres idosas com queixas de Disfunções do Assoalho Pélvico que frequentam a instituição participante. A seleção da quantidade de participantes realizou-se através do cálculo amostral, que teve como nível de confiança 95% da população estudada e erro amostral de 5% com distribuição homogenia.

Foram inclusas mulheres idosas de 60 a 80 anos, com alguma queixa ou DAP, que tenham assinado o TCLE e que eram vinculadas à instituição participante da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa aqueles que apresentavam alterações cognitivas e/ou neurológica, neuromuscular, que tenham trauma raquimedular, que não foram capazes de compreender as perguntas dos questionários e que desistiram de sua participação.

O primeiro questionário, descrito como Questionário de Seleção da Amostra, é um questionário elaborado pelos autores, composto por 13 perguntas, em que abordam os tipos de DAP, como Incontinência Urinária (IU), Bexiga Neurogênica (BH), Incontinência Anal (IA), Constipação, Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) e Disfunção Sexual (DS). O primeiro questionário teve como objetivo selecionar as participantes com queixa de disfunção e após essa seleção foi aplicado o segundo questionário sobre o conhecimento acerca da fisioterapia pélvica.

O segundo questionário, descrito como Questionário Sobre o Conhecimento da Fisioterapia Pélvica é um questionário elaborado pelos autores que continham 6 perguntas: 1. Você procurou tratamento?; 2. Você realizou algum tratamento? Se sim, qual?; 3. Você concluiu o tratamento?; 4. O tratamento realizado obteve os resultados esperados?; 5. Você já ouviu falar da Fisioterapia Pélvica ou Fisioterapia na Saúde da Mulher? Se sim, você considera uma forma de tratamento eficaz?; 6. Se você não realizou nenhum tratamento ou realizou e não obteve os resultados esperados, qual a sua preferência?

As opções quanto aos tratamentos disponíveis foram consideradas o medicamentoso, o tratamento cirúrgico e o fisioterapêutico.

Os participantes foram abordados pelos pesquisadores aos finais das missas dos idosos, nos horários previamente marcados na instituição participante. O preenchimento destes questionários realizou-se

em formato de entrevista pelos pesquisadores e o tempo de aplicação não ultrapassou 30 minutos. Os pesquisadores explicaram do que se tratava a pesquisa e convidou as idosas que estivessem dentro da faixa etária estipulada e que não apresentassem nenhum dos critérios de exclusão a participarem do estudo. Foi entregue duas vias do TCLE para leitura e assinatura, um para os pesquisadores e outra para o participante. Na primeira fase da pesquisa, foi aplicado o Questionário de Seleção da Amostra para identificar se as participantes apresentavam alguma queixa de DAP. O segundo questionário só era aplicado as participantes que preencheram o critério de seleção do questionário 1, nesse processo, apenas 3 participantes não atenderam ao critério. Durante a aplicação do segundo questionário era explicado brevemente cada uma das opções disponíveis para o tratamento das DAP, tais como tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterapêutico, antes de perguntar qual tratamento gostaria de realizar e qual considera mais eficaz.

O armazenamento e análise dos dados forma realizadas no Microsoft Office Excel. Foi realizada estatística descritiva com medidas de posição e dispersão como média, mediana, moda e desvio padrão.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 83 mulheres idosas com média e mediana de idade de aproximadamente 69 anos, com desvio padrão de ±4,2 anos, em que a idade mais frequente foi de 63 anos (n=9, aproximadamente 10,8%), a frequência da idade está representada no Gráfico 1.

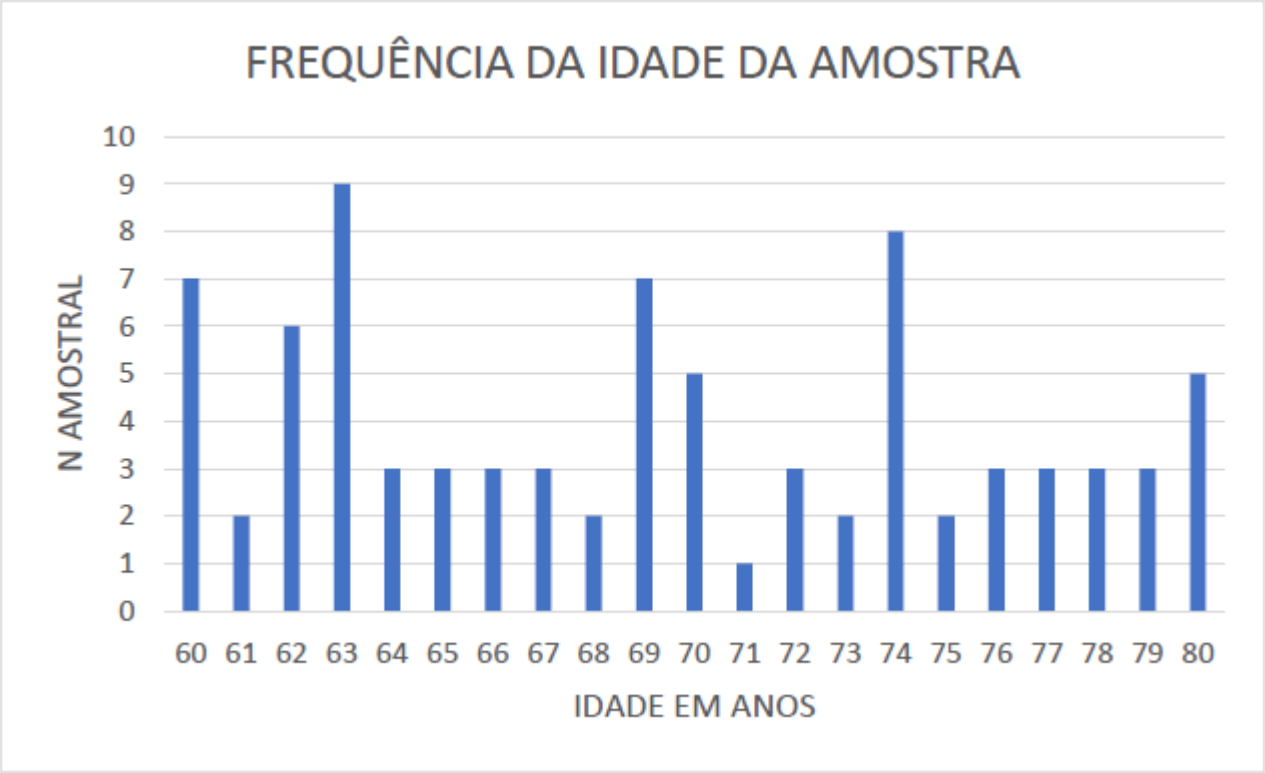


Gráfico 1 – Frequência da Idade

Ao aplicar o questionário de seleção da amostra para identificar as queixas de DAP, foi verificado que a maior parte da amostra possuía duas disfunções (n=32, aproximadamente 38,5%), a frequência do número de DAP está detalhada no Gráfico 2.

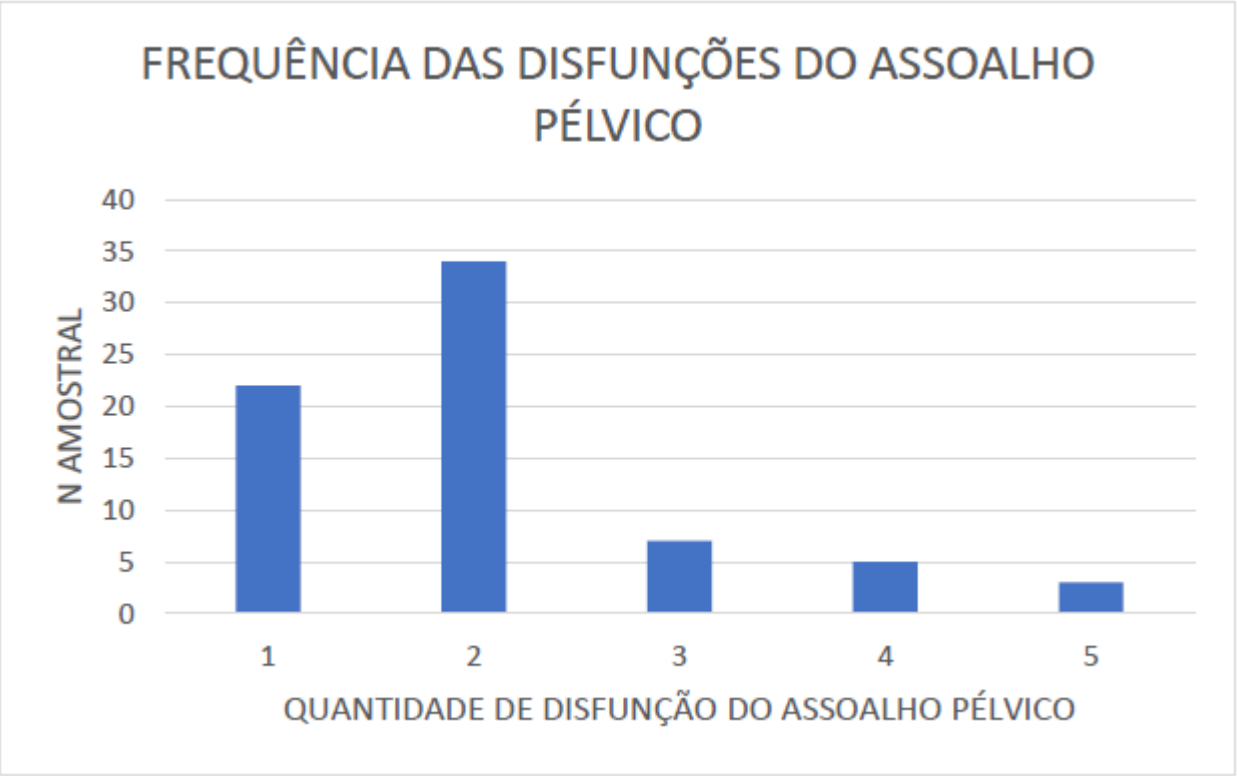


Gráfico 2 – Frequência das Disfunções do Assoalho Pélvico

Em relação ao tipo de DAP, representado no gráfico 3, a queixa que mais predominou foi a IU (n=65), equivalente a aproximadamente 76,4% da amostra total, em que o tipo de IU mais prevalente foi a mista (n=29, aproximadamente 44,6% da amostra com IU), seguida da Incontinência Urinária de Esforço - IUE (n=21, aproximadamente 32,3% da amostra com IU) e do tipo de urgência (n=15, aproximadamente 23% da amostra com IU). Das outras DAP encontradas, 34 participantes (aproximadamente 40,9%) queixaram-se de noctúria, 23 participantes queixaram-se de DS (aproximadamente 27,1%), 20 participantes queixaram-se de IA (aproximadamente 24%), 17 queixaram-se de constipação (aproximadamente 20,4%) e 6 queixaram-se de POP (aproximadamente 7,2%).



Gráfico 3 – Prevalência das DAP

Ao aplicar o segundo questionário para verificar a procura de tratamento frente as queixas relatadas e o conhecimento da fisioterapia pélvica, apenas 7 participantes, equivalente a 8,4% da amostra total, procuraram tratamento, desses, 4 (4,8%) realizaram fisioterapia, 3 (3,6%) tratamento medicamentoso 3 76 (91,6%) participantes não realizaram nenhum tratamento. Da amostra que realizou tratamento (n=7), apenas 2 (28,5%) das concluíram, um que realizou a fisioterapia e outra que realizou o tratamento medicamentoso. Em relação aos resultados do tratamento, 5 (71,4%) obtiveram os resultados esperados e 2 (28,6%) não obtiveram os resultados esperados, uma realizou a fisioterapia e outra realizou o tratamento medicamentoso, dessas, nenhuma das duas participantes concluíram o tratamento (Tabela 1).

Ao questionar sobre o conhecimento acerca da fisioterapia pélvica, 28 (33,7%) participantes disseram ter conhecimento da área e 54 (65%) não tinham conhecimento e 1 (1,3%) não soube responder. Ao perguntar a eficácia da fisioterapia pélvica aos participantes que tinham conhecimento da área, 21 (75%) consideram eficaz, 1 (3,5%) não considera eficaz e 6 (21,4%) não souberam responder (Tabela 1).

Após explicar brevemente do que se trata a fisioterapia pélvica e questionar qual tratamento gostaria de realizar, 68 (81,9%) das participantes escolheram a fisioterapia pélvica, 11 (13,2%) escolheram o tratamento medicamentoso, 2 (2,4%) escolheram o tratamento cirúrgico e 4 (4,8%) não souberam responder. Ao questionar qual tratamento das DAP consideram mais eficaz, 62 (74,6%) participantes consideram a fisioterapia pélvica, 10 (12%) consideram o tratamento cirúrgico, 9 (10,8%) consideram o tratamento medicamentoso e 2 (2,4%) não souberam responder (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultado do Questionário 2

	N AMOSTRAL (%)			
	Sim	**Não**	**Não soube responder**	
Procuraram Tratamento	7 (≅ 8,4%)	76 (≅91,6%)	-	
Conhecimento da FP	28 (≅33,7%)	54 (≅65%)	1 (≅1,3%)	
Consideram a FP eficaz (Amostra que conhece a FP)	21 (≅75%)	1 (≅3,5%)	6 (≅21,4%)	
	Fisioterapia	**Medicamento**	**Cirurgia**	**Não soube responder**
Realizaram Tratamento	4 (≅4,8%)	3 (≅3,6%)	-	-
Eficácia dos Tratamento Realizados	3 (≅42,8)	2 (≅28,5%)	-	-
Tratamento Preferencial	68 (≅81,9%)	11 (≅13,2%)	2 (≅2,4%)	4 (≅4,8%)
Tratamento considerado mais eficaz	62 (≅74,6%)	9 (≅10,8%)	10 (≅12%)	2 (≅2,4%)

FP – Fisioterapia Pélvica

DISCUSSÃO

A presente pesquisa objetivou verificar o conhecimento de mulheres idosas com queixas de DAP sobre a FP, identificar quais as queixas de DAP, verificar se elas procuram tratamento frente aos sinais e sintomas apresentados e qual o tratamento que gostariam de realizar.

O estudo voltou-se para o público de mulheres idosas em decorrência do processo de envelhecimento e do estilo de vida serem fatores para o desenvolvimento das DAP, tais como idade avançada, número e tipo de partos, peso do recém-nascido, intervenções cirúrgicas ginecológicas, deficiência hormonal, menopausa, uso de medicamento, desordem do colágeno, fatores genéticos e outros[7,8].

Dentre as idosas (n=86), abordadas nas instituições da pesquisa, que estavam dentro da faixa etária estipulada e sem nenhuma alteração neuromuscular e/ou mental, apenas 3 foram excluídas da pesquisa por não apresentarem nenhuma queixa de disfunção, ou seja, aproximadamente 96,5% da

idosas tinham alguma DAP. Ao detalhar o tipo de DAP entre as idosas participantes da pesquisa, a maioria apresentou IU do tipo mista. Na literatura, é evidenciado que a IU[9] é a disfunção de maior prevalência entre as mulheres e o tipo de mais frequente é a IUE acometendo cerca de 50% das mulheres com IU[10], em que, entre as idosas, a ocorrência de IU pode variar entre 8% a 35%[11].

Também foi encontrado no presente estudo que a maioria das idosas apresentavam 2 disfunções associadas. Araújo *et al.*[12] afirmam que as estruturas do assoalho pélvico estão intimamente correlacionadas, e quando encontrada uma disfunção as outras funções devem ser avaliadas.

A Fisioterapia Pélvica é reconhecida no Brasil pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, em de 6 de novembro de 2009, ou seja, é uma especialidade recente adquirida pela Fisioterapia[13]. Apesar de ser recente, a FP tem sua eficácia comprovada, sendo a primeira linha de tratamento das DAP, além de ser um método não invasivo, seguro, com mínimos efeitos colaterais e de baixo custo[14,15,16,17].

Porém, no presente estudo, foi observado que poucos (4,7%) dos participantes que possuem alguma queixa de DAP realizaram tratamento fisioterapêutico, em que a maioria (65%) não conhece essa nova modalidade de tratamento. No estudo de Henkes *et al*[18], a maioria das participantes relataram não procurar o tratamento para a DAP durante o aparecimento dos primeiros sintomas por desconhecimento da FP e muitas mulheres demoram para irem ao médico por entenderem que a IU é algo normal[19].

Em outro estudo de análise de conhecimento acerca da IU e da fisioterapia uroginecológica, apesar de apresentarem alto índice de transtornos de IU, 79% das brasileiras não procuram tratamento20. No presente estudo, também foi encontrado que a maioria das mulheres (91,5%) com alguma DAP não procuram tratamento. Chen et al.[21] dizem que pacientes que procuram atendimento mais cedo nesse processo de doenças permite opção de tratamento não cirúrgico, comprovando a eficácia do tratamento conservador. A procura de tratamento para os sintomas de DAP ocorre quando o indivíduo se encontra com potenciais agravos da doença, com gravidade dos sintomas, incômodo, idade e impacto na qualidade de vida. Os fatores que influenciam na procura de tratamento estão ligados a vergonha, crenças e atitudes em relação à utilização de fraldas, saúde, conselhos de outras pessoas, conselhos da mídia e bem-estar.

A falta de procura de tratamento para as DAP também pode estar associada a falta de conhecimento dessas disfunções e do assoalho pélvico[23,24]. No estudo de Melville *et al.,*[19] as mulheres participantes da pesquisa possuíam percepção diferentes sobre as causas das DAP e a maioria acreditava que a IU é

algo comum no sexo feminino. Alves e seus colaboradores[22] realizaram um estudo voltado para avaliar o conhecimento de pessoas acima de 50 anos acerca da IU e a fisioterapia uroginecológica, os resultados apresentam que a população necessita agregar mais conhecimentos acerca da IU, suas causa e possíveis tratamentos, e a maioria consideraram o tratamento cirúrgico como a melhor opção terapêutica, sendo esse um dos fatores pela falta de procura pelo tratamento precoce.

Farias[25] realizou um estudo voltado para avaliar o conhecimento de médicos da área, em que 94% dos médicos disseram conhecer a fisioterapia pélvica, 60% mostraram ter interesse em conhecer os benefícios da fisioterapia pélvica, porém, 70% dos médicos acreditam que a melhor forma de tratamento para a incontinência urinária é o tratamento cirúrgico, cirúrgico e farmacológico (34%) e somente farmacológico (2%). Nesse mesmo estudo, apenas 6% dos médicos entrevistados disseram encaminharam mais de 10 pacientes ao tratamento conservado fisioterapêutico durante um ano, e ao perguntar sobre ao os resultados obtidos com a fisioterapia, os médicos consideraram 58% bom, 14% regular e 22% não opinaram, em relação a evolução, 64% consideraram satisfatória e 10% definiram como pouco satisfatório.

Em um outro estudo que avaliou o conhecimento dos profissionais da área da saúde, enfermeiros e médicos de uma unidade básica de saúde pública, quanto ao conhecimento e encaminhamento dos pacientes que apresentam alguma DAP, foi relatado que a maioria dos profissionais conhecem a FP e identificam os sinais das disfunções, porém um médico relatou não encaminhar os pacientes por não ter nenhum programa de tratamento específico da FP disponível no Sistema Único de Saúde, sendo encaminhados para a fisioterapia geral. Os enfermeiros participantes da pesquisa, relataram não encaminhar os pacientes por não fazer parte da sua função na rede pública, uma vez que é necessário passar pela avaliação médica[26].

Como este estudo foi realizado em formato de pesquisa, foram identificados alguns relatos de participantes que não recebem ou não procuram o tratamento pela indisponibilidade dos serviços na rede pública, sendo muitas vezes impossibilitados por suas condições, causadas pela idade ou por alguma comorbidade, de procurarem tratamento em locais distantes de rua residência, sendo assim, optando pela realização do tratamento medicamentoso.

CONCLUSÃO

A maioria das mulheres idosas com queixas de DAP não procuram o tratamento fisioterapêutico por não conhecerem sua condição clínica e a área especifica da FP, optando por outras formas de

tratamento pela comodidade e disponibilização do serviço, sendo assim, necessária a criação de novos serviços de fisioterapia especializados na área para o acesso das informações e tratamento para as DAP. É sugerido a realização de novos estudos na área.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento ativo uma política de saúde. 2005.

2. CIOSAK, S.; BRAZ, E.; COSTA, M.; NAKANO, N.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, R.; ROCHA, A. Senescencia e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. Rev Esc Enferm USP, v. 45, n.2: p.1763-1768. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=00806234&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 de fev de 2019.

3. FECCHINE, B.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passer dos anos. Rev Cienc Inter., v.1, n.27: p.106-192, jan/mar de 2012. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>. Acesso em 23 de fev de 2019.

4. WALTERS, M.; KARRAM, M. Uroginecologia e cirurgia reconstrutiva pélvica. 4° ed. Elselvier. 2016.

5. RODRIGUES, M.; PAIVA, L.; RAMOS, J.; BARBOSA, L.; CATARINO, B.; THOMAZ, R.; MAURER, L. Correlação entre o grau de força do assoalho pélvico e a qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária do ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Anal. 36ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2016.

6. THOMAS, R.; PAIVA, L.; BARBOSA, L.; DARSKI, C.; PETERSON, B.; FREITAS, L.; MACHADO, L.; BEM, A.; MELLO, A.; RAMOS, J. Efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico em grupo na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. Anal. 37ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2017.

7. MONDARDO, B.; CIDADE, B. Fatores associados as disfunções dos músculos do assoalho pélvico em idosas sedentárias. Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina. Araranguá. 2017.

8. HIGA, R.; LOPES, M.; REIS, M. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008.

9. TAMANINI, J.; LEBRÃO, M.; DUARTE, Y.; SANTOS, J.; LAURENTI, R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 8: p. 1756 -1762, 2009.

10. HAYLEN, B.; RIDDER, D.; FREEMAN, R.; SWIFT, S.; BERGHMANS, B.; LEE, J.; MONGA, A.; RIZK, D.; SAND, P.; SCHAER, G. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health, London, v. 110, p. 33-57. 2012.

11. CUNHA, R.; LEITE, L.; OLIVEIRA, G.; BRITO, G.; FIGUEIREDO, V.; NASCIMENTO, S. Perfil epidemiológico e sintomas urinários de mulheres com disfunções do assoalho pélvico atendidas em ambulatório. Revista Fisioterapia & Saúde Funcional, v.5, n.1. 2016.

12.ARAÚJO, F.R; VASCONCELOS, M.M.A; KUMMER, A.M; OLIVEIRA, E.A; LIMA, E.M. Prevalência de sintomas do trato urinário inferior em crianças e adolescentes com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Rev Med Minas Gerais, v.26, n.6: p.7-14, 2016. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1982>. Acesso em: 30 de set. de 2018.

13. Diário Oficial da União, nº 228, Seção 1, em 30 de novembro de 2009, página101.

14. RODRIGUES, M.; PAIVA, L.; RAMOS, J.; BARBOSA, L.; CATARINO, B.; THOMAZ, R.; MAURER, L. Correlação entre o grau de força do assoalho pélvico e a qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária do ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Anal. 36ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2016.

15. DANNERCKER, C.; WOLF, V.; RAAB, R.; HEEP, H.; ANTHUBER, C. EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary or mixed incontinence: a 7-year experience with 390 patients. Arch Gynecol Obstet, v.273, n.2: p.93-97. 2005.

16. NEUMANN, P.; MORRISON, S. Physiotherapy for urinary incontinence. Aust Fam Physician, v. 37, n. 3: p. 118-121, 2008.

17. THOMAS, R.; PAIVA, L.; BARBOSA, L.; DARSKI, C.; PETERSON, B.; FREITAS, L.; MACHADO, L.; BEM, A.; MELLO, A.; RAMOS, J. Efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico em grupo na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. Anal. 37ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2017.

18.HENKES, D.; FIORI, A.; CARVALHO, J.; TAVARES, K.; FRARE, J. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. Ciências Biológicas e da Saúde - Londrina, v. 36, n. 2, p. 45-56, jul./dez. 2015.

19. MELVILLE, J.; WAGNER, L.; FAN, M.; KATON, W.; NEWTON, K. Women's Perceptions about the Etiology of Urinary Incontinence. Journal Of Women's Health, v. 17, n. 7: p.1093-1098. 2008.

20. FERREIRA, A.; KASAWARA, K. Conhecimento dos músculos do assoalho pélvico e da atuação da fisioterapia em uroginecologia pela população de Porto Velho, Rondônia. Card de Aten, Saúd e Fisio, v.2, n.3. 2015.

21. CHEN, C.; COX, J.; YUAN, C.; THOMAIER, L.; DUTT, S. Knowledge of pelvic floor disorders in women seeking primary care: a crosssectional study. BCM Family Practice, v. 20, n. 70, 2019.

22. ALVES, A.; GADIA, F.; ROCHA, C.; JOCOMO, R.; MENEZES, R.; KARNIKOWISKI, M. Nível de conhecimento sobre a incontinência urinária e tratamento fisioterapêutico no município de Cidade Ocidental/GO. Fisio Bras., v.14, n.3: p.177-182, maio/junho de 2013.

23. PARMIGIANO et al., Avaliação ginecológica pré-participação da mulher atleta: uma nova proposta. Einstein, v.12, n.4: p.459-66. 2014.

24. FREITAS, L. Conhecimento de mulheres sobre os músculos do assoalho pélvico e sua relação com a capacidade de contração e sintomas de incontinência urinária: estudo transversal. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2018

25. FARIAS, N. Pesquisa do conhecimento dos médicos sobre a fisioterapia uroginecológica. 2003. Monografia (Graduação em Fisioterapia). 92f. Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2003.

26. STEIN, S.; PAVAN, F.; NUNES, E.; LATORRE, G. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. Rev. Ciênc. Méd., v.27, n2: p.65-72, 2018.

Capítulo 14

10.37423/220505851

INCIDÊNCIA DE DISFUNÇÕES DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

ANA CAROLINE TAVARES PEREIRA — *Universidade da Amazônia*

DANIELY SALES RAMOS MACIEL — *Universidade da Amazônia*

MANOELA CRISTINA CORREA DA SILVA — *Universidade da Amazônia*

CAREN HELOUISE COSTA PRIANTE — *Universidade da Amazônia*

REGINA MARTA SOUSA DO ROSÁRIO — *Universidade da Amazônia*

TONIMAR MONTEIRO DA SILVA — *Universidade Federal do Rio Grande do Norte*

ANDERSON ALBUQUERQUE MELO — *Universidade da Amazônia*

Resumo:

Introdução: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é descrito como um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, com início na infância que geralmente perdura ao longo da vida do indivíduo. Quando associado à alguma comorbidade, a proporção dessa influência é muito maior e alarmante. Os transtornos comportamentais podem estar associados à incontinência urinária e fecal, aos que apresentam 20 a 30% de enurese noturna, 20 a 40% de incontinência diurna e 30 a 50% de incontinência fecal. O objetivo dessa pesquisa foi verificar se as crianças diagnosticadas com TDAH apresentam Disfunção do Trato Urinário Inferior (DTUI). **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo de caráter descritivo, transversal e de propósito exploratório, realizado durante o período de junho a setembro de 2019, com crianças de 5 a 12 anos diagnosticadas com TDAH. O estudo desenvolveu-se através da aplicação de dois questionários, um para avaliar os sintomas e subtipos do TDAH e outro para avaliar a queixa de DTIU. **Resultados:** Participaram 40 crianças diagnosticadas com TDAH, dessas, 23 possuíam queixa de DTUI. **Discussão:** O TDAH é de difícil percepção pelos responsáveis, fator que leva a baixa procura por tratamento, a qual colabora para a repercussão de comorbidades, tais como a DTUI. **Conclusão:** As crianças com TDAH possuem maior incidência de DTUI comparado a crianças sem nenhum transtorno.

Palavras-Chaves: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; Fisioterapia; Incontinência Urinária; Criança.

INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Brasileira do Déficit de Atenção[1], o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é descrito como um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, com início na infância que geralmente perdura ao longo da vida do indivíduo.

A prevalência mundial do TDAH em crianças é de aproximadamente 5%2. Dependendo do autor, alguns estudos demonstram que o predomínio é no sexo masculino, em uma proporção de 3:1 ou 2:13.

Este transtorno caracteriza-se por três sintomas: desatenção, impulsividade e hiperatividade física e mental. Esses sintomas podem variar, ou seja, alguns casos possuem predominância da desatenção e outros da hiperatividade e impulsividade ou em outros casos podem apresentar todos os sintomas, podendo estar muito ou pouco presente4. A literatura evidencia que que o Transtorno Desafiado Opositor (TDO) geralmente se encontra associado ao TDAH[3,12,13].

O TDAH influência negativamente no desempenho escolar, no relacionamento familiar e na vida social do indivíduo. Quando associado à alguma comorbidade como transtorno comportamental, transtorno de ansiedade, depressão, tiques, enxaqueca, dislexia, assim como, a enurese e encoprese (disfunção miccional e coloproctológica, respectivamente), a proporção dessa influência é muito maior e alarmante, pois afeta significativamente a vida da criança podendo causar baixa autoestima e sofrimento emocional[3].

No que se refere as disfunções miccionais, é ocasionada por uma incoordenação vésico-esfincteriana, que acarretará alterações urodinâmicas significativas. Constantemente as crianças apresentam frequência urinária alta, urgência, urge-incontinência, infecções urinárias repetitivas e alterações intestinais, como constipação e encoprese[5].

Em crianças sem transtorno, com idade entre 3 a 9 anos, foi observada a prevalência dos sintomas miccionais de 22,8% (10,5% nos meninos e 33,8% nas meninas) e, idade entre 6 a 12 anos, a prevalência de 21,8% (22,4% em meninos e 77,6% em meninas)[6].

Franco[7] descreveu que cerca de 20-40% de crianças com incontinência urinária e 30-50% de crianças com incontinência fecal possuem algum distúrbio de comportamento associado. Portanto, a literatura evidência que crianças com algum transtorno de comportamento possuem maior prevalência e tendência de apresentarem alguma disfunção quando comparadas as crianças sem transtorno, tais como enurese noturna, incontinência diurna e incontinência fecal[8].

Assim, a presente pesquisa objetivou verificar a presença de Disfunções do Trato Urinário Inferior (DTUI) em crianças diagnosticadas com TDAH associadas ou não ao TDO.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter descritivo, transversal e de propósito exploratório, realizado durante o período de junho a setembro de 2019, no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) das cidades de Belém e Ananindeua do estado do Pará. O estudo desenvolveu-se através da aplicação de dois questionários, preenchidos pelo responsável, para avaliar crianças diagnosticadas com TDAH.

Esta pesquisa respeita as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (N°466/12) do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, país em que se desenvolveu o estudo, iniciando-se após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Amazônia (Instituto Campinense de Ensino Superior - ICES UNAMA), nº do parecer 3.315.792, deliberação das instituições participantes fornecidas pela Secretaria de Saúde Municipal do Pará e pela Secretaria Municipal de Ananindeua e adesão voluntária dos participantes para participarem da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra foi composta por 40 crianças diagnosticadas com TDAH associadas ou não ao TDO, sendo 5 do sexo feminino e 35 do sexo masculino, castradas nas instituições participantes, com idade de 5 a 12 anos e mediante a assinatura do TCLE pelo responsável legal. Foram excluídas as crianças diagnosticadas com outras patologias associadas ao TDAH, tais como doenças neurológicas, outros distúrbios mentais como o autismo, esquizofrenia, depressão etc., as que faziam uso de medicamento diurético ou antidiurético e que não frequentavam mais o local da pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizado o questionário "*MTA-SNAP-IV"* (Swanson, Nolan e Pelham – versão IV) traduzido e validado na língua portuguesa por Mattos *et al.*9, em que avalia possíveis sintomas primários do TDAH, e baseia-se em uma escala de classificação 0 a 3 (nem um pouco = 0; só um pouco = 1; bastante = 2; demais = 3). Os itens dos critérios do DSM-IV para TDAH são incluídos em dois seguintes subconjuntos de sintomas: desatenção (itens 1 a 9) e hiperatividade/impulsividade (itens 10 a 18). A escala inclui também os critérios DMS-IV para TDO (itens 19 a 26), pois este é frequentemente em crianças com TDAH. Se houver 6 itens marcados como "bastante" ou "demais" de 1 a 9: existem mais sintomas de desatenção do que o esperado em uma criança, e se houver 6 itens marcados como

"bastante" ou "demais" de 10 a 18: existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade do que o esperado em uma criança.

Também foi utilizado o questionário "*Portuguese Brazilian version of the* Dysfunctional Voiding Symptom Score - DVSS" traduzido e validado por Calado *et al.*10, o qual avalia a queixa de DTUI em crianças. Este é constituído de 10 questões, sendo nove itens relacionados a sintomas urinários/gastrointestinais e um item relacionado a fatores ambientais (problemas social e familiar). São atribuídos escores de 0 a 3 de acordo com a existência do sintoma (nunca ou quase nunca=0; menos que metade do tempo=1; a metade do tempo=2; quase todo o tempo=3), sendo que valores ≥ 6 (para meninas) e ≥ 9 (para meninos) sugerem presença de DTUI.

Antes de iniciar a coleta de dados, os pesquisadores realizaram visitas às instituições e pré-selecionaram os participantes através da análise dos prontuários, obtendo um número amostral inicial de 162 crianças diagnosticadas com o CID 90.0 (TDAH) podendo ser associada ao CID 91.3 (TDO). Após a seleção dos 162 prontuários, realizou-se a coleta de acordo com a agenda das consultas médicas e atividades realizadas nos CAPSI'S. Dentre as 162 crianças diagnosticadas com TDAH cadastradas nas instituições, participaram do estudo 40 crianças. A redução do número amostral deveu-se a baixa frequência de participação das crianças e desatualização dos prontuários.

O convite aos responsáveis foi realizado durante as esperas das consultas ou enquanto o filho encontrava-se em atividade que, após o aceite, os pesquisadores e o responsável se dirigiam para um local reservado na instituição. Eram aplicadas perguntas para confirmar os critérios de inclusão, os que se enquadraram e aceitaram participar da pesquisa, assinaram duas vias do TCLE, uma para o mesmo e outra para os pesquisadores, e posteriormente, iniciava-se o preenchimento os questionários em formato de entrevista.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no Microsoft Office Excel 2010 e analisados por meio do programa Epi info 7- InstallShied Wizard. Foi realizada estatística descritiva com medidas de posição e dispersão como média, mediana, moda, desvio padrão e frequência.

RESULTADOS

Participaram do estudo 40 crianças diagnosticadas com TDAH associado ou não com TDO. A distribuição da faixa etária está representada na Figura 1, em que é observado maior prevalência de crianças com 8 anos. Na tabela 1, foi evidenciada a característica geral da amostra e o resultado da aplicação do questionário *MTA-SNAP-IV*, encontrando-se nos subtipos de TDAH: desatenção (n=6),

hiperatividade/impulsividade (n=4) e misto (n=30). Do total da amostra, 35 (87,5%) eram do sexo masculino e 5 (12,5%) do sexo feminino. O questionário *MTA-SNAP-IV* também avalia os sinais do TDO, em que foi obtido a presença de TDO em 82,5% (n=33) associado ao TDAH. A média da idade foi de 8 anos, assim como a mediana e a moda.

Tabela 1 – Característica geral da amostra e resultado do questionário MTA-SNAP-IV

		N° AMOSTRAL / %	TODO
TDAH		40 (100%)	33 (82,5%)
Subtipos	I	6 (15%)	4 (12,1%)
	II	4 (10%)	2 (6%)
	III	30 (75%)	27 (81,8%)
Sexo	Feminino	5 (12,5%)	5 (15,1%)
	Masculino	35 (87,5%)	28 (84,8%)
Idade	Média	8	-
	Moda	8	-
	Mediana	8	-

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; TDO – Transtorno Desafiador Opositor; Subtipo I – Desatenção; Subtipo II – Hiperatividade/Impulsividade; Subtipo III – Misto.

Ao aplicar o questionário DVSS, das 40 crianças participantes da pesquisa, 23 (57,5%) crianças obtiveram pontuação indicativa de presença de

DTUI, com média de pontos de 13,8, com a faixa etária mais acometida de 8 anos (detalhada na Figura 1), sendo 18 (78,2%) do sexo masculino, média de pontos de 13,6, e 5 (21,7%) do sexo feminino, com média de pontos de 14,4 no questionário (Tabela 2). Da amostra do sexo masculino (n=35), 51,4% pontuaram igual ou maior que nove e da amostra das crianças do sexo feminino (n=5), 100% obtiveram a pontuação igual ou maior que seis itens no que se refere ao questionário DVSS.

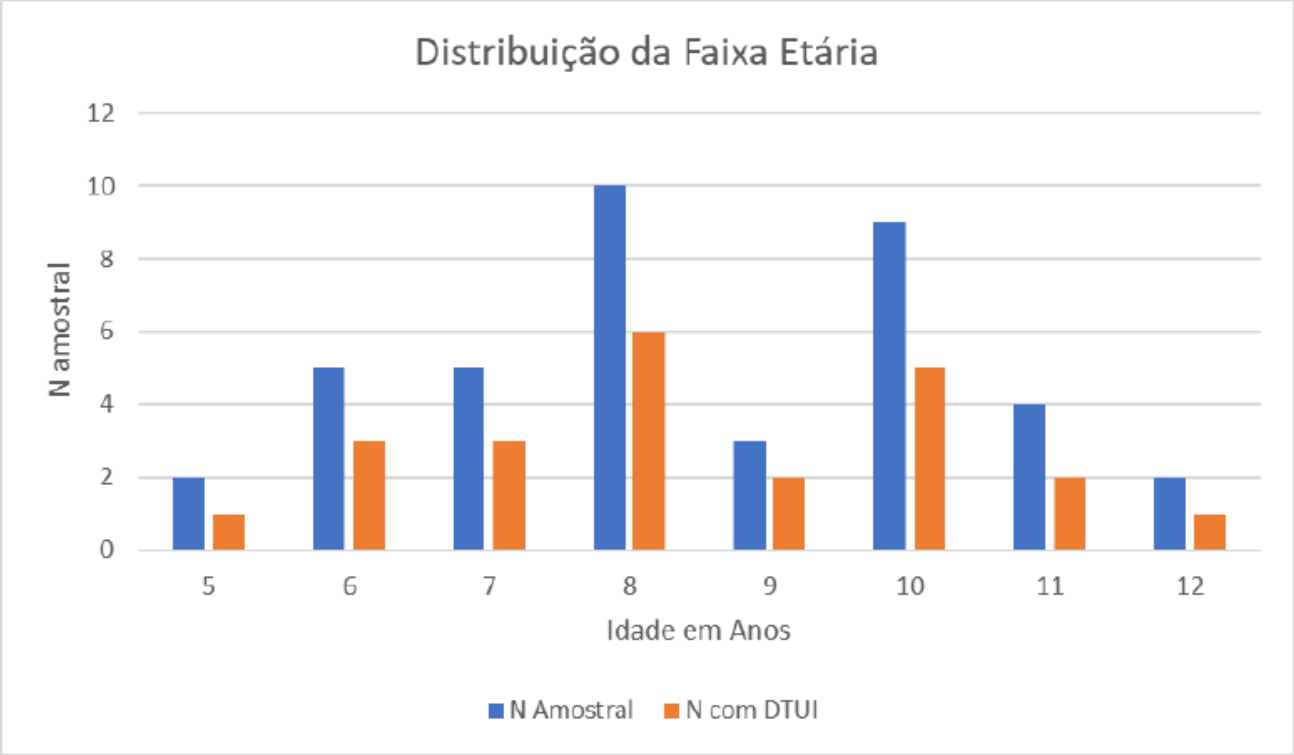


Figura 1 – Distribuição da faixa etária

DTUI – Disfunção do Trato Urinário Inferior

Ao correlacionar os subtipos do TDAH com a presença de DTUI (n=23), foi obtido um resultado de 4 crianças (17,3%) com o subtipo predominante de desatenção, 2 crianças (8,6%) com hiperatividade/impulsividade e 17 crianças (73,9%) com os dois subtipos, classificado como misto, com média de pontos, respectivamente, de 11,5 pontos, 15,0 pontos e 14,2 pontos (Tabela 2).

Da amostra de crianças com TDAH associadas ao TDO (n=33), obteve-se pontuação sugestiva de DTUI no questionário DVSS um total de 20 (60,6%) crianças, sendo 15 (75%) em meninos e 5 (25%) em meninas. Ao correlacionar com os subtipos do TDAH, encontrou-se 3 (15%) crianças no subtipo de desatenção e 17 (85%) crianças no subtipo misto, no que se refere ao subtipo hiperatividade/impulsividade nenhuma criança obteve pontuação sugestiva de disfunção (Tabela 2).

O questionário DVSS também avalia alguns fatores ambientais, tais como problemas sociais e familiares, de situações de estresse vivido nos últimos 30 dias pela criança. No presente estudo, 30 (75%) crianças com TDAH possuíram algum problema social e/ou familiar, sendo o mais relatado problemas escolares. Dessa forma, pôde-se correlacionar a presença de problemas sociais e ou/familiares com a presença de DTUI, onde 19 (82,3%) crianças pontuaram escore indicativo.

Tabela 2 – Resultados

		Nº amostral com DTUI	M. Pontos / (DV±)	M. Id / (DV±)	TDO
TDAH		23 (57,5%)	13,8 (± 3,4)	8,4 (±1,8)	20 (60,6%)
Subtipos	I	4 (15%)	11,5 (± 2,8)	8,7 (± 2,6)	3 (15%)
	II	2 (10%)	15,0 (± 4,2)	10 (± 0)	0 (0%)
	III	17 (75%)	14,2 (± 3,3)	8,1 (± 1,7)	17 (85%)
Sexo	Feminino	5 (21,7%)	14,4 (± 3,6)	9,2 (± 2,2)	5 (25%)
	Masculino	18 (78,3%)	13,6 (± 3,5)	8,4 (±1,7)	15 (75%)
Fatores Ambientais		19 (82,6%)	-	-	16 (80%)

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; DTUI – Disfunção do Trato Urinário Inferior; TDO – Transtorno Desafiador Opositor; Subtipo I – Desatenção; Subtipo II – Hiperatividade/Impulsividade; Subtipo III – Misto; M. Pontos – Média de Pontos; M. Id – Média de Idade; DV – Desvio Padrão.

DISCUSSÃO

Polanczyk *et al.*[11] revela que o TDAH está presente em aproximadamente 5,29% das pessoas do mundo, ocorrendo tantos em meninos como em meninas, porém, é predominante no sexo masculino, esse mesmo resultado foi observado no presente estudo, em uma relação de 7:1 de meninos para meninas. A literatura evidência que a apresentação clínica do TDAH normalmente vem acompanhado de comorbidades (30-50%), sendo a mais observada o Transtorno Desafiador Opositor (TDO)[3,12,13]. No presente estudo, foram observados resultados semelhantes, em que 82,5% da amostra possuíam TDO.

Dentre os subtipos do TDAH, nesta pesquisa, o misto teve maior prevalência (75%), seguido do subtipo desatento (15%) e hiperativo/impulsivo (10%). Porém, na literatura, o subtipo mais frequente observado é o desatento[14,15], sendo este mais frequente nas meninas e o hiperativo/impulsivo nos meninos16. Na presente pesquisa, a amostragem de crianças do sexo feminino foi de apenas 5 crianças, destas, 3 eram do subtipo misto e 2 do subtipo desatento. É observado que a maioria das crianças do sexo feminino não é diagnosticada com TDAH pela dificuldade de percepção dos sintomas, tendo em vista que o tipo mais predominante é o desatento, sendo este o subtipo considerado de menor relevância pelos responsáveis[16].

Além do TDO, na literatura são descritas outras comorbidades associadas ao TDAH, bem como enurese noturna e encoprese[3,12,13]. Na presente pesquisa, ao investigar a presença de DTUI, a prevalência desta comorbidade foi de 57,5% da amostra.

Yang *et al.*[17] observaram que as crianças com TDAH possuem alta prevalência de enurese noturna, porém, Niemczyk *et al.*[18] em sua pesquisa, verificaram que a prevalência de incontinência em crianças com TDAH e grupo controle, crianças sem transtorno, não diferiram significativamente. Em outro estudo de Niemczyk *et al.*[20] foi observado que a prevalência de IU no TDAH é baixa, porém quando associado ao TDO as taxas de incontinência se tornam mais altas que em crianças com apenas o TDAH. No presente estudo foi observado que a maioria das crianças com disfunção apresentavam o TDO associado.

Nunes *et al.*[19] relataram que 25% das crianças na fase pré-escolar, sem nenhum transtorno comportamental, apresentam alguma síndrome de disfunção eliminatória, podendo ser de caráter miccional e/ou defecatória. Portanto, quando comparado às crianças sem nenhum transtorno, há maior incidência de DTUI em crianças com TDAH.

Em relação à média da idade das crianças com TDAH acometidas com DTUI, neste estudo foi observado em torno de 8,4 anos, porém, em outros estudos, como o de Kaye e Palmer[21] a idade média de acometimento foi de 7,8 anos, no estudo de Wolfe *et al.*22 a média de idade foi de 8,8 anos e no estudo de Yang *et al.*[17] a média encontrada foi de 7,9 anos.

Embora o presente estudo não tenha abordado de forma detalhada no questionário os tipos de DTUI mais frequentes em crianças com TDAH, Ozen *et al.*[23] descreve que dentre as DTUI associadas ao TDAH, a bexiga hiperativa (60%) foi a mais encontrada, seguindo, disfunção miccional (28%), bexiga hipoativa (4%), disfunção primária do colo da bexiga (8%). Bem como, no estudo de Cardoso[14], referiu que 47% das crianças com TDAH apresentaram enurese, mencionando-se os tipos de DTUI, 67% manifestaram bexiga hiperativa/urge incontinência, a micção disfuncional 7% e o adiamento da micção em 27%.

O questionário DVSS, aplicado nessa pesquisa, também avalia os fatores ambientais que influenciam no comportamento da criança, a qual pode influenciar no aparecimento de DTUI. Foi observado que as crianças com TDAH apresentam frequentemente esses fatores, tendo como predomínio os problemas escolares, as quais influenciam de forma negativa no desenvolvimento das habilidades acadêmicas e maiores chances de repetência escolar[14,16].

No decorrer do desenvolvimento da pesquisa foi observado que o TDAH é de difícil percepção pelos responsáveis das crianças, os quais só procuram tratamento quando há grandes repercussões, principalmente no aprendizado escolar e desenvolvimento linguístico. Outro fator encontrado foi a predominância da associação de desordens mentais com o TDAH, fator que limitou o número da amostra, assim como, a falta de continuidade aos tratamentos das crianças cadastradas nas instituições da pesquisa e demora de conclusão do diagnóstico. Para adquirir melhores resultados dessa pesquisa, optou-se por abordar crianças com diagnóstico fechado de TDAH associada ou não apenas ao TDO, eliminando o risco de viés pela influência de outras desordens mentais na função do trato urinário inferior.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que a maioria das crianças com TDAH possuem o TDO associado com maior prevalência do subtipo misto. Foi observado que as crianças com TDAH possuem alta incidência de queixas de DTUI quando comparado aos achados da literatura acerca dessa mesma incidência em crianças sem nenhum transtorno. Quanto ao sexo, todas as meninas participantes apresentaram queixa de DTUI, que, apesar do baixo número amostral, mostrou-se mais prevalente que nos meninos. No início da pesquisa houve dificuldade durante a busca na literatura, porém no decorrer do projeto pode-se encontrar dados mais atuais em relação a DTUI associada aos transtornos, entretanto, poucos estudos demonstraram a relação da DTUI com o TDAH, indicando a necessidade de mais pesquisas acerca do tema. Portanto, os achados nesta pesquisa destacam a necessidade de incluir uma equipe multidisciplinar que, através de uma avaliação minuciosa e diagnóstico precoce, poderá ofertar o tratamento integral auxiliando na inclusão e melhora da qualidade de vida dessas crianças.

REFERÊNCIAS

1 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. O que é TDAH. Disponível em: <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>. Acesso em: 4 de out. de 2018.

2 Maia, C.; Massuti, R; Tessari, L; Campani, F; Akutagava-Martins, G.; Cortese, S. et al. Are ADHD medications under or over prescribed worldwide: protocol for a systematic review and meta-analysis. Medicine, 2018, 7 (24).

3 Topczewski, A. Attention déficit and hyperactivity disorder: a therapeutic option. Einstein, São Paulo, 2018, 12 (3), 310-313.

4 Silva, B.; Anselmi, L; Schmidt, V; Santos, I. Consumo de cafeína durante a gestação e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: uma revisão sistemática da literatura. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2015, 31 (4), 682-690.

5 Trapp, C; Pires, C.; Fernandes, J. Distúrbios da micção em crianças. Bolet Cient de Ped, 2013, 2 (2), 53-58.

6 Halete, M.; Nunes E.; Latorre, G. Fisioterapia na disfunção urinária infantil: revisão sistemática de literatura nacional. Ciênc em Mov, Reab e Saúd, 2017, 19 (38), 47-53.

7 Franco, I. Novas ideias sobre a causa de disfunção da bexiga em crianças. Op Atual em Urol, 2011, 21 (4), p.334–338.

8 Marciano, R.; Cardoso, M.; Vasconcelos, M.; Jardim, J.; Oliveira, E.; Lima, E. Transtornos mentais em crianças e adolescentes com disfunção do trato urinário inferior. J Bras de Nefro. Minas Gerais, 2016, 38 (4), 441-449.

9 Mattos, P; Pinheiro, M; Pinto, D; Rohde, L. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição; Rev Psiquiatr, 2006, RS, 28 (3), 290-7.

10 Calado, A.; Araujo, E.; Junior, U.; Netto, J.; Filho, M.; Junior, A. et al. Cross-cultural Adaptation of the Dysfunctional Voiding Score Symptom (DVSS) Questionnaire for Brazilian Children. Rev. Pediatric Urology, Recife, 2010, 36 (4), 458-463.

11 Polanczyk, G; Lima, M.; Horta, B; Biedermani, J; Rohde, L. A prevalência mundial do TDAH: uma análise sistemática e análise de meta-regressão. American J Psychiatry, 2007, 164 (6), 942-48.

12 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder: DSM-5. 2013.

13 Pereira, H; Araujo, A.; Mattos, P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, 2005, 5 (4), 391-402.

14 Cardoso, M.; avaliação neuropsicológica das funções executivas, desempenho escolar e sintomas de tdah em crianças e adolescentes com disfunção do trato urinário inferior; Universidade Federal de MG; Belo Horizonte, 2016.

15 Van Herzeele, C; Dhondt, K; Groen, L.; Hoebeke, P; Roels, S.; Raes, A. et al. Neuropsy chological functioning related to specific characteristcs of nocturnal enuresis; J of Ped Urol, 2015, 4 (33), 1–6.

16 Mota, D.; Winkel, M. TDAH e disfunções miccionais: Qual a sua relação? Portal dos psicólogos. 2011. Disponível em: <https://www.psicologia.pt>. Acesso em: 20 de out. de 2019.

17 Yang, T.; Guo, Y.; Chang, H.; Yang, H.; Huang, H. Attention Deficit-Hyperactivity Disorder Symptoms and Daytime Voiding Symptoms in Children with Primary Enuresis: An Observational Study to Evaluate the Effectiveness of Desmopressin Treatment; The Scien Worl J, 2015.

18 Niemczyk, J; Equit, M; Hoffmann, L; Von Gontard, A. Incontinence in children with treated attention-deficit/hyperactivity disorder. J. Pediatr Urol, 2015, 11 (3), 141-146.

19 NUNES, G.; ARAÚJO, E.; COLOMBELLI, E.; SOUZA, J. A percepção dos educadores acerca da disfunção eliminatória. Resid Ped, 2017, 7 (3), 97-101.

20 Niemczyk, J; Equit, M; Braun, K.; Klein, A.; Gondart, A. Prevalence of incontinence, attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2014, 24, 837-843.

21 Kaye, J.; Palmer, L.; Characterization and management of voiding dysfunction in children with attention déficit hyperactivity disorder; Elsevier Inc. Urology, 2010, 76, 220-224.

22 Wolf, C.; Veenstra, A.; Kovacevic, L; Elder, J.; Lakshmanan, Y. Psychosocial difficulties in children referred to pediatric urology: A closer. J Pediatr Urol, 2012, 80, 907-913.

23 Onze, M.; Mutluer, T; Necef, I; Shabsog, M.; Tasdemir, M; Bilge, I. et al. The overlooked association between lower urinary tract dysfunction and psychiatric disorders: A short screening test for clinical practice; J Pediatr Urol, 2019, 15 (4).

Capítulo 15

10.37423/220505855

ENVELHECIMENTO: REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Alexciana Santos da Silva — *UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE*

Alanna Silva dos Santos — *UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE*

Kevin Fontelles Morais — *UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA*

Liliane de Almeida Cardoso — *Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa*

ANA CLAUDIA TORRES DE MEDEIROS — *UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE*

Resumo: Esse estudo tem como objetivo buscar na literatura científica os aspectos da violência na população idosa. Trata-se de uma revisão da literatura realizada nas bases de dados do MEDLINE/PUBMED, Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e revistas eletrônicas de saúde, utilizados os descritores em ciência da saúde (DECS): Saúde do Idoso, Violência, Envelhecimento; nos idiomas português, inglês e espanhol e; publicados no período de 2013 a 2019. Os resultados mostraram que a violência está se tornando cada vez mais frequente, independente das classes sociais, etnias e religião. Os tipos de violência são o abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência, abuso financeiro e autonegligência. A negligência é o tipo de violência contra a pessoa idosa predominante de denúncias no Brasil entre os anos de 2011 a 2019 seguida pela violência psicológica. Os idosos são os principais responsáveis pela renda familiar e acabam sendo vítimas dos próprios parentes com a presença de abusos e manipulação, dessa forma o idoso tem receio em realizar a denúncia, ou seja, a grande parte dos idosos não relatam sobre a problemática que vivenciam. A severidade dos maus tratos e agressões causam no idoso muito mais que traumas físicos, pode acarretar incapacidade, dependência e até mesmo levar ao óbito. Portanto, é de suma importância que todos os profissionais de saúde que tem maior contato com este grupo fiquem atentos ao menor sinal de violência e possam intervir na situação realizando uma correta notificação do caso, além de amparar.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idoso, Violência, Saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é considerado um processo morfofuncional natural humano, bem como, uma experiência heterogênea e distinta, no qual varia de acordo com contexto histórico-cultural que o sujeito está inserido, assim como, incidência de patologias e ligação entre fatores genéticos e ambientais (BELEZA; SOARES, 2019). No Brasil, quando o sujeito atinge 60 anos é considerado uma pessoa na fase da terceira idade (IBGE, 2016).

O número de indivíduos idosos tem crescido em grande escala em relação à população geral em todo o mundo, porém no Brasil está ocorrendo de forma acelerada como apontam os dados do IBGE (2018) em que no ano de 2018 o Brasil possuía 9,2% de sua população com faixa etária de 65 anos ou mais e estima-se que em 2060 esse percentual atinja 25,5%.

Com o aumento do número de idosos, especificamente no Brasil, começam a surgir preocupações e questionamentos entre os estudiosos e teóricos sobre a qualidade de vida desses indivíduos, como também, sobre as diferentes violências e/ou maus tratos que os mesmos estão susceptíveis a sofrer, tendo em vista que na realidade de dependência o idoso necessita do cuidado do outro considerando a sua atual situação (ALARCON et al., 2019).

A violência é definida como o uso da força ou do poder, com a finalidade de excluir, abusar e/ou aniquilar outros. Assim, pode apresentar-se de diversas formas e por vários motivos, afetando diretamente diversas áreas da vida, tais como: individual, econômica, política e social, faz-se necessário destacar que o meio que ocorre com mais frequência é na instituição familiar (CACHINA et al., 2016), os dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos "disque 100" (2018) corroboram essa premissa, tendo em vista que apontam o filho (a) como principal responsável de praticar a violência contra a pessoa idosa.

Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência contra o idoso como um ou mais atos ou omissão praticados de forma involuntária ou intencional contra a integridade do indivíduo vulnerável. Seguindo nessa mesma perspectiva, Oliveira et al., (2013) argumentam que as formas de violência contra esse público, são as de ordem física, psicológica, econômica, negligência e autonegligência.

De acordo com os dados do baanço do dique 100, no ano de 2018, o número de denúncias de violência contra idosos no Brasil foi alarmante, pois, segundo os dados do balanço do "disque 100" em relação a esse tipo de violência, foi possível verificar que o mesmo recebeu 77970 denúncias dos tipos: 1)

negligência (38,21%); 2) violência psicológica (26,55%); 3) abuso financeiro (20,04%); 4) violência física (12,72%); 5) violência institucional (2,16%) e; 6) violência sexual (0,22%).

No que concerne a violência contra os idosos considerando o gênero, identificou-se de acordo com as contribuições de Minayo (2003), que as mulheres são mais propensas a sofrerem violência sexual, os homens, por sua vez, são mais vulneráveis a violência na rua. Outro aspecto a ser ponderado, que independente do sexo, os idosos com algum tipo de dependência, sejam elas de ordem física ou psicológica, são mais suscetíveis a sofrer algum tipo de violência (MINAYO, 2003).

As distintas formas de violência e/ou maus tratos contra os anciões acarretam implicações na saúde psíquica dos sujeitos, como por exemplo, sentimento de culpa, desordem pós traumática, negação da situação de violência, desesperança e até mesmo o desenvolvimento do transtorno depressivo (WOLF; 1995 apud MINAYO; 2003).

Nessa mesma perspectiva, alguns teóricos e estudiosos da área argumentam que os efeitos da violência contra a pessoa idosa não é estritamente relacionado às lesões físicas, vão além dessa dimensão, afetando também, as questões psicoemocionais, tais como: incapacitação, transtorno depressivo e comportamentos de risco - sexual e envolvimento com entorpecentes (BARCELOS; MADUREIRA, 2013 apud SANTOS et al., 2018).

Diante da realidade dos estudos pontuados acima, este trabalho objetivou investigar na literatura os aspectos da violência contra a população idosa.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, definida como uma investigação responsável por traçar um panorama da literatura profunda a respeito do tema escolhido, apresentando as principais abordagens e o corpus da teoria acumulada sobre uma temática, o referencial teórico é construído em um ou mais tópicos, apresentando um explícito alinhamento com os objetivos da pesquisa (AZEVEDO, 2016).

A partir dos artigos científicos das bases eletrônicas de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As buscas nos bancos de dados ocorreram por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Saúde do Idoso”, “Violência” e “Envelhecimento”.

Ressalta-se que antes das buscas foram delimitados os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. A seleção das pesquisas se deram a partir de tais critérios de inclusão: estudos bibliográficas e de campo (online); nos idiomas português, inglês e espanhol e; publicados no período de 2013 a 2019.

Por outro lado, os critérios de exclusão foram trabalhos que fugiam ao tema, bem como, os que não atendiam os objetivos e publicações considerados irrelevantes para o presente estudo. Foram encontrados 58 artigos e trabalhos que se repetiram, sendo selecionados e incluídos 20 artigos pertencentes aos critérios de inclusão e 38 foram excluídos. Cada artigo selecionado teve seu conteúdo na íntegra criteriosamente analisado e discutindo-se de forma específica os principais pontos no que diz respeito ao tema abordado.

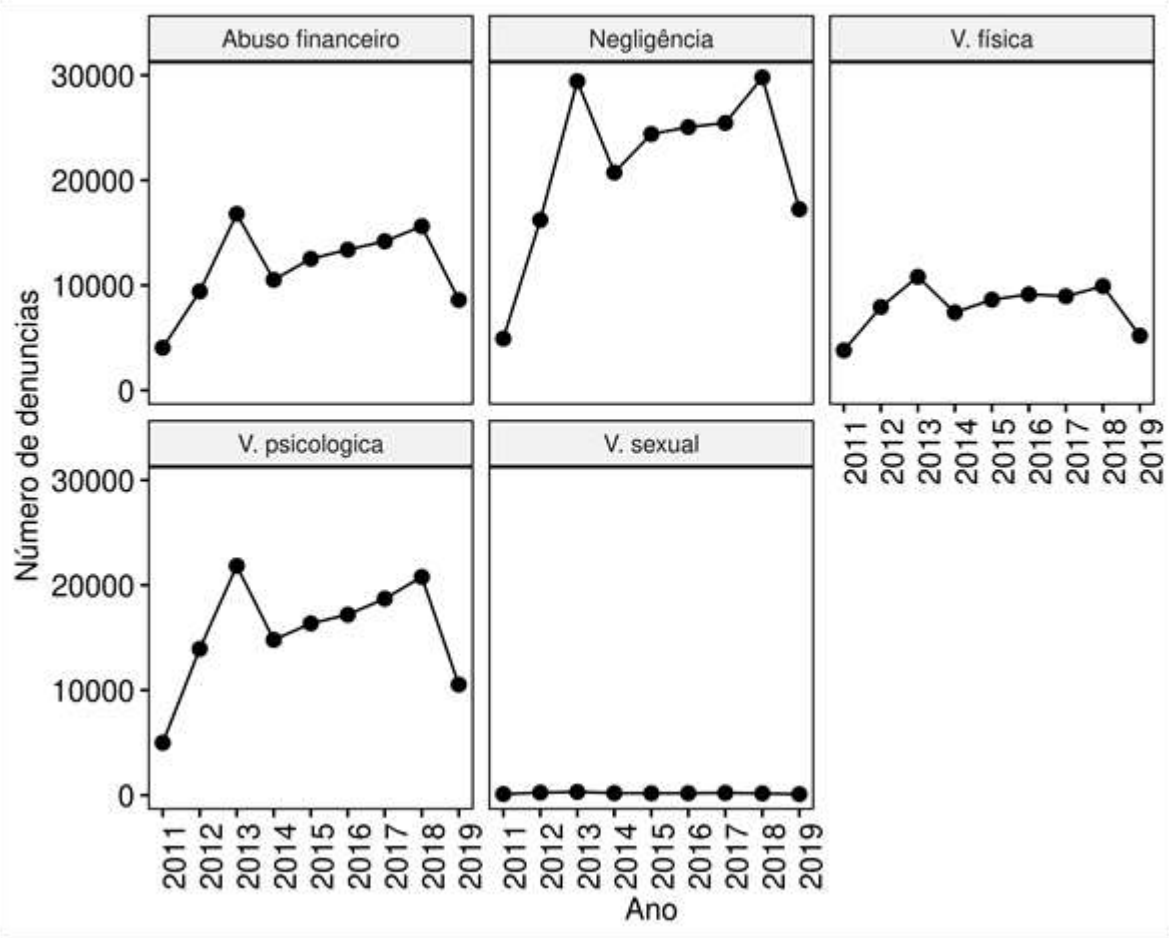
Além dos artigos científicos, destaca-se que também foram incluídos o Estatuto do Idoso e os dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – disque 100, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e Organização Mundial da Saúde – OMS.

Para avaliar a existência de diferença estatística entre as frequências de denúncias na relação dente vítima e agressor em dados oriundos do “"disque 100"”. A análise foi realizada usando R.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo as contribuições de Holanda et al., (2017), a violência praticada contra o grupo etário da terceira idade pode ser considerada uma epidemia, tendo em vista que está se tornando cada vez mais frequente, independente das classes sociais, etnias e religião. Assim, diante dos dados obtidos no balanço do "disque 100", foi possível identificar as denúncias dos diferentes tipos de violência contra a pessoa idosa entre os anos de 2011 a 2019, que serão oportunamente ilustradas na Figura 1:

Figura 1: Gráficos referentes aos tipos de violência contra a população idosa entre os anos de 2011 a 2019



Fonte: Dados do balanço do "disque 100”

A partir da Figura 1 nota-se que a negligência é o tipo de violência contra a pessoa idosa predominante de denúncias no Brasil entre os anos de 2011 a 2019 seguida pela violência psicológica.

É relevante ressaltar que em determinados arranjos familiares, os idosos são os principais responsáveis pela renda familiar e dessa forma, acabam sendo vítimas dos próprios parentes com a presença de abusos e manipulação, portanto, considerando os laços e/ou afetos familiares, o idoso tem receio em realizar a denúncia, ou seja, a grande parte dos idosos não relatam sobre a problemática que vivenciam (HOLANDA *et al*., 2017)

De acordo com as contribuições de Rodrigues *et al*., (2017) apenas um, em cada quatro idosos que sofre violência, registra o caso. As subnotificações dos casos de violência contra o idoso pode estar relacionado a diversos fatores, como: medo de retaliação, receio de ser institucionalizado em lares

para idosos, culpa, constrangimento, baixa autoestima e sensação de que mereceu a agressão (GARBIN *et al*., 2016).

No que concerne a questão da violência ser mais comum no meio familiar, isto é, por parentes do idoso, foi possível identificar através dos dados do "disque 100" referente as denúncias do primeiro semestre do ano de 2019, os filhos (as) são apontados como os principais agressores dos idosos e de acordo com o teste de qui-quadrado verificou-se que existe diferença significativa entre as frequências de denúncias as categorias (χ^2_{38}=476609, $p < 0,05$), sendo que o "filho (a)" apresentou frequência mais alta (54,40%) e "a própria vítima" frequência mais baixa.

Esses achados corroboram a pesquisa desenvolvida por Silva *et al*., (2016), no qual, afirmam que a agressão, na maioria das vezes, ocorre através dos próprios familiares e pontuam os principais elementos que influenciam o agressor a cometer o ato violento contra a pessoa idosa, como:1) uso abusivo de álcool; 2) residir na mesma casa, devido a proximidade física e convívio íntimo no que diz respeito a falta de espaço físico dificultando a privacidade e; 3) dependência financeira que o agressor possui em relação ao idoso. Ainda em relação ao estudo supracitado, os autores destacam que o perfil do abusador prevalece nos filhos homens, seguida pelas filhas mulheres, noras, genros e por último os cônjuges. Outro aspecto relevante refere-se ao fato do agressor sofrer de algum tipo de transtorno psíquico (PINTO *et al*., 2013).

É importante destacar que na instituição familiar, as violências física e psicológica podem se configurar como um padrão de relacionamento, porém, também está relacionado à incapacidade do idoso para realizar o autocuidado. A necessidade de ajuda da pessoa idosa que recebe o cuidado demanda muita atenção, proporcionando na maioria das vezes, sobrecarga no cuidador, no qual, estabelece como um dos principais fatores de risco para violência contra os idosos dependentes. Assim, o abuso torna-se difícil distinguir entre o estresse da relação interpessoal e os maus-tratos (LINO *et al*., 2019).

A severidade dos maus tratos e agressões causam no idoso muito mais que traumas físicos, pode acarretar incapacidade, dependência e até mesmo levar ao óbito. Como já visto a violência contra idosos diz respeito a abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência, abuso financeiro e autonegligência (PAIVA *et al*., 2015).

De acordo com Brownell (2016) o abuso físico é compreendido como um conjunto de ações que tem como propósito causar dor física ou lesão, como por exemplo, empurrar, agarrar, bater e agredir com uma arma ou objeto, enquanto o abuso sexual engloba atitudes sexuais ofensivas, além de contato físico de natureza sexual sem o consentimento da pessoa idosa. Já a negligência alude a omissão,

recusa ou falha dos responsáveis na prestação de cuidados ao idoso, como auxílio nas atividades de vida diária, entre elas a alimentação, vestuário, saúde e cuidados médicos. Por outro lado, a autonegligência refere-se ao maltrato causado a si mesmo e, comumente, é iniciada com isolamento social, a recusa de realizar as atividades de vida diária e ao uso de medicamentos, apontando de forma subjetiva o desejo de morrer. O abandono é considerado uma categoria de violência na qual o idoso não tem assistência necessária para sobrevivência, além da privação do direito de ir e vir, propiciando assim, seu lento adoecimento e morte (BRASIL, 2013).

A violência psicológica está relacionada a ações que causam sofrimento emocional, aflição ou angústia, por exemplo as ameaças, humilhação, intimidação e manipulação por meio de estratégias verbais ou não verbais. A exploração financeira/material é uma violência, pois, inclui o uso indevido, por parte de cuidadores e/ou familiares, do dinheiro, bens ou propriedades pertencentes ao idoso (SANTOS *et al*., 2013). As características do indivíduo que perpetua o ato de violência também influem na ocorrência de maus-tratos para com os idosos. Alguns fatores predisponentes são os transtornos psiquiátricos, uso de drogas, histórico de violência, abandono, abuso físico ou sexual na infância (DONG, 2015).

Segundo Yan *et al*. (2014) sobre a prevalência e fatores de risco para o abuso de idosos, os resultados encontrados apontaram que o abuso é frequente em todo o mundo e alguns estudos prospectivos mostram que pessoas mais velhas submetidas a negligência e abuso apresentam maior risco de mortalidade em detrimento às que não são vítimas, tendo em vista que o idoso vítima de maus-tratos possui três vezes mais chances de morrer nos três anos que se seguem ao evento traumático.

Ademais, Dong (2015) em seu estudo, destaca que um dos fatores associado a agressão e/ou abuso do cuidador refere-se a presença do transtorno depressivo nos idosos, podendo caracterizar assim, como causa ou consequência do abuso. Seguindo essa mesma perspectiva, alguns estudos realizados identificaram a depressão como um dos principais motivos relacionados ao abuso financeira, foi possível verificar também, que a incidência de violência foi seis vezes maior em idosos que apresentavam sintomas depressivos (LICHTENBERG *et al*., 2013; STRASSER *et al*., 2013).

De acordo com Lino *et al*. (2019) é relevante a realização da triagem para identificar possível caso de depressão, pois manifestam um sinal de alerta para a equipe de saúde sobre o risco que se encontra o idoso em situações de incapacidade e dependência.

A violência não resulta apenas em mortes ou lesões graves, mas oprime e gera danos físicos, psicológicos e sociais nos idosos que são submetidos a formas crônicas de abusos, dessa forma os danos provocados pela violência atingem a saúde de forma drástica, provocando mortes, lesões,

traumas e inúmeros agravos à saúde mental, emocional e espiritual, além de causar redução na qualidade de vida (MAIA *et al*., 2018).

A violência engendra adoecimento físico, ocasionando limitações das defesas físicas, alterações no padrão de sono e no apetite, além de doenças psicossomáticas e adoecimento psicológico (depressão, agitação, fadiga, perda de identidade, tentativas de suicídio), todos esses fatores podem culminar na morte do indivíduo (SILVA; DIAS, 2016). Um estudo integrativo realizado por Santos *et al*. (2018) mostrou que o isolamento social foi um dos efeitos da violência na saúde do idoso. O isolamento social foi exposto através da mudança de hábitos, rotinas e hobbies, sendo observado como um fator que predispõe a sentimentos de angústia e tristeza.

Os profissionais de saúde da atenção primária são extremamente importantes no que diz respeito à violência e maus-tratos aos idosos, uma vez que o serviço de saúde é considerada a principal porta de entrada para esses casos, portanto, se faz necessário que os profissionais sejam aptos para identificar tal problema. Os profissionais que estão inseridos na comunidade podem contribuir com a transformação social através da educação em saúde, bem como, intervir na violência contra os idosos, tendo em vista que devem identificar os maus-tratos e relatar às autoridades, auxiliando assim, nas ações dos serviços de proteção aos idosos (GRILO; JÚNIOR, 2015).

Seguindo essa perspectiva, Camacho *et al*. (2015) argumentam que os profissionais de saúde devem estar preparados para observar e diagnosticar suspeitas ou casos confirmados de maus tratos e trabalhar com o idoso, informando sobre os danos à saúde, bem como condutas a serem tomadas e esclarecer quais são os seus direitos. O mesmo autor afirma que as autoridades policiais devem ser alertadas, através da população, sobre os abusos sofridos pelos idosos, pois as leis podem e devem ser aplicadas aos familiares, cuidadores e as outras pessoas que praticam a agressão.

Do mesmo modo, destaca-se que de acordo com o artigo 10, da lei nº 10.471/2003 os profissionais da saúde devem notificar os casos de violência contra o idoso quando confirmarem e/ou suspeitarem da sua ocorrência (BRASIL, 2003).

Ademais, ressalta-se que uma das conquistas para o grupo da terceira idade foi a criação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), no qual, tem como principal objetivo organizar e assegurar os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Desse modo, o artigo 99 do estatuto aborda a questão da violência contra os idosos, elencando as principais implicações legais de quem praticar atos como: “expor a integridade física ou psíquica do idoso a perigo resulta em pena reclusão de dois meses a um ano e multa, com benefício da suspensão condicional. Se a violência relacionar-se a lesão corporal de

natureza grave, então a pena será de reclusão de um a quatro anos, mas se resultar em morte, a reclusão será de quatro a 12 anos sendo que, nesse caso, não há benefício da suspensão condicional do processo".

A constituição Federal cita a população idosa no seu artigo 230, pontuando que: "a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida" (BRASIL, 1998, p.133). No que tange o conselho Nacional do Idoso, destaca-se que este foi criado a partir da Lei nº. 8.842, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, abordando no seu capítulo IV, o dever de todo cidadão denunciar qualquer forma de negligência e/ou maus tratos ao idoso, ressaltando ainda, no artigo 10, inciso IV, o papel da justiça em promover e defender os direitos da pessoa idosa, zelar pela aplicação das normas, bem como, determinar ações efetivas para prevenir abusos e lesões a seus direitos (BRASIL, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise da literatura científica evidenciou a predominância da prática de violência do tipo negligência seguida pela violência psicológica, abuso financeiro, violência física, não foi identificado muitas denúncias de violência sexual, mas não significa que não existiram como foi visto no estudo ainda há muitos casos subnotificados dos vários tipos de violência contra a pessoa idosa.

Neste estudo foi possível compreender a importância de observar e analisar os fatores que levam a população idosa sofrer violência e maus tratos, além de mostrar que os vários aspectos da violência nesse público causam sérios problemas, bem como, efeitos danosos na saúde do idoso, tendo em vista que é um fenômeno que pode acometer não só os traumas físicos e psicológicos como também levar a óbito. Desse modo, faz-se necessário construir ferramentas que subsidie melhoras na situação de violência dos idosos e o desenvolvimento de estratégias que coíbem tais atos, assim como perpetuar o conhecimento sobre essa questão para a população saber o que fazer diante dessa situação.

Diante do levantamento bibliográfico, verificou-se que a violência contra os sujeitos da terceira idade, comumente acontece na instituição familiar, sendo os filhos apontados como os principais agressores.

Ademais, com base na análise dos materiais selecionados, foi possível verificar que os profissionais de saúde não têm preparo para o atendimento a essa população, no que diz respeito à identificação dos casos de violência e a investigação de suspeitos, resultando em possíveis agravos a saúde dos idosos e consequentemente, comprometimento na qualidade de vida dos mesmos, portanto, se faz

necessário que todos os profissionais de saúde que tem contato com este grupo fiquem atentos ao menor sinal de violência e possam intervir na situação, realizando a notificação do caso, além de amparar o idoso nas suas necessidades biopsicossociais.

REFERÊNCIAS

ALARCON, M. F. S. et al. Violência sobre a pessoa idosa: um estudo documental. Rev. Rene. v. 20, 2019.

AZEVEDO, D. Revisão de Literatura, Referencial Teórico, Fundamentação Teórica e Framework Conceitual em Pesquisa – diferenças e propósitos. Working paper, 2016.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jul. 1996.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília: DF; p. 88, 2013.

BROWNELL, P. A reflection on gender issues in elder abuse research: Brazil and Portugal. Ciênc Saúde Coletiva. v. 21, n. 11, p.3323-30, 2016.

CACHINA, A. M. P; PAIVA, I.; TORRES, T. L. Violência intrafamiliar contra os idosos: revisão sistemática. liber. Lima, v. 22, n. 2,2016.

DONG, X.Q. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. J Am Geriatr Soc. v. 63, n. 6, p. 1214-1238, 2015.

GARBIN, C.A.S. et al. Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental. Rev. bras. geriatr. gerontol., 2016.

GRILO, P. M. S.; JÚNIOR, I. L. Maus-tratos a idosos: perfil das vítimas, vínculo com o agressor e atuação dos profissionais. Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 611-624, 2015.

IBGE. PNAD Contínua 2016. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270- pnad-continua.html?=&t=downloads.

IBGE. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Editora: Estatísticas Sociais, 2018. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-paisdeve-parar-de-crescer-em-2047

LICHTENBERG, P. A.; STICKNEY, L.; PAULSON, D. I Psychological Vulnerability Related to the Experience of Fraud in Older Adults?. Clin Gerontol. v. 36, n. 2, p. 132-146, 2013.

LINO, V. T. S. et al. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro. v.24, n.1, 2019.

MAIA, P. H. S. Saúde e Violência na população idosa de Betim, Minas Gerais. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2018.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cadernos de Saúde Pública. v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

OLIVEIRA, R. Balanço - Disque 100. Página. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/balanco-disque-100>. Acesso em: 28 dez. 2019.

OLIVEIRA, A.V. et al. Maus tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. v. 66, n.1, p. 128-133, 2013.

PAIVA, M. M.; TAVARES, D. M. S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 68, n. 6, p. 1035-1041, 2015.

PINTO, F. R. et al. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v.13, n.3, p. 1159- 1181, 2013.

RODRIGUES, R. et al. Violência contra idosos em três municípios brasileiros. Rev. Bras. Enferm., v.70, n.4, p.816-824, 2017.

SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 36, n. 3, p. 637-652, 2016.

SANTOS, M.A.B. et al. Fatores associados à violência contra o idoso: Uma revisão sistemática da literatura. Cien Saude Colet., v.25, n.6 2018. Disponível em:

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-violencia-contra-o-idoso-uma-revisao-sistematica-da-literatura/16972?id=16972&id=16972. Acesso em: 15 jan. 2020.

SANTOS, A. J.; NICOLAU, R.; FERNANDES, A. A.; GIL, A. P. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: Uma revisão crítica da literatura. Sociologia, Problemas e Práticas, n. 72, p. 53-77, 2013.

STRASSER, S.M. et al. Screening for Elder Mistreatment among Older Adults Seeking Legal Assistance Services. West J Emerg Med. v. 14, n. 4, p. 309-315, 2013.

YAN, E.; CHAN, K.L.; TIWARI, A. A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse. Trauma, Violence, & Abuse. v. 16, n. 2, p. 199-219, 2014.

Capítulo 16

10.37423/220505857

A PSICOLOGIA FRENTE AO ATENDIMENTO À COMUNIDADE LGBTQIA+: DESAFIOS E ENFRENTAMENTOS

Talita Tamires de Souza Oliveira — *Faculdade Mauricio de Nassau*

Eduarda de Melo Ferreira — *Faculdade Mauricio de Nassau*

Patricia Bleueu Amazonas — *Mestre em Psicologia*

Resumo: O presente artigo objetivou analisar historicamente o surgimento da Psicologia no Brasil e como isso influenciou na prática psicológica de atendimento frente à comunidade LGBTQIA+. Este documento foi construído a partir de uma revisão de literatura com objetivo de descrever os dados bibliográficos já existentes adquiridos a partir de documentos disponíveis online. Discorre-se de modo a analisar os enfrentamentos que os profissionais da área estão sujeitos a passar diante de tal demanda.

Palavras-chave: LGBTQIA+. Psicologia. Atendimento Psicológico. Acolhimento.

1 INTRODUÇÃO

Vivendo em uma sociedade, em sua maioria conservadora, a identificação como algo que foge de padrões, torna-se uma tarefa ainda mais complicada quando não se tem uma rede de suporte adequado para que esse processo seja feito da maneira mais saudável possível. Com isso, osujeito tende a arranjar seus próprios meios para lidar com seu processo de identificação podendo levá-lo ao sofrimento. Essas questões têm sido muito discutidas, inclusive sobre pessoas que não se identificam dentro de um binarismo de gênero, ou de determinado padrão de sexualidade heteronormativo.

A Psicologia é uma ciência que estuda o ser humano, seus processos mentais e comportamentais, posto isto, o profissional da área trabalha com a singularidade de cada sujeito levando em consideração a realidade e o contexto social em que ele está inserido e como melhor atendê-lo. Diante disto, é importante que o profissional esteja devidamente capacitado para que possa escutar a quem o busca, acolhendo as dificuldades advindas da sociedade frente à comunidade LGBTQIA+.

É possível ver diariamente vários atos de discriminação contra a existência da população LGBTQIA+, que podem ir desde uma violência verbal até a morte, sendo capaz de ocasionar graves consequências psicológicas, ou seja um impacto não somente subjetivo, mas também concreto, que sujeita tal comunidade a risco de suicídio e homicídio. Frente ao cenário de violência, preconceito e discriminação, o profissional de Psicologia tem o importante papel na prevenção e promoção de saúde mental.

Segundo estudo realizado por Díaz (2012) chegou-se à conclusão de que ainda está muito longe o ponto em que os psicólogos consigam acolher mais plenamente as necessidades e demandas da comunidade LGBTQIA+. Díaz (2012) realizou uma pesquisa entrevistando 10 profissionais de Psicologia atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Florianópolis, onde oito não conheciam o Programa Brasil Sem Homofobia e o restante dos entrevistados apenas ouviram vagamente falar a respeito. Tendo em vista que tal programa teve seu surgimento em 2004 é alarmante a desinformação e despreparo desses profissionais em conhecer tal programa que “tem como objetivo promover a cidadania e os direitos humanos da população LGBTTT”. (DÍAZ, 2012, p.56).

Logo, é de grande importância que os profissionais de Psicologia procurem formas de como melhor atender as pessoas dessa comunidade, e para além disso, procurar se atualizar e inteirar sobre as possíveis trajetórias de pessoas que não apresentam o padrão de gênero e sexualidade exigido na

atual sociedade, atuando de modo a auxiliar no autoconhecimento, na saúde emocional, comportamental e cognitiva do sujeito.

O objetivo deste trabalho é elucidar os enfrentamentos existentes que podem causar desafios ao profissional de Psicologia diante da comunidade LGBTQIA+. Traçando o histórico e o objetivo da Psicologia no país desde seu surgimento até os dias atuais, discutindo o fazer da profissão com a população LGBTQIA+, tendo em vista ser uma das populações que mais sofre pelo contexto social.

A reflexão e atualização acerca dos atendimentos voltados à comunidade LGBTQIA+ em concordância com a realidade em que cada um está inserido é urgente e de extrema importância, tendo em vista que tal realidade pode vir a findar a vida do sujeito se o mesmo não souber lidar com ela. Com o objetivo de atrair atenção para a saúde mental dessas pessoas, este artigo aponta como o surgimento da Psicologia no Brasil pode influenciar até hoje alguns profissionais na falta de preparo, olhar e acolhimento para esta comunidade em específico.

Este artigo foi construído a partir de pesquisa bibliográfica de acesso livre, juntando dados de acordo com nosso objetivo de pesquisa, que será melhor descrito a seguir.

2 MÉTODO

O presente artigo foi desenvolvido no período entre Fevereiro a Dezembro de 2021, por meio de uma revisão narrativa da literatura que tem por objetivo a descrição dos dados bibliográficos disponíveis (MARCONI; LAKATOS, 2003).

As buscas dos artigos e revistas ocorreram nas bases de dados SciELO, ERIC, Google Acadêmico, Portal CAPES; com autores como Marivete Gesser, Clarisse Cavalcante Kalume, Lucas Paoli Itaborahy entre outros, feita através dos descritores LGBT, Acolhimento psicológico para comunidade LGBT, surgimento da Psicologia no brasil, lutas LGBTs e artigos onde tais descritivos eram relacionados. Tal método foi escolhido por permitir a análise de conhecimentos e dados históricos sociais adquiridos por outras pessoas em pesquisas anteriores. Incluíram-se artigos através dos seguintes critérios: Artigos, revistas e livros disponíveis online e de livre acesso, redigidos no idioma português e publicados e indexados sem limitação de data.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

HISTÓRIA DA PSICOLOGIA NO BRASIL

O Brasil entre as décadas de 1950 e 1960 sonhava em modernizar a sociedade, e enxergava a Psicologia como uma dos caminhos que levariam o país a esse ponto. Para isso era preciso o poder que a elite brasileira, com o seu projeto de modernização, fosse capaz de oferecer reconhecimento, status e lugar social à profissão. Foi aí que a Psicologia ficou intimamente ligada à elite, pois somente essa classe tinha meios e se interessava pela instalação e desenvolvimento da profissão no país.

Durante essa época, a Psicologia foi usada como instrumento para a modernização social, pondo os seus saberes a serviço de um rendimento superior e testagem cognitiva dos alunos nas escolas e uma produtividade superior nas indústrias, sua tarefa era utilizar-se, mas do que se entendia por ciência no contexto social daqueles tempos, trazendo o uso de testes e técnicas com o intuito de instituir uma matriz de aprendizagem e conduta nas escolas e para selecionar o mais acertado trabalhador destinado ao serviço das fábricas (BOCK, 1999).

Possivelmente as condições que a Psicologia experienciou quando foi inserida no Brasil,pouco antes do golpe militar seguido da ditadura, onde a falta de democracia e consideráveis medidas autoritárias impostas, foi o suficiente para que a Psicologia se desprendesse do projeto da elite. Abriu-se espaço para as camadas sociais médias, como também espaço para discussões progressistas onde questões éticas e políticas eram citadas, onde a Psicologia também não ficou de fora, fazendo assim com que o compromisso com a elite se tornasse cada vez mais frágil.

Posteriormente, na década de 60, a Psicologia tomou outro caminho saindo do exclusivo serviço da elite e se voltando para as necessidades sociais de fato (BOCK, 2008). Muito embora tenha favorecido a elite e surgido no país em sua função, a Psicologia social desde o seu começo esteve comprometida com o âmbito das necessidades sociais sem distinção de classes.De acordo com Gama e Koda (2008), foi no fim dos anos de 1970 que se iniciou a participação de Psicólogos na saúde pública, no centro das transformações que aconteceram nas políticas públicas naquela época.

Desde sua regulamentação, até os dias atuais, a área clínica tem sido a de preferência pelos profissionais de Psicologia. É possível que isso ocorra porque a área possibilita maior autonomia de trabalho, ou talvez por existir uma semelhança com a profissão médica que é uma profissão liberal socialmente prestigiada em todos os lugares.

A Psicologia busca constantemente por atualizações visando à realidade deste país. Dentre tais atualizações e nos seus quase 60 anos como profissão no Brasil a Psicologia tem voltado seu olhar para mulheres, indígenas, negros, classes menos abastadas, e/ou LGBTQIA+ tentando levar em consideração a realidade social, econômica e ética da maioria da população que é minoria em direitos e cuidados, senda esta última comunidade o enfoque deste artigo.

HOMOFOBIA, FUNDAMENTALISMO RELIGIOSO E PSICOLOGIA

O Brasil é classificado como um dos países que mais mata LGBTQIA+ no mundo, em especial transexuais, sendo uma pessoa trans assassinada aproximadamente a cada 26 horas, de acordo com a Rede Trans Brasil, ocupando o primeiro lugar da lista por 13 anos como sendo o país que mais mata transexuais. Contudo, para entender o motivo de tal condição e como isso acaba afetando toda uma sociedade e não somente esta minoria é preciso se fazer um resgate histórico.

O primeiro caso de morte por homofobia que se tem registrado no Brasil é datado de 1614, logo após a chegada dos franceses no Maranhão e ocorreu contra o índio Tibira (tibira é uma expressão em Tupi usada entre os índios para se referir a pessoa homossexual). O nativo foi pego após ter fugido ao saber que seus semelhantes estavam sendo caçados sob a justificativa de "purificar a terra de suas maldades por meio da santidade do Evangelho, da candura, da pureza e da clareza da religião Católica Apostólica Romana". Ao ser apanhado foi forçado a se batizar a fim de que sua alma fosse salva, e logo após exposto em praça pública a fim de servir como exemplo a indígenas e franceses que assistiram seu corpo ser preso em um canhão e executado por meio dele.

Com esse fato, podemos observar a influência religiosa sobre o ato da LGBTfobia, tendo em vista que todo ato documentado foi fundado em ensinamentos religiosos e desde então vem sendo perpetuado ao longo dos anos a fim de diminuir, constranger e invalidar quem se identifica como parte desta comunidade.

Ainda que seja um antigo relato histórico percebemos o quão precoce é o preconceito contra pessoas homossexuais e transexuais, até mesmo presente na área de saúde, como foi observado dentro de hospitais psiquiátricos. Terapias de choque além de terapia hormonal, tratamentos cirúrgicos a fim de atingir o aparelho sexual e reprodutivo do sujeito, na tentativa de reverter a não-heterossexualidade ou expressão de gênero. É frisado por Silva (2007) que na década de 80 durante a epidemia da AIDS e HIV as "terapias de conversão" foram reforçadas como também entendidas como "castigo divino" para homossexuais.

Com a homossexualidade sendo definida como pecado, grupos religiosos introduziram e diversificaram estratégias para “tratamento” da homossexualidade com fundamentos de matriz religiosa, como o uso de exorcismos e terapias grupais de mútua-ajuda, a exemplo a criaçãodo grupo de “Homossexuais Anônimos” baseado na mesma linha do “Alcoólicos Anônimos" como é dito por Haldeman (2002). Essas terapias, foram boa parte das vezes disseminadas e executadas por pessoas que se auto intitulavam “ex-gays" ou “ex-homossexuais”, usando disso para tentar mostrar a eficácia de tais terapias.

Ao longo dos anos com o avançar dos estudos científicos, dos direitos humanos e da busca por políticas públicas tais terapias conversivas mais agressivas foram sendo desacreditadas e descontinuadas, porém, ainda assim a ideia de “reverter” e “curar” a homossexualidade ainda se perpetua e resiste até dias atuais.

Neste sentido, em 1976 é fundada nos EUA a ExodusInternacional, organização desenvolvida em diversos contextos religiosos, principalmente cristãos, que se tornaria o maior ministério de “ex-gays” nos EUA e uma das maiores do mundo (SILVA, 2007). Nesta a ideia de que a não heterossexualidade fosse uma escolha se perpetuou e ganhou ainda mais força quando profissionais da psicologia se juntaram a organização, garantindo que tal condição poderia ser mudada.

Com tamanha disseminação, tal grupo chegou ao Brasil em 1988 tendo como responsável pela introdução no país Rozangela Justino, líder desse movimento, psicóloga e evangélica. Dez anos depois, e 1998 houve o “lll Encontro Cristão sobre Homossexualismo” ofertado pela Exodus Brasil, que foi o gatilho para se iniciar um conflito. O evento foi denunciado à secretaria nacional de direitos humanos e ao CFP que em resposta criaram a famosa resolução nº01/1999 com isso o Brasil foi o primeiro país a banir a “cura gay”.

HISTÓRIA DAS LUTAS LGBTQIA+ NO BRASIL

Primeiramente é importante colocar seu significado e a quem a sigla LGBTQIA+ contempla. No decorrer dos anos, essa sigla tem passado por diversas mudanças desde GLS (Gays, lésbicas e simpatizantes), a primeira a se tornar conhecida e que logo ficou obsoleta, pois “simpatizantes” englobava qualquer pessoa, inclusive heterossexuais, e isso apagaria o protagonismo da comunidade. Em seguida, a sigla GLBT (Gays, Lésbicas, bissexuais e trangêneros) foi adotada até que por pressão de mulheres que sofriam pela invisibilidade na comunidade e por desigualdade de gênero a sigla foi modificada para LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais). LGBT é comumente usado por

organizações internacionais e até dentro da própria comunidade, algumas outras organizações costumam usar LGBT ou LGBTT, e nos últimos anos têm sido adicionado sinal de "+" para englobar qualquer pessoa que não se sentisse representado ou pertencente a essas identidades de gênero.

Outras letras foram introduzidas para compor a sigla e assim esta se tornou mais diversa, sendo a versão mais recente e completa LGBTPQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Pansexuais, Queer, Interssexuais, Assexuados e + para quem não se sentir representado pelas outras letras). Neste artigo utilizaremos o termo LGBTQIA+ por termos mais familiaridade com o uso cotidiano.

Além das letras, no Brasil, o movimento por direitos surgiu no final da década de 1970, período de ditadura militar marcado pela falta de liberdade em todos os contextos existentes. Diante desse momento, a oposição que mais teve voz foi a dos artistas, que com toda sua luta, buscou maior visibilidade para a homossexualidade.

Segundo Simões e Facchini (2009), as mobilizações políticas em defesa da homossexualidade tiveram como referência no começo o surgimento das primeiras organizações, como o movimento homossexual "Somos", um grupo de afirmação homossexual de São Paulo, como também o surgimento do jornal "Lampião da Esquina", onde suas edições, feitas no Rio de Janeiro, tratavam homossexualidade de maneira diferente, instigando reflexões sobre como a pessoa se sujeitaria a encaixar-se nos enquadres da sociedade extremamente sexista, mostrando que o movimento homossexual além de reformista era revolucionário.

Entretanto, devido ao momento histórico em que tudo se iniciou, foi certa a censura e represália que o grupo sofreu do governo militar, que juntamente à falta de apoio financeiro e as divergências ocorridas dentro do movimento, acabaram por enfraquecê-lo, sendo diretamente ligado a extinção do jornal Lampião de Esquina. Este, desde o início, foi um grande suporte para a conscientização da população sobre a existência e humanidade da comunidade LGBTQIA+. Na década de 80, o movimento sofreu novo ataque decorrente ao preconceito, ao ser diretamente ligado ao surgimento da AIDS (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

Ainda segundo os autores, a AIDS, sendo também chamada de "doença gay, peste gay ou câncer gay", pela imprensa e em larga escala na sociedade, reforçou tamanha represália que já sofria por também ser considerado um transtorno mental, referindo ao termo como "homossexualismo". Tudo isso motivou em 1981 um grupo LGBT da Bahia a dar início a uma campanha de nível nacional afim da

despatologização da homossexualidade, atingindo o êxito somente em 1985 quando foi oficialmente retirado o termo da lista internacional de doenças.

Outra grande conquistas foi a utilização do termo “orientação sexual” ao invés de “opção sexual”. Usar “orientação” afirmava o que o movimento tentava trazer, reiterava que não se trata de uma determinação, condição e nem escolha. O termo foi reivindicado em 1981 e foi sendo cada vez mais aderido tanto na literatura quanto no senso comum, além de ter se tornado pauta de todo movimento e ter sido inserido nas legislações de vários municípios e estados. (VIANNA; LACERDA, 2004).

Ainda no mesmo ano, um grupo lésbico fundou o jornal “Chana com Chana”, que foi comercializado dentro de um bar, seu surgimento e ascensão foram consideráveis até o grupo ser expulso e o jornal impedido pelos donos do bar de circular no local por não querer tal imagem associada ao estabelecimento. Tal ação deu início a um ato político de tamanha proporção, que ficou conhecido por “Stonewall Brasileiro”. Tal ato ficou marcado na história da comunidade LGBTQIA+ brasileira, de modo que anualmente em 19 de agosto, data de seu acontecimento, é comemorado o dia do orgulho lésbico.

Na década seguinte o movimento adquiriu um formato mais institucionalizado, sendo financiado por programas de combate a DST e AIDS. Simões e Facchini (2009) constatam que a ampliação da rede do movimento pode ser atribuída à entrada de ativistas LGBTQIA+ em partidos políticos dando vazão a criação de setores exclusivos para a comunidade em alguns deles. Logo após essa década o movimento vem ganhando cada vez mais força e alcançando novas conquistas.

O FAZER DA PSICOLOGIA PARA COM A POPULAÇÃO LGBTQIA+

Podemos observar que, historicamente, a população LGBTQIA+ passou por intensas situações de preconceito. Foram muitas lutas e lutos. Com tudo isso percebemos a relevância de um profissional que acolha e não reproduza a discriminação e violência. Sabemos que ser profissional de Psicologia não o isenta de ter seus valores, preconceitos, conceitos e crenças, mas é importante buscar trabalho pessoal, conhecimento das resoluções da Psicologia sobre a temática e do código de ética. Essas questões visam minimizar ou até evitar uma piora do sujeito que busca atendimento psicológico.

Sanders (1994), em sua obra fala da importância a respeito de alguns cuidados que psicoterapeutas devem tomar frente ao público LGBTQIA+. Ele diz que esses sujeitos precisam de apoio para reelaborar a negatividade de sua homossexualidade e ser ajudados a refletir de maneira positiva a respeito de

suas experiências homoafetivas, além de demandar que esses sujeitos externalizem seu sentimento por sofrer homofobia, o como se sentem diante da realidade preconceituosa.

Um grande cuidado a ser tomado em um atendimento com a população LGBTQIA+ é o ato de enrijecer o sujeito a um único traço característico sendo ele sua sexualidade ou identidade de gênero, tendo em vista que isso já pode ser uma prática do sujeito a fim de encontrar o seu self, que acaba por cristalizar um pedaço de sua personalidade e o pôr em evidência sobre todos os outros, impedindo a aparição dos demais traços em seus devidos momentos (Gibson, 1998).

Vale lembrar que em um processo terapêutico, o psicólogo jamais deve intervir como se o cliente possuísse uma identidade rígida e imutável, independente de sua expressão sexual ou de gênero, mas sim ajudar o mesmo na sua própria liberdade de ser, na descoberta de um mundo de possibilidades e dando ao sujeito a chance de alcançar novas configurações de si mesmo.

O terapeuta deve atentar para o uso da linguagem heteronormativa, assim como estar atento as suas questões sobre sexismo, homofobia, transfobia, etc. Muitas vezes expressões corporais e linguísticas perpetuam o preconceito.

Castañeda (2007) frisa que o terapeuta não deve tratar o cliente como se ele não fosse homossexual, ou segmentar áreas da vida do cliente de tal modo a limitar essa homossexualidade somente à relação sexual. Para ela, o terapeuta precisa se manter constantemente atualizado a respeito das questões sociais e crescimento cultural que se atualizam sobre a homossexualidade, seus direitos, e o que a legislação aborda nesse assunto.

O CFP, órgão que orienta, fiscaliza e regulamenta o exercício da Psicologia no Brasil, por meio de resoluções, determina o que cabe ou não ao profissional diante de determinadas demandas. Visto isso, a resolução do CFP nº 01, lançada dia 22 de março de 1999, orienta a atuação do psicólogo quanto às pessoas não heterossexuais em aspectos tais como: não contribuir com a patologização da homossexualidade ou orientar homossexuais a tratamentos não solicitados e serviços que ofereçam o tratamento e cura da sua sexualidade; estar disponível para compartilhar seu conhecimento e gerar reflexão sobre preconceito e desaparecimento de discriminação contra a comunidade LGBTQIA+.

Infelizmente é de se esperar que mesmo com a fiscalização dos CRPs, alguns profissionais passem despercebidos quanto aos seus métodos em determinadas demandas. Como já referido no início deste trabalho, estar inserido numa sociedade em sua grandiosa maioria conservadora, acaba por não somente afetar os que fogem do padrão exigido, como também influenciar pensamentos e atitudes

dos demais sobre as minorias.Mesmo já havendo uma regulamentação que proíbe tais atos, como já citado anteriormente, em 2013 foi denunciado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB) um movimento de profissionais ligados a grupos religiosos que tinham como intuito promover a “cura” ou “reversão” de sexualidades que diferem da hetero, orientados mais por pressupostos religiosos do que por ciência psicológica de fato.

Em janeiro de 2018 foi lançada outra resolução muito importante para a comunidade, principalmente transexuais e travestis, a Resolução nº 01/2018, que se manteve sobre 3 pilares principais: a transfobia que precisa ser enfrentada; as transexualidades e travestilidades não são patologias; e as identidades de gênero são auto declaratórias.

Os profissionais que não se sentem aptos para lidar com a demanda LGBTQIA+ podem procurar auxílio de especialistas para que seja disponibilizado tal preparo ou optar por não atender essa população. Também é importante que os profissionais da Psicologia possam se inteirar sobre as possíveis trajetórias de pessoas que não apresentam o padrão de gênero e sexualidade exigido na atual sociedade, dessa forma, uma trabalho mais produtivo e ético se dá.

Nesse sentido informativo deixamos sugestão de material originalmente publicado em inglês pela American Psychological Association, que foi traduzido por Ramiro Figueiredo Catelan e Angelo Brandelli Costa e disponibilizado pelo Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul: “Diretrizes para praticas psicológicas com pessoas trans e em não-conformidade de gênero” (link: http://bit.ly/2jcF7l8).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto neste trabalho percebemos a relevância de discutir essa temática na profissão de Psicologia. A construção de saberes, por parte dos profissionais, possibilita um melhor acolhimento a população, assim como promoção de palestras em diversos espaços sociais e institucionais. Isso promoveria conhecimento da população sobre a temática e possibilitaria repensar discriminação e preconceito.

O trabalho também possibilitou detectar inadequações quanto ao exercício da profissão em questão de atuação perante à comunidade LGBTQIA+. Percebemos uma preferência dos profissionais pela área clínica, mas em todas as áreas cabe o saber/fazer pautado nas resoluções e código de ética. Em todas as áreas é relevante a preparação, treinamento, estudo, responsabilidade e amadurecimento profissional.

Este trabalho tem o intuito de causar reflexão ao leitor sobre terapia e acolhimento para todos, como também problematizar a respeito da falta de preparo de profissionais, tendo em vista que é um assunto muito atual e discutido em diversas áreas de saúde.

Diante do exposto ficam nossas considerações sobre a importância de mais estudos sobre essa temática no intuito de aprofundar a discussão e efetivação de melhores ações. Esperamos que a Psicologia sempre possa promover bem estar às pessoas nos diversos âmbitos, e que, portanto, reflexões sobre essa temática possam retratar o luto como verbo.

REFERÊNCIAS

A Relação entre Psicologia, Gênero e Religião.Conselho Regional de Psicologia do Paraná(CRP-PR), 2015. Disponível em: <https://crppr.org.br/a-relacao-entre-psicologia-genero-e-religiao/>. Acesso em: 16 mar. 2022.

BOCK, A. M. B. Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia, 13. Ed. São Paulo: Ebe Christina Spadaccini, 1999.

BOCK, A. M. B. O compromisso social da Psicologia: contribuições da perspectiva Sócio- Histórica. Aracaju: 2008.

CASTAÑEDA, M. A experiência homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas. São Paulo: A Girafa, 2007.

Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP no 001/1999 de 22 de março de 1999 – "Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual". Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf>. Acesso em 25 nov. 2021.

Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP no 001/2018 de 29 de janeiro de 2018 – Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>. Acesso em 25 nov. 2021.

DÍAZ, G. A. (2012). Sexualidade(s): concepções de psicólogos/as de unidades básicas de saúde de Florianópolis. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis, SC.

GAMA, C. A. P.; KODA, Mirna Yamazato. Psicologia Comunitária e Programa de Saúde da Família: Relato de uma Experiência de Estágio. São Paulo: 2008.

GIBSON, M. G. Clínica da perturbação – abordagem transdisciplinar. Revista do Departamento de Psicologia da UFF, 1998.

HALDEMAN, D. C. Therapeutic antidotes: Helping gay and bisexual men recover from conversion therapies. Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, 5(3/4), 119-132. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1300/J236v05n03_08>. Acesso em: 16 mar. 2022.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo. ATLAS: 2003.

REDE NACIONAL DE PESSOAS TRANS DO BRASIL (REDE TRANS BRASIL). Monitoramento: Assassinatos, Suicídios e Mortes Brutais de Pessoas Trans no Brasil. Dossiê. Disponível em: <http://redetransbrasil.org.br/dossie/>. Acesso em: 16 mar. 2022.

SANDERS, G. L. O amor que ousa declarar seu nome: do segredo à revelação nas afiliações de gays e lésbicas. In: E. Imber-Black (org.). Os segredos na família e na terapia familiar. Tradução de Denise Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SILVA, A. Homossexualidade e discriminação: O preconceito sexual internalizado (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2007.

SIMÕES, J. A.; FACCHINI, R. Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

VIANNA, A. R. B.; LACERDA, P. Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual. Rio de Janeiro: CLAM/IMS, 2004.

Capítulo 17

10.37423/220505873

ESTRESSE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DORES ARTICULARES EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Andresa Rayane Marques de Lima — *Universidade Federal Rural do Semi-árido*

André Duarte Lucena — *Universidade Federal Rural do Semi-árido*

Fabrícia Nascimento de Oliveira — *Universidade Federal Rural do Semi-árido*

Resumo: Durante a pandemia da Covid-19, algumas atividades classificadas como essenciais permaneceram funcionando por serem consideradas indispensáveis ao atendimento das necessidades da população, entre elas podemos citar a assistência à saúde incluindo os serviços médicos e hospitalares. Nesse contexto, os profissionais da área da saúde tiveram sua rotina alterada para atender mais pacientes podendo gerar prejuízos físicos, emocionais e psíquicos na vida desses trabalhadores. Esta pesquisa teve como objetivo identificar problemas de estresse, ansiedade, depressão e dores articulares nos profissionais da saúde no contexto da pandemia da Covid-19. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário com o intuito de compreender o contexto atual no ponto de vista desses profissionais. O questionário foi construído a partir de questões retiradas do questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares e da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). A amostragem por conveniência correspondeu a 27 respondentes e as respostas dos participantes foram dadas em uma escala de 0 a 3, onde o escore variava de “normal” a “muito grave”. Os dados revelam que os profissionais manifestaram ter dores e incapacidades decorrentes dessas dores, principalmente na região dorsal, lombar, punhos e mãos. Ainda, alguns dos profissionais relataram sofrer de estresse, ansiedade e depressão, porém não foi possível nesse estudo indicar correlação entre as dores articulares e os problemas de estresse, ansiedade e depressão. Diante disso, é necessária uma atenção com a saúde desses profissionais, onde é preciso criar estratégias que amenizem esses problemas que afetam significativamente a vida desses trabalhadores.

Palavras-chave: Serviços de saúde, Covid-19, Ergonomia cognitiva.

1. INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19 alterou de modo significativo a demanda nos serviços médicos e hospitalares causando um aumento da jornada de trabalho dos profissionais de saúde e consequentemente ocorreu um agravamento dos problemas psicofísico-emocionais destes, despertando sentimentos e sensações, como, medo, pânico e desânimo no ambiente dos hospitais e unidades de saúde, principalmente nos setores onde os profissionais atuaram na linha de frente no combate ao vírus da Sars-CoV-2.

Os profissionais dos serviços de saúde sofreram grande pressão, pois precisavam cuidar de pacientes infectados, aumentando o grau de exposição e o risco de se contaminar pela doença. Além de temerem ao contágio, esses profissionais tiveram maior proximidade com o elevado número de casos e mortes de pacientes, colegas de trabalho, amigos e familiares, acarretando ansiedade, estresse e depressão que podem alterar significativamente o bem-estar pessoal e vida profissional (LAI et al., 2020).

De acordo com os resultados da pesquisa realizada em todo o território nacional pela Fiocruz (2021), a pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% dos trabalhadores da saúde. A pesquisa detectou graves e prejudiciais consequências à saúde mental daqueles que atuaram na assistência aos pacientes infectados, marcados pela dor, sofrimento e tristeza, com fortes sinais de esgotamento físico e mental.

Segundo a pesquisa, as alterações mais comuns em seu cotidiano, citadas pelos profissionais, foram perturbação do sono, irritabilidade, choro frequente, incapacidade de relaxar, estresse, dificuldade de concentração ou pensamento lento, perda de satisfação na carreira ou na vida, tristeza, perda de apatia, sensação negativa do futuro, pensamento negativo, pensamento suicida, alteração no apetite e alteração do peso (FIOCRUZ, 2021).

Para Rolin Neto (2020), as consequências psicológicas negativas nos profissionais de linha de frente justificavam-se por exaustão mental, carga horária extenuante, pouco contato com a família, pressão, ônus da mídia, falta de informações, frustração na perda de vidas, além do alto risco de contaminação. Atrelado a isso, existiam o sentimento de medo perante a situação vivenciada que podem gerar maiores danos por meio da depressão, ansiedade, insônia e estresse.

Estudos buscando entender os aspectos físicos, emocionais e psíquicos em profissionais de saúde atuantes no combate a pandemia do novo coronavírus e identificar os principais problemas de saúde

mental entre esses profissionais foram objeto de várias pesquisas, tais como os trabalhos conduzidos por Oliveira et al. (2020), Prado et al. (2020), Teixeira et al. (2020), Ribeiro et al. (2020), Bezerra et al. (2020), Barbosa et al. (2020), Souza Júnior et al. (2020), Dantas (2021), Pereira et al. (2021), Rocha et al. (2021), Santos et al. (2021) e Fenzke et al. (2021).

Embora existam pesquisas que abordam essa temática, todavia como se trata de um assunto novo, ainda existem muitos questionamentos que precisam ser respondidos e lacunas que necessitam ser preenchidas, principalmente relacionadas as dores articulares que foi pouco estudada nos trabalhos pesquisados. Logo, buscou-se nesse estudo identificar os problemas de estresse, ansiedade, depressão e dores articulares nos profissionais da saúde no contexto da pandemia da Covid-19.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ERGONOMIA

Ergonomia pode ser definida como o estudo das relações entre o homem e seu ambiente de trabalho, considerando fatores como o ambiente, fatores humanos, tecnologia, organização do trabalho, entre outros, objetivando manter o conforto e bem-estar físico e psicossocial do profissional. A norma regulamentadora brasileira de nº 17 (NR-17) rege tais princípios, estabelecendo parâmetros que norteiam a adaptação das condições de trabalho incluindo aspectos relacionados ao transporte e levantamento de carga, os mobiliários e equipamentos, adequando-os às demandas psicológicas e fisiológicas do trabalhador, com vistas a proporcionar conforto e segurança (ALVES et al., 2010).

No contexto atual, em meio a uma pandemia que atingiu o mundo de forma global, diversos conflitos surgiram no ambiente de trabalho necessitando observar as condições laborais dos trabalhadores, especialmente dos profissionais de saúde que ficaram na linha de frente, expostos a uma sobrecarga de trabalho que podem afetar os aspectos físicos e psicológicos desses colaboradores. Diante disso, é perceptível uma exigência maior, tanto física como psicológica dos envolvidos no combate da proliferação da doença, apresentando diversos problemas na saúde do trabalhador, como, cansaço físico, fadiga, transtornos psicológicos, risco de contaminação e casos extremos que resultam até a morte (REDE COVIDA – CIÊNCIA, INFORMAÇÃO E SOLIDARIEDADE, 2020).

Os profissionais da saúde estão submetidos a jornada de trabalho prolongada, em regime de plantão no ambiente hospitalar, e exigência de posturas inadequadas em algumas funções, como o profissional de enfermagem, que na área da saúde, é a classe profissional que mais se relaciona com o paciente,

uma vez que realiza grande parte dos procedimentos à beira do leito, podendo gerar maior risco de lesões na coluna durante a atividade laboral (VIEIRA; ALCÂNTARA, 2013; MAURO, 2010).

Os profissionais que não recebem uma orientação sobre os princípios ergonômicos estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças relacionadas ao ofício como: estresse, fadiga, exaustão cognitiva e desenvolvimento de agravos à saúde. Com isso, a diminuição dos riscos ergonômicos à saúde do trabalhador está em grande parte, relacionada com a disponibilidade dos profissionais em colocar em prática todos os cuidados e medidas de proteção, entendendo a importância das mesmas para sua própria saúde (SILVA, 2010).

Nesse sentido, surge a necessidade de buscar formas de tratar tais problemas visando amenizar as consequências desse contexto de pandemia nas vidas desses profissionais, onde é preciso levantar um estudo sobre o estado emocional e bem-estar dos profissionais de saúde, levando em consideração a questão das condições do ambiente de trabalho, observando as relações interpessoais e a saúde do trabalhador, de forma a diminuir o estresse e a tensão física e psicológica dos profissionais de saúde (DU et al., 2020).

Em um contexto específico de trabalho é importante observar as condições oferecidas aos profissionais para exercer a sua função, observando o desenvolvimento do trabalho na busca de criar estratégias que solucionem os problemas que prejudicam a saúde do trabalhador, como, o esforço repetitivo responsável por causar diversas patologias e que prejudicam o desenvolvimento e rendimento da organização. É nesse contexto que a ergonomia surge como uma ciência que visa estudar as adaptações necessárias nos postos de trabalho de um determinado ambiente profissional, visando uma melhor qualidade de vida do indivíduo, como também obter melhores resultados da atividade laboral (IIDA, 2016).

Sendo assim, a aplicação da ergonomia gera benefícios para ambas as partes, tanto para os colaboradores, amenizando as dores e as queixas no exercício de suas funções laborais, como para as instituições, diminuindo os acidentes de trabalho, riscos de lesões, absenteísmo e rendimento no trabalho (MÁSCULO; VIDAL, 2011).

No entanto, diante do contexto pandêmico, evidenciou-se uma grande tensão no setor da saúde onde os profissionais sofreram consequências no seu estado físico, emocional e psicológico, como também, no exercício das suas funções. Assim, os aspectos ergonômicos se tornam essenciais no desenvolvimento no ambiente hospitalar e unidades de saúde, visto que os profissionais exerciam de forma intensificada as atividades no enfrentamento do coronavírus, principalmente os médicos e

profissionais da enfermagem sendo responsáveis pelos procedimentos intensivos ao paciente contaminado, se colocando potencialmente no ambiente de risco (REDE COVIDA – CIÊNCIA, INFORMAÇÃO E SOLIDARIEDADE, 2020).

No âmbito dos estudos da psicologia do trabalho, um dos principais pontos a ser observado na aplicabilidade da ergonomia é a carga de trabalho, onde para Wisner (1997), é importante entender a concepção de carga de trabalho em três aspectos: físico, cognitivo e psíquico. Essa questão se torna bem mais relevante no setor da saúde no contexto da pandemia, devido ao aumento da demanda e dos esforços profissionais.

Com isso, há um crescimento de afastamentos por problemas de saúde, aumentando os custos da instituição e diminuição a qualidade de vida do profissional, onde a ergonomia tem o propósito de amenizar esses problemas e melhorar o ambiente de trabalho, no que concerne aos equipamentos e condições de trabalho, como também, a contratação de profissionais para aplicar procedimentos ergonômicos de acordo com as necessidades, como educadores físicos, fisioterapeutas, médicos ocupacionais, psicólogos, onde os mesmos precisam entender que o trabalhador não é visto como uma máquina, e que precisa-se criar estratégias que auxiliem e compatibilizar o ambiente de trabalho com limitações e necessidades do trabalhador. Para Oliveira (1999) a ergonomia compõe-se de atividades complexas e interdisciplinares e procura compreender as situações do trabalho para promover a transformação do processo produtivo, proporcionando o mais importante aos trabalhadores.

Assim, diante da necessidade de adaptar o ambiente de trabalho ao trabalhador, observa-se a importância de implementar mudanças nos ambientes laborais dos profissionais da saúde, evitando problemas de saúde e prejuízos físicos, psicológicos e emocionais.

2.2 ESTRESSE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DORES ARTICULARES EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os danos à saúde física do trabalhador geralmente são causados por Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho (DORT) e Lesões por esforço repetitivo (LER), os quais causam dores, fadigas, parestesias, sensação de peso, limitações de movimentos e incapacidade laboral, fatores responsáveis pelos afastamentos do trabalho (BRASIL, 2012). Nesse contexto, no seu cotidiano, os profissionais de enfermagem ultrapassam seus limites físicos e emocionais trabalhando diariamente com cuidados dos pacientes, e desempenhando atividades exaustivas nas quais na maior parte do tempo em pé, e com

equipamentos do ponto de vista ergonômico inadequados, causando danos à sua saúde e qualidade de vida.

Além disso, os profissionais de saúde precisam lidar com a desvalorização da categoria, onde precisam assumir dupla ou tripla jornada de trabalho na busca de complementar sua renda, visto que não há uma valorização e remuneração justa da sua atividade laboral, comprometendo seu desempenho funcional, e a sua saúde física e mental. Sendo assim, exercem seu trabalho sem motivação e estímulo, com más condições de trabalho, baixos rendimentos, e uma pressão psicológica que causam distúrbios como estresses ocupacionais, ansiedade, depressão e traumas emocionais no trabalho, como a Síndrome de Burnout (SB), a qual consiste em uma síndrome do esgotamento profissional ou estafa, caracterizada como uma síndrome psicossocial que ocorre em resposta aos estressores ocupacionais severos presentes no trabalho (MACHADO; PORTO-MARTINS, 2013).

O grande desafio no tocante aos problemas de cunho psicoemocionais dos trabalhadores é a dificuldade no diagnóstico e a comprovação do ambiente de trabalho como principal fator causador do sofrimento detectado, ou seja, se tal problema de saúde psíquico e/ou emocional está relacionado ao trabalho. Quando se constata um acidente de trabalho se tem facilidade de identificar as causas e os danos provocados no exercício do trabalho, porém, em se tratando de doenças ocupacionais, nem sempre é possível ser comprovado objetivamente as causas como sendo referente ao trabalho, dificultando o amparo legal a esse funcionário (DELEGADO, 2007).

Dentre as doenças mais recorrentes na população contemporânea, está a ansiedade, o estresse e a depressão, sentimentos comuns dependendo do estado emocional do indivíduo. A ansiedade é um fenômeno até certo ponto normal e inerente ao ser humano, porém, quando está ligada ao medo e pânico excessivo de forma a afetar o seu cotidiano pode ser considerado um distúrbio patológico, apresentando sintomas tanto emocionais, quanto físicos, como fadiga, falta de concentração, irritabilidade, tensão muscular, e insônia, pode prejudicar sua rotina e seu desempenho funcional, é preciso de um tratamento psicoterapêuticos. No contexto da pandemia da COVID-19 ocorreu um agravamento dos transtornos de ansiedade entre os profissionais de saúde (PEREIRA et al., 2021).

O estresse ocupacional, consiste em um processo relacionado com os aspectos cognitivos, emocionais e motivacionais do indivíduo, ou seja, pode ser causado por a demanda excessiva de trabalho, exigências e pressões psicológicas para concluir atividades ocupacionais, tensões nas relações de trabalho que forcem a tomada de decisões e as habilidades intelectuais (BARBOSA et al., 2020).

No que diz respeito a depressão, é um distúrbios mais complexo devido o aspecto emocional ser inconstantes, de modo a afetar a concentração e a visão de mundo se configurando de forma negativamente, um sentimento de tristeza que pode se agravar ao ponto do sujeito de maneira que possibilite pensamento relativos ao extremo, como o suicídio, por isso, necessita-se de uma atenção especial pois nem sempre o indivíduo expressa de forma clara o seu pedido de socorro, dificultando assim o seu diagnóstico e a busca do tratamento específico. Devido as sucessivas ondas recentes da pandemia do Covid-19, os profissionais da saúde sofreram impactos psicológicos e ocupacionais agravando os problemas de depressão e ansiedade (SANTOS et al., 2021).

No contexto da pandemia da Covid-19, a ansiedade, o estresse e a depressão se intensificou entre os profissionais de saúde devido a tensão psicológica, ao atendimento de milhares de casos suspeitos e ao contato com pacientes infectados, vivenciando diariamente o medo, e o pânico dos riscos de contaminação como também de contaminarem seus entes queridos, dentre outros fatores (LAI et al., 2020).

Em se tratando de uma pandemia, onde a tensão psicológica e emocional está presente no dia a dia das pessoas como um todo, no âmbito da saúde, está cada vez mais acentuada os casos de surtos psicológicos e emocionais dos profissionais chegando à exaustão física nos momentos de pico de contaminação pelo coronavírus, aumentando a demanda hospitalar e do risco de morte desses pacientes (PRADO et al., 2020).

Segundo Schmidt et al. (2020), fora a população geral, profissionais da saúde também costumam experimentar estressores no contexto de pandemias, a saber: risco aumentado de ser infectado, adoecer e morrer; possibilidade de inadvertidamente infectar outras pessoas; sobrecarga e fadiga; exposição a mortes em larga escala; frustração por não conseguir salvar vidas, apesar dos esforços; ameaças e agressões propriamente ditas, perpetradas por pessoas que buscam atendimento e não podem ser acolhidas pela limitação de recursos; e, afastamento da família e dos amigos. Além disso, ainda teve a questão do isolamento social, onde dificultou o apoio e o atendimento psicológico desses profissionais, como também, proporcionou o contato restrito com seus familiares visando não colocar sua família em risco do contágio pelo Covid-19.

Além dos fatores psicoemocionais, o sistema musculoesquelético desses profissionais pode ser comprometidos e apresentar dores nas articulações. As dores físicas na maioria dos casos, são detectadas mais facilmente devido os sintomas patológicos, os quais são causados por atividades

repetitivas, acidentes de trabalho, exaustão da carga horária e serviços que exigem mais do profissional além das suas limitações.

3. METODOLOGIA

Quanto a classificação da pesquisa esta é exploratória, descritiva, aplicada, qualitativa, quantitativa e estudo de caso. Quanto ao propósito da pesquisa é classificado de cunho exploratório pois tratou-se de levantamento de dados para se obter resposta a respeito dos principais problemas de saúde psíquicos e emocionais no âmbito da saúde, e uma pesquisa descritiva com o objetivo de descrever as principais queixas de dores físicas e o estado emocional dos profissionais que atuam na saúde, de forma a compreender quais fatores influenciam no seu trabalho e na sua vida pessoal. Com esse tipo de pesquisa, o pesquisador pode estabelecer relações entre as variáveis, podendo ir além da identificação da existência de relações entre as variáveis (GIL, 2002).

A natureza desse estudo é aplicada, uma vez que são observados os objetivos como geração de conhecimento para aplicação prática e imediata apontadas aos interesses do setor da saúde. Quanto a abordagem do problema, a pesquisa tanto é quantitativa como qualitativa, uma vez que descreve as respostas, bem como a qualidade da natureza do estudo e os valores numéricos obtidos (GIL, 2002).

Já em relação os procedimentos técnicos, a classificação da pesquisa se dá por estudo de caso conduzido em um hospital público localizado em uma cidade de pequeno porte do interior do Oeste Potiguar em que se pretende entender os problemas de estresse, ansiedade, depressão e dores articulares no contexto da pandemia da Covid-19 dos profissionais de saúde que atuaram no enfrentamento ao combate do coronavírus.

Para coleta de dados aplicou-se um questionário através do *Google Forms*, no intuito de entender os aspectos da carga física e emocional de profissionais da saúde durante a pandemia. O questionário foi construído a partir de questões retiradas do questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) proposto por Kuorinka (1987) e da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) formulado por Lovibond e Lovibond (1995). As questões retiradas do QNSO serviram para identificar as principais dores apresentadas pelos entrevistados, e os questionamentos da EADS buscou analisar os níveis dos fatores emocionais dos entrevistados.

A amostragem por conveniência correspondeu a 27 entrevistados que participaram do estudo respondendo o questionário de forma *online* no período de abril a maio de 2021. As respostas dos participantes foram dadas em uma escala de 0 a 3, onde o escore variou de “normal” a “muito grave”.

As questões da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress trata-se de três constructos, sendo eles: estresse, ansiedade e depressão, cada um com 7 perguntas, totalizando 21 questões.

O constructo estresse continha questionamentos para saber se o profissional teve dificuldades de se acalmar durante a realização dos atendimentos, se teve tendência a reagir em demasia em determinadas situações, se sentiu que estava a utilizar muita energia nervosa, se ficou agitado, se sentiu dificuldade em relaxar, se esteve intolerante em relação a qualquer coisa que impedisse de terminar aquilo que estava a fazer e se sentiu que por vezes estava sensível.

O constructo ansiedade buscou obter informações para identificar se o entrevistado sentiu que a boca ficou seca durante a jornada de trabalho, se em alguns momentos teve dificuldade de respirar, se sentiu tremores (por ex., nas mãos), se preocupou com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula, se sentiu quase a entrar em pânico, se sentiu alterações no coração sem fazer exercício físico e se sentiu assustado sem ter tido uma boa razão para isso.

O constructo depressão tratava-se de perguntas para sondar se o profissional da saúde no contexto pandêmico não teve nenhum sentimento positivo, não conseguiu ter iniciativa para fazer as coisas, sentiu-se que não tinha nada a esperar do futuro, sentiu-se desanimado e melancólico, não foi capaz de ter entusiasmo por nada, sentiu-se que não tinha muito valor como pessoa e sentiu-se que a vida não tinha sentido.

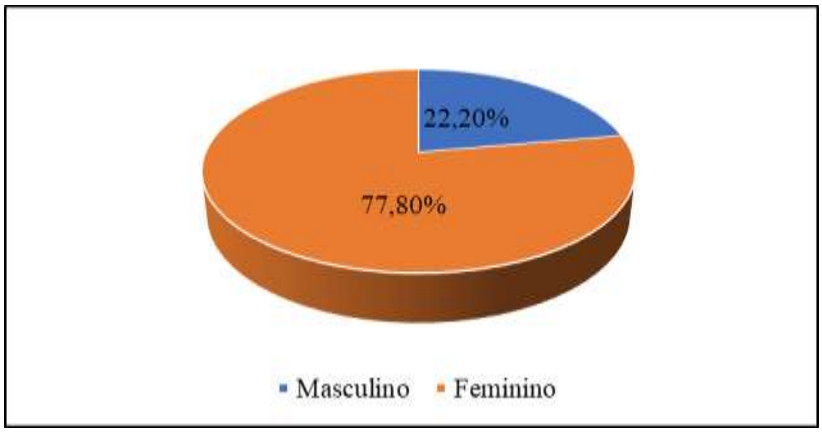
Já as questões do questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares buscou coletar as informações dos funcionários do setor hospitalar no tocante as variantes, como as dores osteomusculares em determinadas partes do corpo, o nível de motivação ao exercer suas atividades laborais e com que frequência realizam atividades físicas na busca de amenizar os impactos de sobrecarga no trabalho, na sua saúde, visto que, eles vivenciaram no setor das unidades de saúde um clima de tensão e certo medo diante do contexto pandêmico que assolava toda a população de um modo geral.

O questionário ainda contou com três perguntas para caracterização da amostra para saber o sexo, a faixa etária e a profissão dos entrevistados. Após a coleta de dados, foi feita a análise de resultados, a qual permitiu-se a partir da estatística descritiva comentar os resultados das informações obtidas pelos profissionais de saúde. Nos resultados, os entrevistados foram denominados por função e por numeração para preservar o anonimato dos participantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na Figura 1 são apresentados o sexo dos profissionais da área da saúde que responderam ao questionário, sendo que 77,8% dos participantes foram do sexo feminino e 22,2% do sexo masculino. Os resultados apontam a predominância do sexo feminino nos serviços de saúde corroborando com outros estudos, como o realizado por Montanholi, Tavares e Oliveira (2006) que relataram que 87,5% dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino. A presença feminina no ambiente hospitalar é um reflexo de como esse gênero é bem aceito pelos pacientes nos serviços de saúde, além disso, os dados da estatística nacional apontam que em todo o país, o sexo feminino representa 85,1% dos profissionais de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

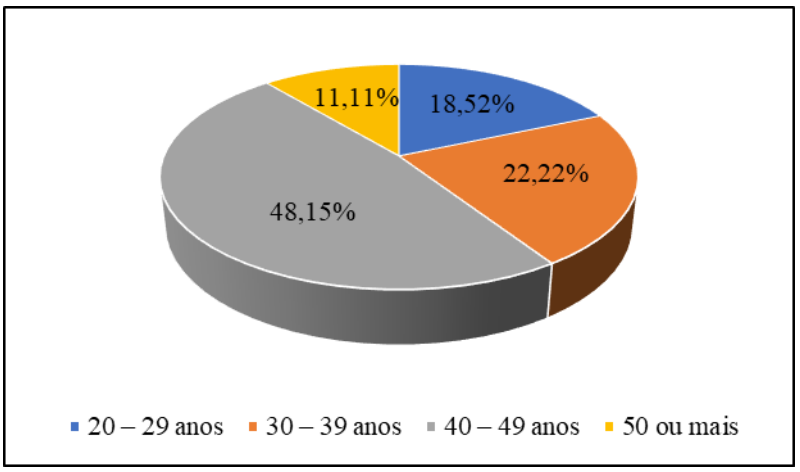
Figura 1 – Sexo dos profissionais da saúde entrevistados



Fonte: Autoria própria (2021).

De acordo com a Figura 2, a maior faixa etária dos participantes da pesquisa ocorreu no intervalo entre 40 e 49 anos (48,15%), o que consta um maior tempo de serviço na área da saúde com atividades que exigem muito esforço físico e controle emocional. Observa-se ainda que 88,89% dos participantes dessa pesquisa têm idade até 49 anos, concordando com os dados da estatística nacional que apontam que 85,3% dos profissionais de enfermagem do Brasil possuem idade que varia de 18 a 50 anos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

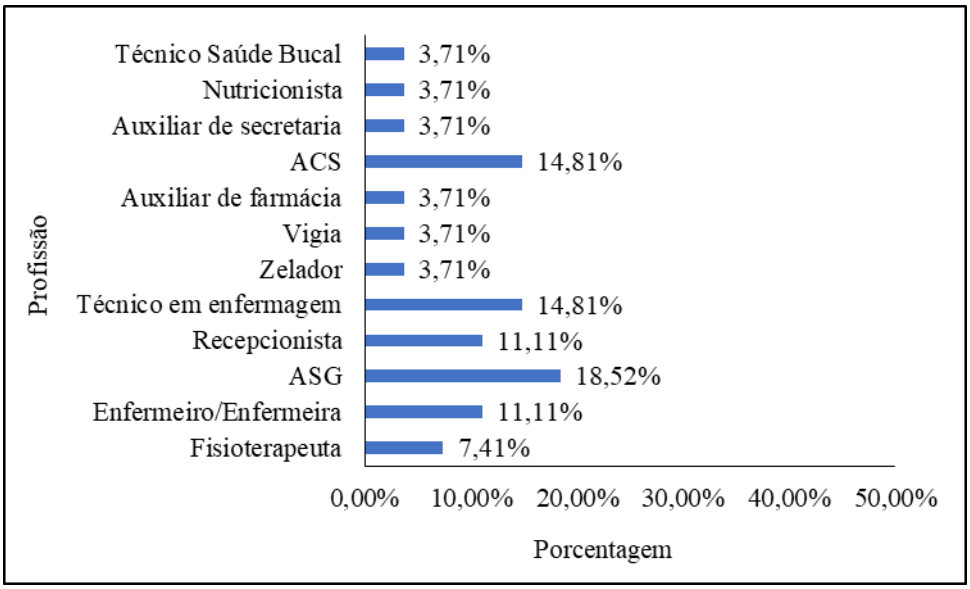
Figura 2 – Faixa etária dos profissionais da saúde entrevistados



Fonte: Autoria própria (2021).

Na Figura 3, pode-se perceber que os profissionais da área da saúde entrevistados se dividiram em ASG - auxiliar de serviços gerais (18,51%); enfermeiro/enfermeira e recepcionista (11,11%, cada); fisioterapeuta (7,41%); técnico em enfermagem e ACS - agente comunitário de saúde (14,81%, cada); zelador, vigia, auxiliar de secretaria, auxiliar de farmácia, nutricionista e técnico de saúde bucal (3,71%, cada).

Figura 3 – Profissão dos profissionais da saúde entrevistados



Fonte: Autoria própria (2021).

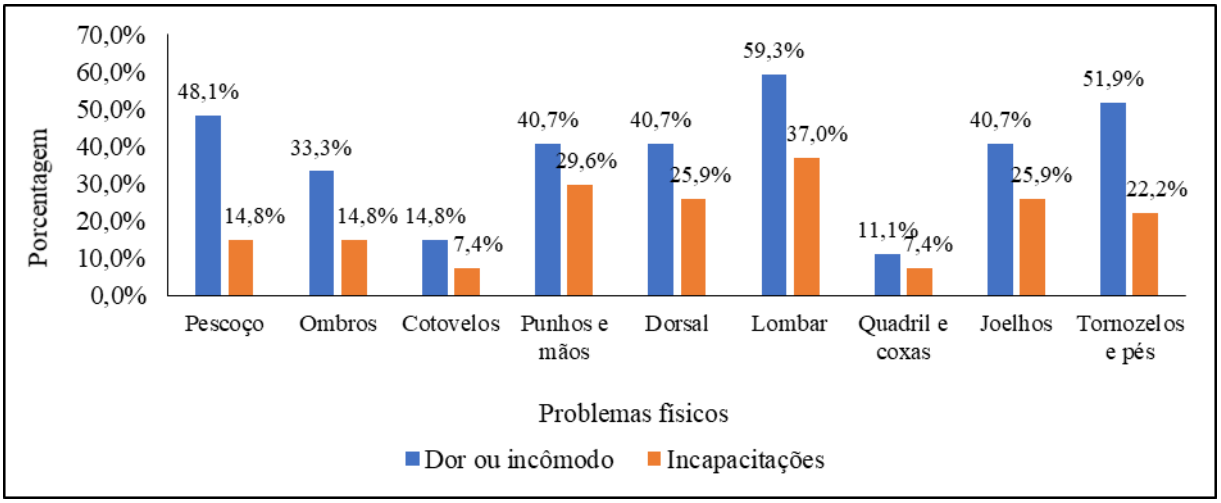
Logo, a análise dos dados de caracterização da amostra dos participantes demonstrou predominância do sexo feminino, faixa etária de 40-49 anos e aproximadamente 50% nas profissões de técnico de enfermagem, ACG e ASG.

Percebe-se na Figura 4 que o fator físico é uma das maiores queixas dos profissionais da saúde no exercício das suas atividades laborais devido ao esforço nos cuidados com os pacientes, onde apresenta o maior percentual de reclamação de dores na coluna lombar com 59,30%, pelo excesso de pesos, seguido de dores nos tornozelos e pés, com 51,90% por maior parte do tempo realizarem as atividades em pé, e 48,10% dos entrevistados apresentarem dores no pescoço, um forte indício de má postura no cotidiano de trabalho.

No que se refere aos danos que resultam nas incapacitações e restrições das habilidades dos profissionais de saúde, observa-se na Figura 4, que a pesquisa mostra que a coluna lombar, também é a principal responsável pelas limitações profissionais com 37% dos dados, seguida pelos problemas nas articulações, apresentando dores nos punhos e mãos provavelmente causados pelos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), ficando como terceiras fontes dos danos, a coluna dorsal e joelhos, onde 25,9% dos profissionais relatam dificuldades em exercer suas atividades e desempenho profissional.

A dor lombar tem se mostrado um grave e crescente índice de absenteísmo dos profissionais da área da saúde, o que desencadeia um grande problema de saúde pública, pois os profissionais diagnosticados comprometem suas atividades tanto laborais quanto de lazer.

Figura 4 – Incidência de dores ou desconforto e incapacitações ou restrições sob a ótica dos profissionais da saúde entrevistados.

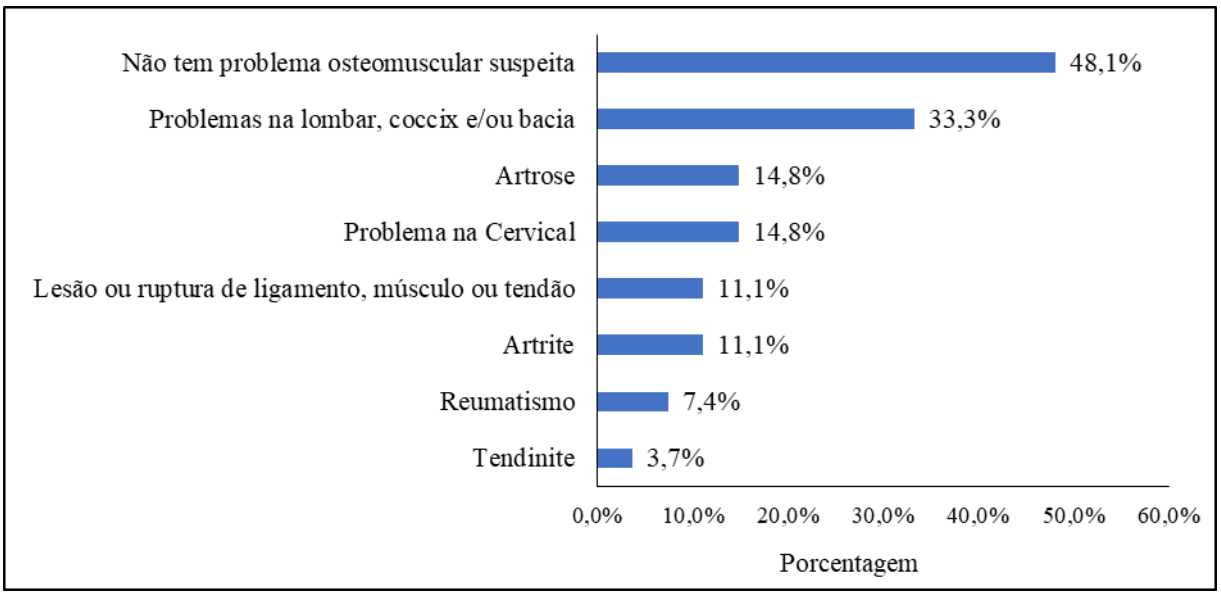


Fonte: Autoria própria (2021).

Foi perguntado aos entrevistados se estes tinham diagnóstico ou suspeita de ter algum problema osteomuscular preexistentes. Observa-se, na Figura 5, que uma relevante porcentagem dos

profissionais identificou incômodo na região da lombar e inflamações nas articulações, muitas delas causadas por má postura no exercício de sua função diariamente, e atividades repetitivas. Ao se realizar uma atividade de movimentos semelhantes por um determinado tempo pode causar picos de cargas nos músculos causando lesões. Uma postura inadequada, principalmente ao se passar muito tempo sentada pode trazer consequências não benéficas para qualidade de vida do indivíduo, acarretando dores, fadiga e desconforto durante a execução de suas atividades, consequentemente comprometendo a produtividade.

Figura 5 – Incidência de dores ou desconforto ao realizar as atividades repetidas vezes por longo período dos profissionais da saúde entrevistados.

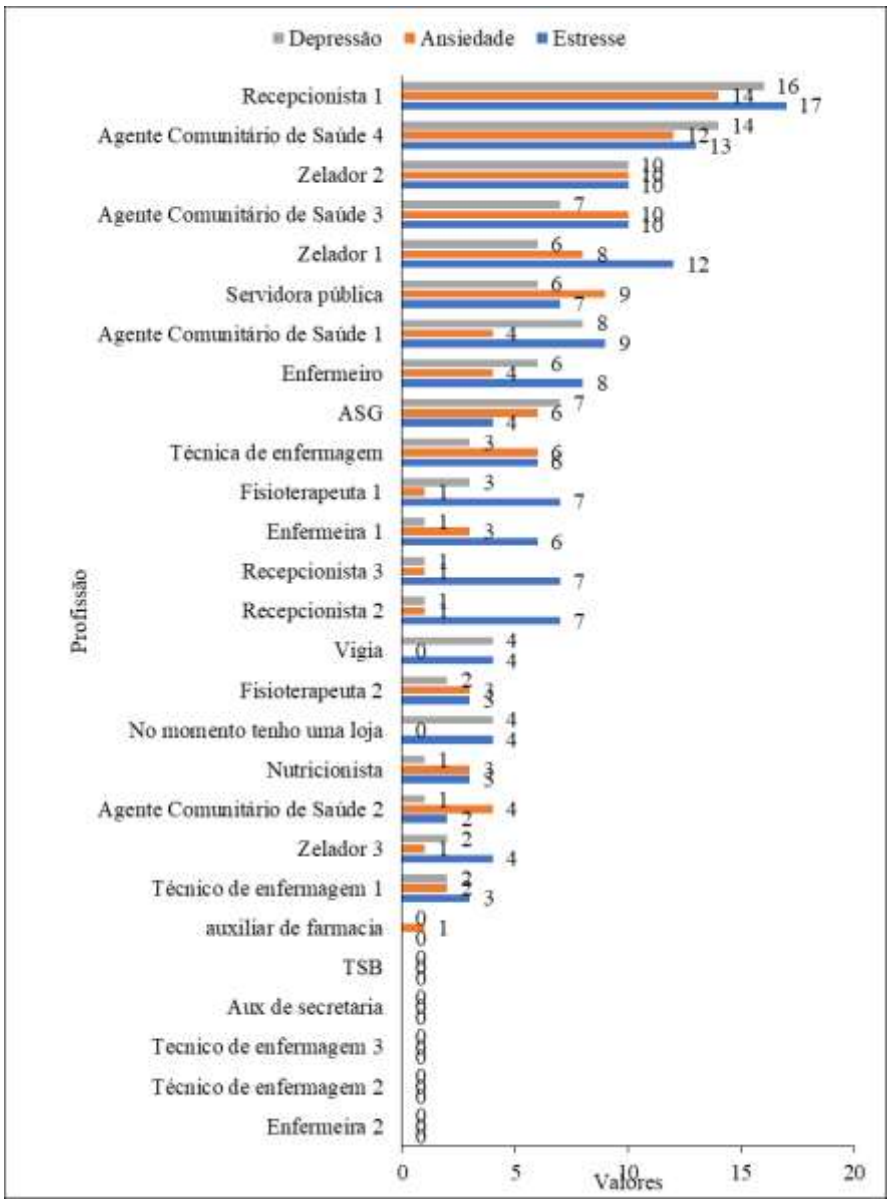


Fonte: Autoria própria (2021).

Em relação aos resultados das questões da EADS-21, os valores para o constructo do estresse que mais se destacaram foram: recepcionista 1, com 17 pontos; agente comunitário de saúde 4, com 13 pontos; zelador 1, com 12 pontos; agente comunitário de saúde 3, com 10 pontos; zelador 2, com 10 pontos; e agente comunitário de saúde 1, com 9 pontos (Figura 6). Os valores encontrados para as variáveis do constructo relacionado ao estresse indicam que recepcionistas e agentes comunitários de saúde, que são profissionais com contato direto com o público, apresentam maiores indícios de problema do distúrbio em questão. Os zeladores também foram uma classe com valores de destaque para as variáveis do estresse. Apesar de não ser um ofício de contato direto e constante com o público, trata-se de uma atividade relacionada à limpeza e higienização dos ambientes do estabelecimento de saúde, podendo tal natureza ser um dos motivos dos valores elevados para as variáveis de estresse.

Já em relação aos valores relacionados à ansiedade, as mesmas classes de recepcionista, agente comunitário de saúde e zeladoria apresentaram os maiores valores, distribuídos da seguinte forma: recepcionista 1, com 14 pontos; agente comunitário de saúde 4, com 12 pontos; agente comunitário de saúde 3, com 10 pontos; zelador 2, com 10 pontos; técnico de enfermagem 4 com 9 pontos; zelador 1, com 8 pontos (Figura 6). De forma semelhante aos valores de estresse, os valores para ansiedade indicam que os profissionais de recepção, agente comunitário de saúde e zeladoria estão provavelmente mais susceptíveis à ansiedade no contexto da pandemia da Covid-19.

Figura 6 – Valores da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) por profissionais da saúde entrevistados.

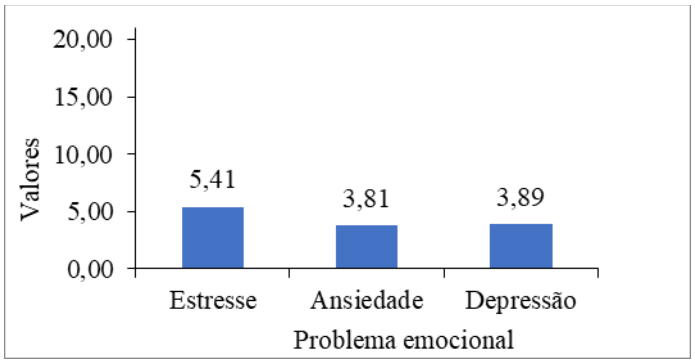


Fonte: Autoria própria (2021).

Quanto aos valores relacionados à depressão, a distribuição das pontuações de maior destaque foi a seguinte: recepcionista 1, com 16 pontos; agente comunitário de saúde 4, com 14 pontos; zelador 2, com 10 pontos; agente comunitário de saúde 1, com 8 pontos; agente comunitário de saúde 3, com 7 pontos (Figura 6). Esses resultados mostram que, para o grupo participante da pesquisa, os trabalhadores com algumas funções específicas de contato direto com o público, nomeadamente recepcionistas e agentes comunitários de saúde, bem como os zeladores que trabalham diretamente com limpeza e higienização dos ambientes, estão mais afetados por indícios de estresse, ansiedade e depressão durante o contexto da pandemia da covid-19.

Observa-se na Figura 7 que o estresse foi o problema de saúde mais relatado entre os profissionais entrevistados, seguido de depressão e ansiedade.

Figura 7 – Problemas emocionais relatados pelos profissionais da saúde entrevistados.



Fonte: Autoria própria (2021).

Apesar dos resultados relacionados às dores corporais apontadas pelos trabalhadores e dos valores da escala EADS-21, não foi possível identificar correlação significativa entre as variáveis estudadas. Entretanto foi possível obter um panorama do estado físico, em relação a sintomas osteomusculares, e o estado emocional dos trabalhadores no contexto da pandemia da Covid-19.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo é bastante relevante para compreender o contexto em que os profissionais de saúde vivenciaram, já que estão no ambiente laboral bastante nocivo ao corpo e a mente dos mesmos, no tocante aos excessos de atividades diárias no trabalho, a longa jornada de trabalho enfrentadas, muitas vezes, com dois ou mais vínculos de trabalho como uma forma de complementar sua renda mensal, devido ser uma profissão ainda desvalorizada e com uma má remuneração, o que se agrava com o crescimento da demanda no enfrentamento ao combate do vírus do Covid-19.

Diante disso, do ponto de vista dos profissionais, onde na sua maioria prevalece o sexo feminino, somando a jornada de trabalho com as atividades cotidiano do ambiente familiar, pode resultar em maiores impacto os quais resultam no aumento dos níveis de dores físicas e distúrbios emocionais nos profissionais de saúde, resultando em sensações de cansaço osteomuscular, desânimo, fadiga, estresse, ansiedade e depressão, causados por fatores como excesso de peso, má postura e atividades repetitivas no seu cotidiano profissional. Também se observa nessa pesquisa que os recepcionistas, agentes comunitários de saúde e zeladores estão mais propícios a problemas de estresse, ansiedade e depressão durante o contexto da pandemia da covid-19.

Entretanto, durante o referido estudo, constatou-se que é necessário um cuidado maior com atenção com a saúde dos profissionais que atuaram na demanda excessiva da pandemia, onde é preciso criar estratégias que amenizem esses problemas que afetam significativamente a vida desses trabalhadores.

Propõe-se para trabalhos futuros estudar o impacto do distanciamento e isolamento social na saúde mental dos profissionais da saúde, síndrome de Burnout em profissionais da saúde, condições de trabalho dos profissionais da saúde, uso de EPI’s entre os trabalhadores da saúde para prevenção de doenças ocupacionais, entre outros.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. et al. Abordagem ergonômica no ambiente de trabalho. Revista eletrônica de enfermagem de centro de estudo de Enfermagem e Nutrição, Goiás, p. 1-15, jan/jul. 2010.

BARBOSA, D. J. et al. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. Comunicação em ciências da saúde, Brasília, v. 31, Suppl 1, p. 31-47, 2020.

BEZERRA, G. D. et al. O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Revista Enfermagem Atual In Derme, Rio de Janeiro, v. 93, edição especial Covid19, e-020012, ago., 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 68 p. Disponível em:

chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_trabalho_ler_dort.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz, 201 7. Disponível em:

chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf. Acesso em: 11 maio 2022.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 25, Supl. 1, e200203, 2021.

DELGADO, M. G. Direitos fundamentais na relação de trabalho. Revista de Direitos e Garantias Fundamentais, Vitória/ES, n. 2, p. 11-39, 2007.

DU, J. et al. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. General Hospital Psychiatry, Boston, Massachusetts, Estados Unidos da América, v. 67, p. 144-145, nov/dez. 2020.

FENZKE, M. N. et al. Ansiedade em profissionais de saúde durante a pandemia do novo coronavírus: Uma revisão integrativa. Research, Society and Development, Vargem Grande Paulista/SP, v. 10, n. 9, e26010918025, 2021.

FIOCRUZ. Covid-19: Estudo avalia condições de trabalho na saúde. Publicação veiculada no site da Fiocruz, Brasília, 22 mar. 2021. Disponível em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/covid-19-estudo-avalia-condicoes-de-trabalho-na-saude/. Acesso em: 11 maio 2022.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

IIDA, I. Ergonomia: Projeto e produção. 3. ed. São Paulo: Blücher, 2016. 850 p.

KUORINKA, I. et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Applied Ergonomics, Amsterdam, v. 18, n. 3, p. 233–237, set. 1987.

LAI, J. et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus. JAMA Network Open, Chicago, v. 3, n. 3, e203976, mar. 2020.

LOVIBOND, P. F.; LOVIBOND, S. H. The structure of negative emotional states: comparison of the depression scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. Behavior Research and Therapy, Oxford, v. 33, n. 3, p. 335–343, mar. 1995.

MACHADO, P. G. B.; PORTO-MARTINS, P. C. Condições organizacionais enquanto terceiras variáveis entre burnout e engagement. Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, v. 2, n. 1, p. 35-44. Jan/jul. 2013.

MÁSCULO, F. S.; VIDAL, M. C. Ergonomia: trabalho adequado e eficiente. Rio de Janeiro: Elsevier/ABEPRO, 2011. 648 p.

MAURO, M.Y.C et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital Universitário. Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 13-18, abr/Jun. 2010.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M.; OLIVEIRA, G. R. D. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermerio hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 59, n. 5, p. 661-665, set/out. 2006.

OLIVEIRA, P. A. B. Trabalho e tecnologia – Dicionário crítico. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: Vozes, 1999.

OLIVEIRA, W. A. D. et al. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 37, e200066, 2020.

PEREIRA, A. C. C. et al. O agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 4094-4110, 2021.

PRADO, A. D. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, Ouro Fino/MG, v. esp. 46, e4128, 2020.

REDE COVIDA – CIÊNCIA, INFORMAÇÃO E SOLIDARIEDADE. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Bahia: Cidacs/Fiocruz Bahia/UFBA, 2020, 32 p.

RIBEIRO, A. P. et al. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. Revista brasileira de saúde ocupacional, São Paulo, 45, e25, 2020.

ROCHA, F. L. F. et al. Trabalhando na linha de frente: o impacto psicológico da COVID-19 nos profissionais de saúde. Revista de Casos e Consultoria, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e26754, 2021.

ROLIN NETO, M. L. R. et al. When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. Psychiatry Research, v. 288, e112972, 2020.

SANTOS, K. M. R. D. et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 25 (spe)., e20200370, 2021.

SCHMIDT, B. et al. Impactos na saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). 2020. In SciELO Preprints. https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.58

SILVA, J. F. C. Estresse ocupacional suas principais causas e consequências. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, 2010. 36 p. Monografia (Especialização em gestão empresarial) – Instituto a vez do Mestre, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2010.

SOUSA JÚNIOR, B. S. et al. Pandemia do coronavírus: estratégias amenizadoras do estresse ocupacional em trabalhadores da saúde. Enfermagem em Foco, Brasília, v. 11, n. 1 (Especial), p. 148-154, 2020.

TEIXEIRA, C. F. D. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9., p. 3465-3474, set. 2020.

VIEIRA, M.V.P; AlCÂNTARA, D.S. Prevalência de dor lombar crônica em trabalhadores de enfermagem: revisão bibliográfica. Revista Amazônia, Gurupi/TO, v. 1, n. 3, p. 49-55, 2013

WISNER, A. A inteligência no trabalho: Textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro, 1997.

Capítulo 18

10.37423/220505879

APICECTOMIA E OBTURAÇÃO RETRÓGRADA EM DENTE CALCIFICADO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Rosana Maria Coelho Travassos — *Faculdade de Odontologia de Pernambuco*

José Afonso Milhomens Filho — *Faculdade de Odontologia de Pernambuco*

Maria do Socorro Orestes Cardoso — *Faculdade de Odontologia de Pernambuco*

Júlia Vanessa Bezerra Lima — *Faculdade de Odontologia de Pernambuco*

Luiz Ricardo Gomes de Caldas Nogueira Filho — *Faculdade de Odontologia de Pernambuco*

Guilherme de Melo Ribeiro Aragão Barbosa — *Faculdade de Odontologia de Pernambuco*

Anna Carolina Vidal Moura — *Faculdade de Odontologia de Pernambuco*

Ana Célia Albuquerque Moura — *Faculdade de Odontologia de Pernambuco*

Thainara Vitória Lima Alves — *thainara.vlima25@gmail.com*

William José Lopes de Freitas Júnior — *Faculdade de Odontologia de Pernambuco*

Resumo: Este trabalho teve como objetivo descrever um caso clínico de cirurgia parendodôntica em um elemento dental calcificado e portador de lesão apical. Paciente, sexo feminino com 43 anos, procurou o serviço da Clínica de atenção básica III na Faculdade de Odontologia de Pernambuco/UPE, para tratamento endodôntico do elemento 13. A mesma relatou já ter ido a dois cirurgiões-dentistas que fizeram a abertura coronária, porém não conseguiram fazer o tratamento completo, porque o canal encontrava-se calcificado e não foi possível visualizar a entrada do canal, então foi indicado a paciente a realização de cirurgia parendodôntica. A profilaxia antibiótica com 2 gramas de amoxicilina, 1 hora antes do procedimento cirúrgico foi feita e após antissepsia realizou-se a anestesia infiltrativa. O retalho cirúrgico de escolha foi o Neumann, já que a paciente não apresentava sinais de doença periodontal, nem retrações gengivais que poderiam ser intensificadas por esse tipo de retalho. A incisão foi da mesial do elemento 15 até distal do elemento 12 e intra-sulcular. Uma lima endodôntica com o comprimento do dente foi utilizada, após o deslocamento do retalho, para ajudar a localizar a região apical, e após abertura do tecido ósseo, realizou- se a apicectomia e a obturação retrógrada com o MTA da Angelus. O retalho reposicionado no local de origem e suturado. Uma radiografia periapical foi realizada, pós-ato cirúrgico para observação da apicectomia e da obturação retrógada concluída com sucesso, e principalmente para acompanhamento a regressão da lesão radiotransprerente óssea periapical.

Palavras-chaves: Calficações da Polpa Dentária. Traumatismos Dentários. Apicectomia.

1. INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico tem como objetivo proporcionar um selamento do sistema de canais radiculares, impedindo que micro-organismos atinjam essa região, preservando assim a área perirradicular.(SETZER et al., 2010; TABASSUM; KHAN, 2016). Contudo, a situações em que a endodontia convencional não segue esse resultado, e na constatação do insucesso no tratamento endodôntico, a cirurgia parendodôntica é uma opção na tentativa de manter o elemento dentário (LEONARDO, 2005).

Na constatação do fracasso no tratamento endodôntico convencional o retratamento sempre é recomendado (ŞIMŞEK-KAYA et al., 2018). Porém, algumas situações em que a sua realização não é viável, como nos casos de: elementos com restauração a pino intrarradicular, com prótese fixa; elementos dentários com lesões periapicais persistentes ou com características císticas; com canal radicular calcificado; instrumentos fraturados no conduto radicular; perfurações apicais; e degraus (WESSELINK et al., 2002).

O trauma dental na dentição permanente pode causar complicações clínicas e o manejo é consideravelmente desafiador para o cirurgião-dentista. Uma das complicações é a obliteração do espaço pulpar, que dificulta a visualização da entrada dos sistemas dos canais radiculares, sendo capaz, de proporcionar uma remoção grande de estrutura dentária (SIDDIQUI; MOHAMED, 2016).

A cirurgia parendodôntica é definida como um conjunto de procedimentos que visa eliminar o agente causador da patologia apical, assim ela objetiva solucionar casos que o tratamento endodôntico convencional não obteve sucesso, e/ou o retratamento é inviável (BERNABÉ; HOLLAND, 2004).

Há várias modalidades cirúrgicas, porém, o objetivo final irá definir qual será a melhor opção. As técnicas mais usadas são: curetagem com alisamento apical, apicectomia, apicectomia com obturação retrógrada, apicectomia com instrumentação e obturação por via retrógrada e obturação do canal radicular durante o ato cirúrgico (GOMES; KUBO; CAETANO, 2003).

Para uma melhor visualização do campo operatório e um preparo mais preciso, o uso de pontas ultrassônicas e microscópios operatórios durante a apicectomia e retro instrumentação, tem uma maior taxa de sucesso (KOHLI et al., 2018; PAVELSKI et al., 2016). Além disso, os materiais para a retro obturação devem possuir alguns critérios, como: capacidade de selamento apical, biocompatibilidade, promover uma regeneração tecidual e ter boa penetração nos túbulos dentinários (PAVELSKI et al., 2016).

Portanto, o MTA apresenta-se como padrão ouro para a retro-obturação porque oferece uma melhor adaptação nas paredes dentinárias e requer uma menor força durante a condensação (ALMEIDA et al., 2011). Dessa maneira, este trabalho teve como objetivo descrever um caso clínico de cirurgia parendodôntica em um elemento dental calcificado e portador de lesão apical.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 INSUCESSO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO

O objetivo do tratamento endodôntico é prevenir ou tratar as doenças periapicais com finalidade de promover uma permanência mais longa do dente, através da descontaminação do sistema de canais radiculares (CHONG; RHODES, 2014; RIIS et al., 2018). Assim, a endodontia convencional é uma opção confiável, apesar da complexa anatomia (KIM et al., 2016).

O tratamento endodôntico é reportado na literatura com taxas de sucessos que variam de 65% a 98% (AKBAR, 2015; ALMEIDA-FILHO et al., 2011; CHÉRCOLES-RUIZ; SANCHEZ-TORRES; GAY-

ESCODA, 2017; KIM et al., 2016; TABASSUM; KHAN, 2016). Contudo, Chércoles-Ruiz; Sanchez- Torres; Gay-Escoda (2017) relataram que a periodontite apical foi o fator que mais influenciou negativamente o resultado do tratamento, diminuindo a taxa de sucesso, além disso, após um acompanhamento ao longo prazo, de 2 a 10 anos, teve variação de 42% a 86%. No entanto, no estudo de NG et al. (2010) a porcentagem foi maior, variando de 86% a 93% proservando de 2 a 10 anos. Assim, o resultado do tratamento é significativamente menor para dentes necrosados com periodontite apical em relação a um dente com o periápice normal (CHUGAL et al., 2017).

A ausência de sinais e sintomas clínicos e radiolucência periapical são frequentemente os principais aspectos que denotam o sucesso do tratamento do sistema de canais radiculares, além de um acompanhamento por até 5 anos (CHUGAL et al., 2017; TABASSUM; KHAN, 2016).

Entretanto, o insucesso desse tipo de tratamento pode ocorrer por diversos fatores, como: persistência bacteriana, obturação inadequada do canal radicular, canais não tratados, erros iatrogênicos, complicações durante a instrumentação, extensão dos materiais obturadores para o ápice e selamento coronário impróprio (AKBAR, 2015; PEREIRA et al., 2017; POURHAJIBAGHER et al., 2017; TABASSUM; KHAN, 2016).

Ainda assim, clinicamente as falhas estão associadas a sintomatologia dolorosa e radiograficamente pela presença rarefação perirradicular inalterada, diminuição da rarefação perirradicular mas que não

teve a resolução, surgimento de uma nova rarefação ou um aumento da rarefação inicial e descontinuidade da lâmina dura (CHUGAL et al., 2017).

Nestes casos, a primeira opção é o retratamento não cirúrgico (ALMEIDA-FILHO et al., 2011; KRUSE et al., 2016; ODA et al., 2016; PINTO et al., 2011; ŞIMŞEK-KAYA et al., 2018; TORABINEJAD

et al., 2009), no entanto, a taxa de sucesso para esse procedimento é menor do que o tratamento primário e varia de 84% a 86% (CHÉRCOLES-RUIZ; SANCHEZ-TORRES; GAY-ESCODA, 2017). Porém, o

retratamento endodôntico é contraindicado com a presença de pinos intrarradiculares ou coroas protéticas bem adaptadas, retratamento anterior, lesão periapical persistente, canal radicular calcificado (ODA et al., 2016; WESSELINK et al., 2002).

Para ODA et al., 2016, na maioria das vezes essas situações clínicas são conduzidas de maneira equivocada, com a realização da exodontia ou da sua substituição por um implante dentário. No qual, a exodontia deve ser a última opção de tratamento.

2.2 CALCIFICAÇÃO DO CANAL

A obliteração da polpa dentária é caracterizada por uma deposição de tecido calcificado ao longo das paredes do canal (TAVARES et al., 2018). Isto ocorre por meio de uma resposta a agentes físicos, químicos ou biológicos, sendo a maior ocorrência relacionada as agressões ao tecido pulpar (MEDEIROS, 2017).

Assim, após um trauma dentário, a resposta pulpar é caracterizada por uma rápida deposição de tecido mineralizado dentro do espaço do canal (DE TOUBES et al., 2017; OGINNI; ADEKOYA-SOFOWORA; KOLAWOLE, 2009). Seu mecanismo ainda não é totalmente conhecido, mas acredita-se que após a injúria dental a atividade odontoblástica aumenta e que dependendo do grau do trauma pode haver um dano no suprimento neurovascular pulpar (MCCABE; DUMMER, 2012; SIDDIQUI; MOHAMED, 2016)

Clinicamente caracteriza-se por ser assintomática, e apresenta a coroa dentária escurecida, amarelada ou acinzentada, por causa da diminuição da translucidez e aumento da espessura da dentina (MCCABE; DUMMER, 2012; OGINNI; ADEKOYA-SOFOWORA; KOLAWOLE, 2009; SIDDIQUI;

MOHAMED, 2016; TORRES et al., 2018). Além disso, radiograficamente o espaço do canal radicular pode ser parcialmente ou completamente obliterado (SIDDIQUI; MOHAMED, 2016; TAVARES et al., 2018) com ou sem patologia apical (MCCABE; DUMMER, 2012).

O desenvolvimento da necrose pulpar é uma complicação tardia devido a obliteração dos sistemas de canais radiculares e seu diagnóstico é realizado pela visualização de lesão periapical na radiografia (BASTOS; CÔRTES, 2018). Entretanto, a incidência da necrose pulpar é baixa e é significativamente maior em um dente com obliteração completa do que em uma obliteração parcial (MCCABE; DUMMER, 2012; OGINNI; ADEKOYA-SOFOWORA; KOLAWOLE, 2009). Sendo assim, a intervenção endodôntica é recomendada quando for observada qualquer alteração na região apical e/ou sintomas de desconfortos forem relatados (DE TOUBES et al., 2017; LARA-MENDES et al., 2018; OGINNI; ADEKOYA- SOFOWORA; KOLAWOLE, 2009; TORRES et al., 2019).

Durante o tratamento desses casos, possíveis problemas podem surgir como a remoção excessiva da estrutura dentária, a perfuração do canal e a fratura dos instrumentos (TAVARES et al., 2018; MCCABE; DUMMER, 2012). Diante disto, a apicectomia com obturação retrógrada é uma técnica indicada como alternativa para o tratamento dos canais obliterados (LARA-MENDES et al., 2018; KRASTL et al., 2016; SIDDIQUI; MOHAMED, 2016). No entanto, atualmente para evitar um pós-cirúrgico traumático ao paciente, o planejamento virtual e o acesso endodôntico guiado tem sido reportados com resultados favoráveis e previsíveis (LARA-MENDES et al., 2018; LARA-MENDES et al., 2018; TAVARES et al., 2018; TORRES et al., 2019).

O resultado de um tratamento de canal com obliteração do canal radicular oferece as mesmas chances de sucesso de um dente normal com necrose pulpar (MCCABE; DUMMER, 2012). Porém, na impossibilidade de realizar o tratamento endodôntico convencional devido a obliteração pulpar, no qual, não teve acesso ao canal radicular, a cirurgia parendodôntica é a primeira escolha terapêutica.

2.3. CIRURGIA PARENDODÔNTICA

Na ausência do sucesso da terapia endodôntica convencional, o retratamento é na maioria dos casos a primeira opção terapêutica. A abordagem cirúrgica é um método utilizado quando os procedimentos anteriores não têm resolutividade, e também pode ser referida quando o paciente apresenta coroas/pinos intrarradiculares bem adaptados (JORGE et al. 2015; KIM et al., 2016; ODA et al., 2016). Assim, a cirurgia parendodôntica pode ser definida como um conjunto de procedimentos que visa eliminar o agente causador da patologia apical (BERNABÉ; HOLLAND, 2004).

As técnicas mais usadas são: curetagem com alisamento apical, apicectomia, apicectomia com obturação retrógada, apicectomia com instrumentação e obturação por via retrógada e obturação do canal radicular durante o ato cirúrgico (GOMES; KUBO; CAETANO, 2003). A curetagem perirradicular

envolve a remoção da infecção extrarradicular, ou seja, do tecido reativo em volta do ápice, além de cavidades císticas e corpos estranhos (CHONG; RHODES, 2014; KÜÇÜKKAYA EREN; PARASHOS, 2018; VIEIRA et al., 2018), enquanto a ressecção apical e a instrumentação eliminam o biofilme extrarradicular e/ou a bactéria nas ramificações do ápice radicular (VIEIRA et al., 2018).

Segundo Chong; Rhodes (2014) e Von Arx (2010), a cirurgia parendodôntica tem as seguintes indicações: lesão persistente, com ou sem sintomatologia dolorosa, no qual o retratamento não teve sucesso; achados radiográficos que indicam uma lesão apical em dentes com o canal obliterado; à presença de pino intrarradicular com alta taxa de fratura radicular ao removê-lo; correção de erros iatrogênicos não susceptível ao tratamento não-cirúrgico e biópsia ou investigação cirúrgica.

As contraindicações para a cirurgia parendodôntica podem ser divididas em fatores gerais e locais, em que, os fatores gerais são aqueles que o paciente é descompensado sistemicamente e não cooperativo com o procedimento cirúrgico. Já os fatores locais incluem as restaurações dos dentes, o comprimento do dente, o periodonto de sustentação e o grau de higiene oral do paciente, além dos fatores anatômicos como a proximidade de estruturas neurovasculares (CHONG; RHODES, 2014; VON ARX, 2010).

No passado, a cirurgia convencional era vista como um procedimento que impossibilitava resultados previsíveis (CHONG; RHODES, 2014), e a sua taxa de sucesso era relativamente baixa, entre 43.5% e 85% (AHN et al., 2018; KIM et al., 2016; LIEBLICH, 2012). As limitações e desvantagens do método clássico podem ser compreendidas por osteotomias maiores, difícil visualização das estruturas, ressecção apical com broncas esféricas, podendo aumentar o risco de perfuração (KIM et al., 2006; KÜÇÜKKAYA EREN; PARASHOS, 2018; SETZER et al., 2010).

Com o avanço tecnológico surgiram novos mecanismos de tratamento, incluindo o microscópio operatório que fornece um alto poder da magnificação e iluminação, os instrumentos microcirúrgicos, os materiais obturadores biologicamente aceitáveis e um melhor entendimento da anatomia apical (KIM et al.,

2006; KIM et al., 2016; SETZER et al., 2012; VON ARX et al., 2010; YE et al., 2018). Portanto, a taxa de sucesso da cirurgia tem aumentado significativamente, variando entre 75% e 100% (AHN et al., 2018; KAN et al., 2016; VIEIRA et al., 2018).

Segundo a meta-análise de Von Arx et al., (2010), a taxa de sucesso da cirurgia parendodôntica pode diminuir nos casos de sintomatologia dolorosa pré-operatória, sinais clínicos de inflamação, densidade

da obturação do canal radicular, a presença de lesão apical radiograficamente, e lesão perirradicular maior que 5mm.

Atualmente, com o uso TCFC e um scanner intraoral permite a fabricação de um acesso guiado no qual pode ajudar a minimizar a extensão da osteotomia, facilitar a localização do ápice nos casos com o osso espesso e intacto, a localizar um canal parcialmente ou completamente calcificado, contudo, com um planejamento detalhado para executar essa técnica, reduz significativamente os erros iatrogênicos e aumenta a taxa de sucesso do tratamento (AHN et al., 2018; DE TOUBES et al., 2017; LARA-MENDES et al., 2018; MAIA et al., 2019; TAVARES et al., 2018; TORRES et al., 2019; YE et al., 2018;).

4. METODOLOGIA

4.1 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente E.G. L, sexo feminino com 43 anos, procurou o serviço da Clínica de atenção básica III na Faculdade de Odontologia de Pernambuco/UPE, para tratamento endodôntico do elemento 13. A mesma relatou já ter ido a dois cirurgiões-dentistas que fizeram a abertura coronária, porém não conseguiram fazer o tratamento completo, porquê o canal encontrava-se calcificado e não foi possível visualizar a entrada do canal, então foi indicado a paciente que procurasse um endodontista para realização da cirurgia parendodôntica. A calcificação do canal impedia o acesso à região apical e sua tentativa de forma convencional poderia levar a uma trepanação.

Foi realizado o exame clinico, no qual não apresentava fístula, nem inchaço na região, contudo no exame radiográfico o elemento 13 mostrava uma lesão apical e a calcificação total do canal radicular (Figura 1), sendo indicada a cirurgia parendodôntica, pelo risco de perfuração na tentativa do tratamento convencional e pelo fato do elemento ter estrutura dentaria suficiente para ser realizada restauração sem necessidade de retenção intrarradicular.

A apicectomia com obturação retrógrada foi indicada, pois como não foi feito a limpeza, nem a obturação do canal radicular, era necessária a certeza de um selamento apical do sistema de canais radiculares, assim evitando a contaminação da região apical após o tratamento cirúrgico.

Uma profilaxia antibiótica com 2 gramas de amoxicilina, 1 hora antes do procedimento cirúrgico foi feito. Anestesia infiltrativa da região do elemento 11 até o 15 foi realizada. O retalho cirúrgico de escolha foi o Neumann, já que a paciente não apresentava sinais de doença periodontal, nem

retrações gengivais que poderiam ser intensificadas por esse tipo de retalho. A incisão foi da mesial do elemento 15 até distal do elemento 12 e intra-sulcular.

Figura 1 – Exame Radiográfico Inicial



Figura 2 – Anestesia Infiltrativa



Figura 3 - Incisão da mesial do elemento o 15 até a distal do elemento 12



Uma lima endodôntica com o comprimento do dente foi utilizada, após o deslocamento do retalho, para ajudar a localizar a região apical, com uma leve pressão na lima, onde possivelmente seria o ápice radicular, o instrumental perfurou o defeito ósseo, provocado pela periodontite apical crônica, ou seja, ele entrou na reabsorção óssea, causada pela infecção e inflamação na região (figura 5 e 6).

Figura 5 - Localização do ápice radicular com o auxílio de uma lima endodôntica do comprimento do dente.



Figura 6 - A lima endodôntica perfurou o defeito ósseo, causado pela lesão apical.



A broca Zecrya foi utilizada para fazer uma loja óssea na região apical, com tamanho suficiente para a realização de uma boa curetagem e para a apicectomia de aproximadamente 2 mm finais da raiz do elemento 13. Com a própria broca Zecrya foi feita a apicectomia, já que a mesma proporciona um corte liso. A cavidade retrógada foi confeccionada com uma broca diamantada (Figura 7 e 8).

Figura 7 – Confecção da loja óssea com a broca Zecrya



Figura 8- Apicectomia



O material de escolha para a obturação retrógada foi o Mineral Trioxide Aggregate (MTA) branco, pelas suas qualidades como: biocompatibilidade, selamento marginal e a capacidade de induzir a reparação do tecido ósseo e a cementária. Como o elemento era anterior o cimento branco era a melhor opção para não provocar uma tatuagem na região gengival, causando um problema estético.

O MTA foi introduzido com ajuda de uma cureta dental (Figura 9). Concluída a obturação retrógada a região foi limpa, o retalho posicionado no local de origem e suturado. Uma radiografia periapical foi realizada, pós-ato cirúrgico para observação da apicectomia e da obturação retrógada concluída com sucesso, e principalmente para o acompanhamento da regressão da lesão radiotransprerente óssea periapical (figura 10 e 11).

Figura 9 - Inserção do MTA na cavidade com a ajuda de uma cureta de dentina



Figura 10- Aspecto final da loja óssea com MTA



Figura 11- Retalho posicionado no local de origem e suturado.



Figura 12 – Radiografia imediatamente após a cirurgia.



5. DISCUSSÃO

Embora a terapia endodôntica seja executada de maneira correta, a patologia periapical pode persistir (OLCAY; ATAOGLU; BELLI, 2018; SANCHEZ-TORRES; SÁNCHEZ-GARCÉS; GAY-

ESCODA, 2014; VIEIRA et al., 2018). Nestes casos, podem ser devido as infecções persistentes nos canais laterais, istmos e ramificações apicais não tratadas. Além disso, existe uma relação com a recontaminação depois de um selamento coronário inadequado, insuficiente preparação, irrigação e uma obturação insatisfatória (HENRIQUES et al., 2016; OLCAY; ATAOGLU; BELLI, 2018; PEREIRA et al., 2017; SONG et al., 2011), que podem ocorrer em um ano ou mais anos depois do tratamento inicial (LIEBLICH, 2012).

As causas da falha do tratamento endodôntico são divididas em fatores biológicos, como por exemplo, uma infecção persistente; e os fatores técnicos, como a perfuração por um instrumento (LIEBLICH, 2012); sendo assim, o fator biológico é o principal responsável pelo insucesso. Por isso, a microbiota envolvida deve ser melhor entendida para aumentar o prognóstico do tratamento (PEREIRA et al., 2017). Todo micro-organismo que atua como um patógeno pode-se apresentar em altos níveis em uma comunidade de biofilmes, bem como na modulação da resposta imune do hospedeiro (HENRIQUES et al., 2016).

O terço apical possui uma alta complexidade bacteriana e proporciona uma menor tensão de oxigênio e uma grande variedade de proteínas e glicoproteínas, induzindo o estabelecimento das bactérias anaeróbicas (PEREIRA et al. 2017; SAKAMOTO et al., 2008). O E. faecalis geralmente está associado ao insucesso e uma maior frequência na infecção secundária, entretanto, a literatura é controvérsia em relação a esses trabalhos, pois, segundo Henriques et al., (2016) e Pereira et al., (2017) o E. faecalis tiveram um baixo percentual e uma menor proporção nos casos das infecções secundárias ou persistentes. Porém, Pourhajibagher et al., (2017) encontraram uma maior frequência de E. faecalis na infecção secundária e persistente, portanto, são necessários estudos futuros para um entendimento por completo.

Segundo, Cardoso et al., (2016) a Porphyromonas endodontalis (50%) foi a espécie mais frequente, seguida da T. forsythia (30%) nas infecções secundárias e persistentes. O estudo revelou a presença de espécies de bactérias Gram-negativas em infecção endodôntica persistente, com níveis elevados de endotoxinas relacionados a maior destruição óssea periapical e presença de sintomatologia. Além

disso, grandes áreas de destruição óssea foram relacionadas com níveis mais elevados de IL-1β e TNF-α secretadas pelos macrófagos e fibroblastos.

O desenvolvimento da calcificação pulpar depois de uma injúria depende do tipo de trauma, como por exemplo, a extensão da lesão de luxação e o grau de formação do ápice dental (BASTOS; CÔRTES, 2018; MCCABE; DUMMER, 2012). Embora o fator etiológico da obliteração pulpar não esteja entendido por completo, além do trauma dental, outros fatores estão associados, como: a lesão cariosa extensa; a abfração; a abrasão; o desequilíbrio oclusal; a terapia pulpar invasiva; os hábitos nocivos orais; a condição sistêmica; o tratamento ortodôntico, pois as forças excessivas podem interromper o suprimento sanguíneo; e o envelhecimento, por causa da sua deposição dentinária ao longo da vida (DE TOUBES et al., 2017; KIEFNER et al., 2017; LARA-MENDES et al., 2018; MAIA et al.. 2019; TAVARES et al., 2018; SENER, et al., 2009).

Geralmente, essa condição é mais observada em pacientes que sofreram concussão ou subluxação dentária, de modo que, a atividade odontoblástica tem uma maior estimulação, podendo desenvolver a calcificação do espaço pulpar (OGINNI; ADEKOYA-SOFOWORA; KOLAWOLE, 2009; SIDDIQUI; MOHAMED, 2016). A extensão do trauma físico pode resultar em uma ruptura parcial ou total ou um alongamento no suprimento neurovascular pulpar do forame apical, podendo levar a alterações funcionais, permitindo a entrada de bactérias e em consequência a morte pulpar (ANDREASEN; KAHLER, 2015; BASTOS; CÔRTES, 2018; KRASTL et al., 2016).

Neste presente relato, o dente 13 apresentava clinicamente uma coloração escurecida da coroa dentária do que os demais dentes, corroborando com os autores que descrevem essa característica (MCCABE; DUMMER, 2012; OGINNI; ADEKOYA-SOFOWORA; KOLAWOLE, 2009; SIDDIQUI;

MOHAMED, 2016; TORRES et al., 2019), de modo que, pode ser classificado radiograficamente com uma obliteração completa do espaço pulpar associada a uma lesão apical, de acordo com os autores McCabe; Dummer, 2012; Siddiqui; Mohamed, 2016; Tavares et al., 2019. Entretanto, segundo McCabe; Dummer (2012), a descoloração dental é um achado comum em pacientes com obliteração pulpar, mas somente ela não implica a presença de lesão pulpar e/ou periapical.

Na presença de um dente calcificado é necessário ter bastante cuidado durante a abertura coronária para não ter uma remoção excessiva da estrutura dental. Por isso, antes de iniciar o acesso coronário deve- se avaliar a inclinação dentária e a radiografia de diagnóstico, deste modo, evitando uma

alteração na geometria do canal radicular, além de uma remoção substancial do tecido dental, podendo resultar em uma possível perfuração do canal (MARQUES et al., 2018; CONNERT et al., 2019).

Em 2015, a Associação Americana de Endodontia e a Academia oral e maxilofacial de radiografia, atualizaram as diretrizes sobre o uso da TCFC na endodontia, e dentre as 14 recomendações, a TCFC deve ser utilizada para os casos de calcificação pulpar auxiliando a localização e a identificação dos canais, por causa da alta dificuldade de realizar esse procedimento.

Sendo assim, a endodontia em dente calcificado é um verdadeiro desafio para o cirurgião-dentista. Segundo, Connert et al., 2019, em seu estudo in vitro, que teve como objetivo comparar a abordagem em canais calcificados com a técnica convencional e pela endodontia guiada, verificou que o acesso guiado é mais rápido e previsível na localização dos canais com uma remoção significantemente menor de estrutura dentária do que o acesso convencional. Além disto, o acesso guiado não é influenciado pela experiência do profissional, diferente do acesso convencional.

Apesar da odontologia presenciar o avanço tecnológico, o guia endodôntico apresenta um elevado custo para o seu desenvolvimento, sendo uma desvantagem potencial em diversos casos, entretanto, promove resultados mais previsíveis. Portanto, na presença do insucesso do tratamento endodôntico, o retratamento do canal radicular é a primeira escolha terapêutica na maioria dos casos. Contudo, em pacientes com coroas protéticas bem adaptadas ou calcificação pulpar, a cirurgia parendodôntica é a abordagem mais indicada.

Com o desenvolvimento de mais materiais obturadores biologicamente aceitáveis, um melhor entendimento da anatomia apical, a remoção todo o tecido necrótico durante a cirurgia e promoção de um excelente selamento dos sistemas de canais, o tratamento tem um maior no índice de sucesso, variando de 86% a 100% dos casos (CHONG; RHODES, 2014; KIM et al., 2006; KIM et al., 2016; SETZER et al. 2010; VON ARX et al., 2010; YE et al., 2018).

Neste presente caso, dentre as modalidades cirúrgicas que existem, a apicectomia com obturação retrógrada foi indicada porque o canal encontrava-se totalmente calcificado e com uma lesão apical (LEONARDO, 2005), assim, como não foi feito a limpeza, nem a obturação do canal radicular, era necessária a certeza de um selamento apical do sistema de canais radiculares, evitando a contaminação da região apical após o tratamento cirúrgico.

Existe uma grande variedade de retalhos cirúrgicos e a sua escolha vai depender principalmente do tamanho do acesso cirúrgico requerido, de modo que, sempre respeitando os princípios básicos de

um adequado suprimento sanguíneo (CHONG; RHODES, 2014). Para este tratamento cirúrgico, foi realizado o retalho de Neumann, sendo assim, um retalho de espessura total para ter uma visualização e um acesso completo ao osso subjacente. As incisões relaxantes podem ser verticais ou oblíquas e podem ser usadas em uma ou nas duas extremidades do retalho, desde que, não sejam realizadas no centro de uma papila interdental e sobre a superfície radicular de um dente (CARRANZA et al., 2011; CHONG; RHODES, 2014; KIM et al., 2006; VON ARX, 2010).

Além deste retalho permitir uma completa visualização, ele promove uma rápida regeneração com uma diminuição da sensação dolorosa pós-operatória e uma menor cicatriz (LIEBLICH, 2012). Após o deslocamento do retalho, foi identificada a fenestração óssea provocada pela periodontite apical crônica, e assim realizou-se a osteotomia com a broca Zecrya para promover o acesso ao ápice dental. Com a própria broca Zecrya foi realizada a apicectomia perpendicular ao longo eixo do dente de 2mm. Devido à complexidade anatômica do ápice dental, na revisão realizada por Kim et al., (2006), a remoção menor do que 3mm pode não incluir todos os canais laterais e ramificações apicais, podendo causar um risco de contaminação e uma eventual falha.

No entanto, o dente 13 apresentava 24mm de comprimento, visto que, a média do canino é de 27mm (LOPES; SIQUEIRA, 2015), a apicectomia foi realizada em 2mm na tentativa de preservar a estrutura dental, preenchendo os possíveis canais acessórios com o material obturador. A broca Zecrya foi utilizada na ressecção apical, pois, segundo Bernardes et al., (2015), mostrou que não teve diferença significativa na uniformidade do corte entre as pontas de ultrassom e a broca Zecrya, entretanto, a broca teve um corte mais rápido do que os insertos de ultrassom.

Após a apicectomia, a luz do canal radicular não foi encontrada devido a obliteração completa, por isso foi utilizada uma broca esférica para ampliar a entrada do canal e realizar a retro preparação. Entretanto, o uso de brocas esféricas aumenta o risco de perfuração do ápice dental e geralmente tem uma insuficiente profundidade, no qual, o ideal é de 2mm a 4mm (CHONG; RHODES, 2014), e uma retenção para o material obturador (KIM et al., 2006; KÜÇÜKKAYA EREN & PARASHOS, 2018; VON ARX, 2010).

A desinfecção da superfície seccionada e a retro preparação tem um potencial para aumentar o resultado da cirurgia endodôntica (VIEIRA et al., 2018), com isso, a exposição cirúrgica do ápice facilita a biomecânica do canal radicular. Desta forma, permite uma obturação mais eficiente e uma condensação vigorosa sem a preocupação do extravasamento do material obturador, alcançando os

canais laterais e secundários, diminuindo assim a chance de falha do tratamento (ALMEIDA-FILHO et al., 2011; PAVELSKI et al., 2016).

Aproximadamente quase todo material da dentística restauradora, seja temporário ou permanente, tem sido pesquisado e utilizado como um selador apical e o mineral trioxide aggregate (MTA), surge como o padrão ouro para a retro-obturação (VON ARX, 2010). Assim, o MTA apresenta características como: a biocompatibilidade, o selamento marginal e a capacidade de induzir a reparação do tecido ósseo e a deposição cementária, podendo ser adaptado com força maior de condensação (CHONG; RHODES, 2014; KIM et al., 2006; PAVELSKI et al., 2016; PINTO et al., 2011), além disso, mesmo em cavidades com uma pouca profundidade de preparo os materiais IRM, Super-Eba e MTA são melhores do que os materiais com uso de adesivo, como por exemplo, as resinas compostas (KOHLI et al., 2018)

Portanto, muitos autores têm pesquisado a longevidade do MTA e o comparando com outro material restaurador. Em 2016, Kim et al., verificaram que em um acompanhamento de 4 anos não teve diferença significativa na taxa de sucesso entre o MTA e o Super-EBA como material obturador na cirurgia parendodôntica. Ainda assim, na revisão sistemática dos autores Küçükkaya Eren; Parashos (2018), o MTA teve uma melhor adaptação marginal, uma baixa viscosidade, um menor tamanho da partícula, permitindo entrar nos túbulos dentinários. Clinicamente, o MTA apresentou alta taxa de cicatrização, entretanto, o Super-EBA ou o IRM tiveram um sucesso similar, porém apresentaram uma menor adaptação marginal do que o MTA.

Quanto a sua longevidade, Von Arx et al. em 2019, apresentaram um acompanhamento clínico de 10 anos da cirurgia parendodôntica com o MTA como selador apical, e verificaram que a taxa de sucesso de 1 ano e 5 anos foram similares, 91.6% e 91.4% respectivamente, porém, a taxa de sucesso diminuiu para 81,5% em 10 anos de observação. Os autores acreditam que a taxa de sucesso pode ter diminuído pelo quantitativo de casos acompanhados, porque no início foram 195 dentes, e apenas 119 dentes foram avaliados novamente após 10 anos.

Além disso, o insucesso do tratamento cirúrgico pode ser devido ao tamanho da lesão. Assim, segundo Çaliskan et al. (2016), as lesões menores tiveram uma cicatrização com 6 meses após a cirurgia, entretanto, lesões com tamanho de 10 a 20mm tiveram uma taxa ligeiramente menor de cicatrização, que pode ser associado a curetagem incompleta devido ao tamanho maior durante a cirurgia.

Sendo assim, Kruse et al. (2016), indicaram que o acompanhamento de um ano no pós-operatório não pode ser suficiente para avaliar o resultado do tratamento cirúrgico. Além do mais, para um

acompanhamento após a cirurgia, a TCFC promoveu resultados similares as radiografias intro-orais durante a reparação progressiva do osso periapical, portanto, a TCFC não é recomendada para continuidade do tratamento (JORGE et al., 2015).

6. CONCLUSÃO

Diante do exposto, a cirurgia parendodôntica está indicada em dentes totalmente calcificados e com a impossibilidade da realização da terapia endodôntica convencional. Sendo, a apicectomia e a obturação retrógrada o tratamento de escolha para a eliminação da microbiota e impedindo a invasão de micro-organismos para o interior da cavidade confeccionada.

7. REFERÊNCIAS

AHN, SY et al. Computer-aided design/computer-aided manufacturing–guided endodontic surgery: guided osteotomy and apex localization in a mandibular molar with a thick buccal bone plate. Journal of endodontics, v. 44, n. 4, p. 665-670, 2018.

AKBAR, I. Radiographic study of the problems and failures of endodontic treatment. International journal of health sciences, v. 9, n. 2, p. 111, 2015.

ALMEIDA-FILHO, J.; ALMEIDA, G.M.; MARQUES, E.F.; BRAMANTE, C.M. Cirurgia

Paraendodôntica: relato de caso. Oral Sci., Jan/Dez. 2011, vol. 3, nº. 1, p. 21-25

ANDREASEN, F.M.; KAHLER, B. Pulpal response after acute dental injury in the permanent dentition: clinical implications—a review. Journal of endodontics, v. 41, n. 3, p. 299-308, 2015.

BASTOS, J.V.; CÔRTES, M.I.S. Pulp canal obliteration after traumatic injuries in permanent teeth–scientific fact or fiction? Brazilian oral research, v. 32, 2018.

BEAM, Cone. AAE and AAOMR Joint Position Statement AAE and AAOMR Joint Position Statement Use of Cone Beam Computed Tomography in Endodontics 2015 Update. 2015.

BERNABÉ, P.F.E.; HOLLAND R. Cirurgia paraendodôntica: como praticá-la com embasamento científico.São Paulo: Artes Médicas. 2004;

BERNARDES, R.A. et al. Scanning electronic microscopy analysis of the apical surface after of root-end resection with different methods. Scanning, v. 37, n. 2, p. 126-130, 2015.

ÇALIŞKAN, M. K. et al. The outcome of apical microsurgery using MTA as the root-end filling material: 2-to 6-year follow-up study. International endodontic journal, v. 49, n. 3, p. 245-254, 2016.

CARDOSO, F.G.R. et al. Investigation of bacterial contents from persistent endodontic infection and evaluation of their inflammatory potential. Brazilian dental journal, v. 27, n. 4, p. 412-418, 2016.

CHERCOLES-RUIZ, A.; SANCHEZ-TORRES, A.; GAY-ESCODA, C. Endodontics, endodontic

retreatment, and apical surgery versus tooth extraction and implant placement: a systematic review. Journal of endodontics, v. 43, n. 5, p. 679-686, 2017.

CHONG, B. S.; RHODES, J. S. Endodontic surgery. British dental journal, v. 216, n. 6, p. 281, 2014. CHUGAL, N. et al. Endodontic treatment outcomes. Dental Clinics, v. 61, n. 1, p. 59-80, 2017.

CONNERT, T. et al. Guided Endodontics versus Conventional Access Cavity Preparation: A Comparative Study on Substance Loss Using 3-dimensional–printed Teeth. Journal of endodontics, v. 45, n. 3, p. 327- 331, 2019.

DE TOUBES, K.M.S. et al. Clinical approach to pulp canal obliteration: A case series. Iranian endodontic journal, v. 12, n. 4, p. 527, 2017.

GOMES, A.P.M.; KUBO, C.H.; CAETANO, M.A.L. Avaliação do selamento de retrobturações realizadas com superEBA e MTA após preparo cavitario com ultra-som ou brocas. Cienc Odontol Bras. 2003;

HENRIQUES, L.C.F. et al. Microbial ecosystem analysis in root canal infections refractory to endodontic treatment. Journal of endodontics, v. 42, n. 8, p. 1239-1245, 2016.

JORGE, E.G. et al. Periapical repair following endodontic surgery: two-and three-dimensional imaging evaluation methods. Brazilian dental journal, v. 26, n. 1, p. 69-74, 2015.

KAN, E. et al. Periapical microsurgery: the effects of locally injected dexamethasone on pain, swelling, bruising, and wound healing. Journal of endodontics, v. 42, n. 11, p. 1608-1612, 2016.

KIEFNER, P. et al. Treatment of calcified root canals in elderly people: a clinical study about the accessibility, the time needed and the outcome with a three-year follow-up. Gerodontology, v. 34, n. 2, p. 164-170, 2017.

KIM, S.Y. et al. Comparison of Gap Volume after Retrofilling Using 4 Different Filling Materials: Evaluation by Micro–computed Tomography. Journal of endodontics, v. 44, n. 4, p. 635-638, 2018.

KIM, S. et al. A randomized controlled study of mineral trioxide aggregate and super ethoxybenzoic acid as root-end filling materials in endodontic microsurgery: long-term outcomes. Journal of endodontics, v. 42, n. 7, p. 997-1002, 2016.

KIM, S.; KRATCHMAN, S. Modern endodontic surgery concepts and practice: a review. Journal of Endodontics, v. 32, n. 7, p. 601-623, 2006.

KOHLI, M.R. et al. Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature—part 3: comparison of endodontic microsurgical techniques with 2 different root-end filling materials. Journal of endodontics, v. 44, n. 6, p. 923-931, 2018.

KRASTL, G. et al. Guided endodontics: a novel treatment approach for teeth with pulp canal calcification and apical pathology. Dental Traumatology, v. 32, n. 3, p. 240-246, 2016.

KRUSE, C. et al. Periapical bone healing after apicectomy with and without retrograde root filling with mineral trioxide aggregate: a 6-year follow-up of a randomized controlled trial. Journal of endodontics, v. 42, n. 4, p. 533-537, 2016.

KÜÇÜKKAYA EREN, S.; PARASHOS, P. Adaptation of mineral trioxide aggregate to dentine walls compared with other root-end filling materials: A systematic review. Australian Endodontic Journal, 2018.

LARA-MENDES, S.T.O. et al. A New Approach for Minimally Invasive Access to Severely Calcified Anterior Teeth Using the Guided Endodontics Technique. Journal of endodontics, v. 44, n. 10, p. 1578-1582, 2018.

LARA-MENDES, S.T.O. et al. Guided endodontic access in maxillary molars using cone-beam computed tomography and computer-aided design/Computer-aided manufacturing system: A case report. Journal of endodontics, v. 44, n. 5, p. 875-879, 2018.

LEONARDO, M. R. Endodontia: tratamento de canais radiculares: princípios técnicos e biológicos.

São Paulo: Artes Médicas, 2005;

LIEBLICH, S.E. Endodontic surgery. Dental Clinics, v. 56, n. 1, p. 121-132, 2012. LOPES, H.P.; SIQUEIRA JR, J.F.. Endodontia: biologia e técnica. Elsevier Brasil, 2015.

MAIA, L.M. et al. Case Reports in Maxillary Posterior Teeth by Guided Endodontic Access. Journal of endodontics, v. 45, n. 2, p. 214-218, 2019.

MARQUES, I.V. et al. Perfuração radicular lateral em um dente com calcificação pulpar: um relato de caso. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, v. 7, n. 4, 2018.

MCCABE, P. S.; DUMMER, P.M.H. Pulp canal obliteration: an endodontic diagnosis and treatment challenge. International endodontic journal, v. 45, n. 2, p. 177-197, 2012.

MEDEIROS, F.B.G. Calcificações pulpares - características clínicas, imagenológicas e morfológicas - revisão sistemática. Monografia (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde, Natal, 2017;

NG, Y.-L.; MANN, V.; GULABIVALA, K. Tooth survival following non-surgical root canal treatment: a systematic review of the literature. International endodontic journal, v. 43, n. 3, p. 171-189, 2010.

ODA, D.F. et al. Reparo após cirurgia parendodôntica e preenchimento da cavidade cirúrgica com sulfato de cálcio de dentes indicados à exodontia–relato de caso. Full dent. sci, v. 8, n. 29, p. 128-132, 2016.

OGINNI, A. O.; ADEKOYA-SOFOWORA, C.A.; KOLAWOLE, K.A. Evaluation of radiographs, clinical signs and symptoms associated with pulp canal obliteration: an aid to treatment decision. Dental Traumatology, v. 25, n. 6, p. 620-625, 2009.

OLCAY, K.; ATAOGLU, H.; BELLI, S. Evaluation of Related Factors in the Failure of Endodontically Treated Teeth: A Cross-sectional Study. Journal of endodontics, v. 44, n. 1, p. 38-45, 2018.

PAVELSKI, M.D. et al. Paraendodontic surgery: case report. RGO-Revista Gaúcha de Odontologia, v. 64, n. 4, p. 460-466, 2016.

PEREIRA, R. S. et al. Microbial analysis of root canal and periradicular lesion associated to teeth with endodontic failure. Anaerobe, v. 48, p. 12-18, 2017.

PINTO, M. S. C. et al. Cirurgia parendodôntica: revisão da literatura. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina, v. 4, n. 4, p. 55-60, 2011.

POURHAJIBAGHER, M. et al. The evaluation of cultivable microbiota profile in patients with secondary endodontic infection before and after photo-activated disinfection. Photodiagnosis and photodynamic therapy, v. 18, p. 198-203, 2017.

RAEDEL, M. et al. Three-year outcomes of apicectomy (apicoectomy): Mining an insurance database. Journal of dentistry, v. 43, n. 10, p. 1218-1222, 2015.

RIIS, A. et al. Tooth Survival after Surgical or Nonsurgical Endodontic Retreatment: Long-term Follow-up of a Randomized Clinical Trial. Journal of endodontics, v. 44, n. 10, p. 1480-1486, 2018.

SAKAMOTO, M. et al. Molecular analysis of the root canal microbiota associated with endodontic treatment failures. Oral microbiology and immunology, v. 23, n. 4, p. 275-281, 2008.

SÁNCHEZ-TORRES, A.; SÁNCHEZ-GARCÉS, M.Á.; GAY-ESCODA, C. Materials and prognostic factors of bone regeneration in periapical surgery: A systematic review. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal, v. 19, n. 4, p. e419, 2014.

ŞENER, S.; COBANKARA, F.K.; AKGÜNLÜ, F. Calcifications of the pulp chamber: prevalence and implicated factors. Clinical oral investigations, v. 13, n. 2, p. 209, 2009

SETZER, F.C. et al. Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature—part 1: comparison of traditional root-end surgery and endodontic microsurgery. Journal of endodontics, v. 36, n. 11, p. 1757- 1765, 2010.

SETZER, F.C. et al. Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature—part 2: comparison of endodontic microsurgical techniques with and without the use of higher magnification. Journal of endodontics, v. 38, n. 1, p. 1-10, 2012.

SIDDIQUI, S.H.; MOHAMED, A.N. Calcific metamorphosis: a review. International journal of health sciences, v. 10, n. 3, p. 437, 2016.

ŞIMŞEK-KAYA, G. et al. A decision analysis for periapical surgery: Retrospective Study. Journal of clinical and experimental dentistry, v. 10, n. 9, p. e914, 2018.

SONG M., KIM H.C, LEE W., KIM E. Analysis of the cause of failure in nonsurgical endodontic treatment by microscopic inspection during endodontic microsurgery. J Endod. 2011;

STRBAC, G.D. et al. Guided modern endodontic surgery: a novel approach for guided osteotomy and root resection. Journal of endodontics, v. 43, n. 3, p. 496-501, 2017.

TABASSUM, S.; KHAN, F.R. Failure of endodontic treatment: The usual suspects. European journal of dentistry, v. 10, n. 1, p. 144, 2016.

TAVARES, W.L.F. et al. Guided endodontic access of calcified anterior teeth. Journal of Endodontics, v. 44, n. 7, p. 1195-1199, 2018.

TORABINEJAD M, CORR R, HANDYSIDES R, SHABAHANG S. Outcomes of nonsurgical retreatment and endodontic surgery: a systematic review. J Endod. 2009;

TORRES, A. et al. Microguided Endodontics: A case report of a maxillary lateral incisor with pulp canal obliteration and apical periodontitis. International endodontic journal, v. 52, n. 4, p. 540-549, 2019.

VIEIRA, G.C.S. et al. Molecular analysis of the antibacterial effects of photodynamic therapy in endodontic surgery: A case series. Journal of endodontics, v. 44, n. 10, p. 1593-1597, 2018.

VON ARX, T. et al. A 10-year Follow-up Study of 119 Teeth Treated with Apical Surgery and Root-end Filling with Mineral Trioxide Aggregate. Journal of endodontics, 2019.

VON ARX, T. Apical surgery: A review of current techniques and outcome. The Saudi dental journal, v. 23, n. 1, p. 9-15, 2011.

VON ARX, T.; PENARROCHA, M.; JENSEN, S. Prognostic factors in apical surgery with root-end filling: a meta-analysis. Journal of endodontics, v. 36, n. 6, p. 957-973, 2010.

WESSELINK, P.R. et al. Periapical healing of endodontically treated teeth in one and two visits obturated in the presence or absence of detectable microorganisms. Int Endodontic Journal, 2002.

YE, S. et al. A novel method for periapical microsurgery with the aid of 3D technology: a case report. BMC oral health, v. 18, n. 1, p. 85, 2018.

Capítulo 19

10.37423/220505883

BENEFÍCIOS DA ARTETERAPIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Bianca Melissa Sena Costa — *Universidade da Amazônia*

Cecy Pinto do Nascimento — *Universidade da Amazônia*

Maria Rita de Cássia da Silva Rodrigues Melo — *Universidade da Amazônia*

Resumo: A arteterapia permite ao ser humano a liberação de seus sentimentos e emoções, aumentando a qualidade afetiva das relações interpessoais, pela melhora da comunicação, fortalecimento da autoimagem e redescoberta de potenciais criativos**.** Devido o aumento no índice da população idosa, em algumas regiões do Brasil a busca por Instituições de Longa Permanência tem crescido de forma exponencial. Este estudo terá como objetivo investigar os benefícios da arteterapia com idosos institucionalizados. Utilizamos como metodologia pesquisas bibliográficas, qualitativa descritiva, buscando artigos científicos que abordavam o tema; procuramos textos no período de outubro a novembro de 2019, conduzida nas bases de dados, SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), REVISBRATO, PEPSIC. Encontramos mais de 120 escritos na primeira busca, porém, apenas 17 destes que condiziam com os critérios de inclusão definidos. Nos resultados foram encontrados apenas cinco artigos em Português no qual terapeutas ocupacionais faziam uso direto da arteterapia e na língua espanhola, foram encontrados somente artigos de arteterapia em seu uso geral. Com os dados resgatados foi possível concluir que ainda são escassos os artigos publicados por terapeutas ocupacionais utilizando este recurso em questão, apesar de ser possível perceber a eficácia e benefícios da arteterapia junto aos idosos institucionalizados.

Palavras-Chave: Terapia Ocupacional; Terapia pela arte; idosos; ILPI´s.

1 – INTRODUÇÃO

A arteterapia é um método de intervenção que pode ofertar ao idoso institucionalizado maior facilidade em se comunicar, tendo em vista que possibilita a este expressar emoções, auxiliando no resgate simbólico, podendo despertar e ativar a criatividade, e ainda proporcionar um desbloqueio e transmissão à consciência, instruções e informações trazidas do inconsciente, de tal forma a facilitar também o desenvolvimento da personalidade e proporcionar a aquisição de habilidades.[1]

A arteterapia é uma técnica que utiliza de diversas formas de linguagem podendo utilizar linguagens não-verbais, como a sonora, a corporal e a plástica, estimulando órgãos do sentido, e também as funções motoras e cognitivas, favorecendo ao indivíduo a sua percepção, sensibilidade e evidências sobre as relações interpessoais. [2]

Sabendo da relevância das questões emocionais e que estas afetam não apenas a saúde mental do idoso mas, podendo também interferir na realização das suas atividades cotidianas e nos seus papéis ocupacionais, verifica-se a importância do terapeuta ocupacional junto a este público. [3]

Este profissional tem como recurso principal de intervenção o uso da atividade, dentre elas, as atividades do tipo expressivas, que buscam proporcionar ao indivíduo a oportunidade de elaborar, assim como integrar partes e reconstruir sua história e ainda buscar o resgate de papéis de acordo com o grau de valia e significado para o sujeito. A Terapia Ocupacional utiliza como principal recurso de sua intervenção o uso das atividades, podendo estas serem do tipo: produtivas/ construtivas; lúdicas /lazer/ recreação; autoconfiança/ autoestima; orientação em saúde; práticas corporais e expressivas.[4]

Conforme Loiola e Andriola 4, as atividades expressivas são utilizadas, principalmente, em trabalhos voltados para a saúde mental. Através destas atividades, é possível trabalhar a subjetividade do indivíduo e modificar a sua realidade desenvolvendo capacidades pessoais e estabelecendo uma ponte entre o real e o imaginário. De tal forma que proporciona ao indivíduo a construção da sua autonomia, e o prazer de desfrutar da criação, valorizando o resultado final de suas produções.[5]

Por esta razão a Terapia Ocupacional buscou através da Arteterapia uma forma de possibilitar ao idoso expressar seus conflitos internos. Esta técnica permite que o individuo descubra uma gama de possibilidades de expressar-se para poder figurar e reconfigurar as suas dificuldades de relacionar-se com o outro e com o mundo, através do uso de técnicas e materiais artísticos [6].

Baseado nessa necessidade de utilizar a arteterapia como recurso terapêutico no ambiente de institucionalização, o presente estudo tem como objetivo geral analisar os benefícios que a arteterapia traz para os idosos institucionalizados, visto que, o processo de institucionalização, muitas vezes leva o idoso a experimentar mudanças ligadas à perda de papéis, de autonomia e confiança, podendo ocasionar quadros de dependência para a realização das atividades cotidianas e estado de solidão, pois os papéis do idoso são modificados, tendo em vista, que em alguns casos, o idoso era o provedor do lar, passando agora, a obedecer as regras da instituição. [7]

Observou-se também, uma carência de pesquisas que abordem diretamente a Arteterapia como recurso terapêutico com idosos no ambiente de institucionalização. Pretendemos então, além do objetivo supracitado, incentivar reflexões sobre as possibilidades de utilização da arteterapia como método capaz de estimular a expressividade e proporcionar bem estar, através do uso de diversos recursos, tais como a pintura, dança, desenho, música, modelagem, recorte entre outros, cujo a arteterapia se apropria para alcançar seu objetivo final.

2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para obtenção dos dados abordados no referido estudo, foi realizado uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo descritivo, efetivada no período de outubro a novembro de 2019, buscando encontrar artigos que tivessem o foco na arteterapia com idosos institucionalizados, visando analisar os efeitos causados pelo uso da arteterapia como recurso terapêutico dentro da atuação da Terapia Ocupacional.

A partir do que nos propomos a fazer e discutir, lançamos mão dos métodos qualitativos descritivos, vale ressaltar que este método tem por finalidade descrever de forma criteriosa aos fatos e fenômenos de uma determinada realidade, visando a obtenção de dados sobre aquilo que foi definido como um problema a ser investigado [8].

Esta pesquisa foi conduzida tendo como principais bases de dados SCIELO (ScientificElectronic Library Online), Lilacs (Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde), e REVISBRATO.

As palavras chaves utilizadas foram: Terapia Ocupacional, arteterapia, idoso, ILPI´s. Termos em Inglês: Occupational therapy, art therapy, elderly, ILPI´s.

Não obstante, na combinação de termos selecionados, foram encontrados mais de 120 artigos em Português e Espanhol, na realização do primeiro levantamento de dados, entre estes foram selecionados apenas os que mais se enquadravam na temática abordada, e que apresentavam-se de

acordo com nossos critérios de inclusão e exclusão, que serão descritos por conseguinte, frente a isto foram selecionados 24 artigos, haja vista que há uma carência de artigos voltados para os benefícios da arteterapia na terceira idade, bem como o uso destas por terapeutas ocupacionais.

Dentro dos critérios de inclusão dos artigos foram inseridos estudos que foram publicados na língua portuguesa e na língua espanhola, publicados entre os períodos de 2009 a 2019, o qual buscou-se estudos com ênfase em instituições de longa permanência e artigos que relatassem o uso da arteterapia como intervenção terapêutica, assim como os efeitos causados por esta.

Tendo em vista a escassez de materiais bibliográficos voltados para o uso da arteterapia por terapeutas ocupacionais, houve a necessidade de abranger a busca de artigos publicados por outros profissionais que atuavam juntamente com terapeutas ocupacionais nas intervenções, tais itens foram utilizados como instrumento principal para alcançarmos os resultados deste trabalho. Após a verificação dos materiais através dos critérios de inclusão e exclusão deste artigo, por fim foram selecionados 24 estudos os quais embasaram esta pesquisa. (Retirar essa parte em amarelo pois já acrescentei la em cima)

3 – RESULTADOS E DISCUSSÃOES

Ao longo dessa pesquisa, foram definidos cinco pontos norteadores vinculados a temática da pesquisa em questão.

O primeiro tópico (I) refere-se a terapia ocupacional nas ILPI`S, o segundo (II) apresentamos a arteterapia, a qual será abordado o conceito, surgimento, objetivo e outros tópicos que envolvem esta técnica. No terceiro tópico (III) será abordado sobre a arteterapia como recurso terapêutico, em sequência, o quarto tópico (IV) aborda os benefícios da arteterapia com idosos institucionalizados e por fim, o último tópico (V), sendo este o tópico principal haja vista que refere-se a utilização da arteterapia como recurso terapêutico, ao qual será exposto em forma de tabela.

3.1TERAPIA OCUPACIONAL NAS ILIP`S

Tendo como base os argumentos citados pelos autores aos quais foram revisados, foi possível obter várias reflexões acerca do profissional de Terapia Ocupacional no contexto das ILPI`s, utilizando a arteterapia como método de intervenção junto aos idosos e os possíveis impactos ocasionados por esta, diante disso estes autores retratam:

> É de fundamental importância a intervenção terapêutica ocupacional junto aos idosos que residem em ILPI's, haja vista que esta profissão tem por objetivo principal evitar ou minimizar o surgimento de incapacidades funcionais que possam interferir na qualidade de vida do sujeito. Para a autora, o terapeuta ocupacional é o profissional que visa identificar as habilidades que possam ser restauradas ou adaptadas, buscando potencializá-las almejando à independência e à autonomia, segundo as singularidades de cada caso. [9]

A institucionalização pode por vezes se tornar um processo danoso, pois o idoso institucionalizado pode experimentar mudanças ligadas à perda de papéis, de autonomia e confiança, podendo ocasionar quadros de dependência para a realização das atividades cotidianas e estado de solidão. 9

Visto isso, foi possível perceber que a institucionalização gera no idoso perda de papéis e modificações de sua rotina, portanto, fato este que ressalta a importância da participação de um terapeuta ocupacional nas ILPI`s, tendo em vista, que, com a sua intervenção irá auxiliar o idoso no processo aceitação da sua nova rotina e papel ocupacional, proporcionando independência e autonomia ao realizar suas novas ocupações dentro da ILPI's. Diante do pressuposto, a Terapia Ocupacional busca minimizar os possíveis impactos da institucionalização no cotidiano do idoso, almejando adapta-lo ao novo contexto ao qual está inserido, consequentemente vai contribuir ainda sobre uma potencial melhora da qualidade de vida e do bem estar, conforme pressupõem.[10]

Todavia, as ILPI´s têm desmontrado-se como uma solução para muitos idosos e familiares, principalmente quando essa decisão parte do consentimento do idoso. O contexto de institucionalização, para os residentes de ILPI´s, pode representar uma possibilidade de cuidado, como forma de manutenção da vida, otimização de seu bem-estar e, ou até mesmo em determinadas situações apresentar-se como a única opção que o idoso tem de moradia. [11]

Nesse sentido, associada à reflexão dos autores acima, foi possível compreendermos o quanto é de suma importância a atuação da Terapia Ocupacional dentro do contexto das ILPI´s, desde a promoção, visando o bem – estar do idoso até o processo de intervenção, podendo este favorecer possíveis adaptações para uma melhor qualidade de vida (QV) de tal forma a tornar tanto o processo de envelhecimento quanto a institucionalização menos impactante.

3.2 ARTETERAPIA

A arte existe desde os tempos mais remotos, conforme mostram as pinturas em cavernas, as quais encontravam-se rabiscos representado os “bisões” e diversos outros animais sendo caçados pelo homem primitivo, esta era uma forma de manifestação expressiva muito utilizada na época e ainda representava a crença de realizar e apodera-se da figura retratada. [16]

A arte vem sendo usada dentro da área da saúde desde o século XIX, algumas literaturas afirmam que esta passou a ser um método terapêutico a partir de 1930, a partir do momento ao qual alguns psiquiatras passaram a se interessar pelos trabalhos realizados por alguns pacientes com quadro de esquizofrenia, buscando associação entre as produções artísticas e a patologia. [16]

Desse modo, podemos ver como a arte é fundamental para a humanidade, sem ela não haveria como nos expressarmos com o mundo e consigo mesmo. CIASCA *apud* Boehm et al, 2014, a arte auxilia o indivíduo a comunicar suas emoções, experiências e anseios, os quais, muitas vezes, seriam de difícil expressão verbal. Essa modalidade de terapia pode auxiliar pessoas que estejam vivenciando momentos de conflitos emocionais, existenciais ou espirituais. Assim sendo, a arte torna-se uma comunicação alternativa, lidando com situações, alentando recursos pessoais e descobrindo a própria capacidade de resolução de problemas, além de propiciar o relaxamento. [17]

A partir do que foi explanado, podemos determinar que, a arteterapia é benéfica não só para quem esteja passando por momentos de dificuldade, mas também para o bem-estar pessoal, para a realização de si e pela própria necessidade de nos expressarmos. Aferiu-se também que, a arteterapia não tem como objetivo substituir as terapias medicamentosas, mas sim oferecer um complemento para auxiliar na recuperação, engajamento social e redução da exclusão. [18]

3.3 A ARTETERAPIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO

Para um terapeuta ocupacional, se define *recurso* como um objeto ou um meio que lhe permite fazer atividades que sejam úteis no momento, a fim de alcançar um objetivo, enquanto a arterapia é uma recurso terapêutico de acordo com a legislação resolução nº350 de 13//06/2008 COFFITO Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (D.O.V.17/06/2008) Objetivando-se que a arteterapia é um recurso terapêutico que promove o individuo a expressar seus sentimentos, emoções e angustia do inconsciente através da linguagem plástica, musicais ou corporal. [18]

De acordo com as definições anteriores, os autores usam o sentido amplo da arteterapia como recurso dentro da saúde, visando que não é de uso exclusivo do terapeuta ocupacional, mas de uma equipe multidisciplinar.

A Terapia Ocupacional atua nesse contexto como uma forma de reabilitar ou adaptar o indivíduo às suas condições cotidianas, ocupacionais ou de lazer. O termo “ocupação” em Terapia Ocupacional não se refere simplesmente a profissões ou treinamentos profissionais, e sim a todas as atividades que ocupam o tempo das pessoas proporcionando sentido às suas vidas. Na Terapia Ocupacional, a

arteterapia é utilizada no intuito de favorecer o relacionamento do indivíduo com o seu fazer, cujos objetivos favorecem o resgate de vivências subjetivas, ou seja, do ser práxico, preservando ou estimulando a criatividade e expressividade. 4

No momento em que um terapeuta ocupacional propõe um recurso, em sua análise de atividade o mesmo tende a se embasar teoricamente através de pesquisas e estudos, visando não apenas o entendimento de um procedimento, mas um método personalizado para cada paciente, isso ocorre inclusive, no uso da arteterapia como opção terapêutica, visto que este método também possui eficácia e garantirá a reabilitação do sujeito.

> Ainda para este estudo, autores ressaltam que a arteterapia possui um potencial terapêutico por seu caráter flexível capaz de ultrapassar o *setting* terapêutico, podendo ser utilizada nos diferentes contextos, como atividade, recurso, meio, fim. É importante lembrar, que o significado que a arteterapia ocupa na vida do sujeito depende também de aspectos (históricos, culturais e sociais) que são vinculados às vivências cotidianas deste sujeito. [21]

Dado este contexto, estímulos provocados pela arteterapia podem modificar a significativo recurso de amenização do medo e da ansiedade 20 tendo em vista que o idoso tem uma melhor aceitação de si e de sua realidade, visto que, está terapia vai facilitar através da produção plástica a comunicação 22

A arteterapia propicia várias técnicas criativas e terapêuticas pois permite o desenvolvimento pessoal do indivíduo, da personalidade, bem como das relações sociais. O sentimento e a vivência em grupos terapêuticos facilita a interação social no trabalho com idosos institucionalizados 21

Por fim podemos vislumbrar que o terapeuta ocupacional está habilitado para usar este recurso terapêutico, que é a arteterapia, de modo que se consiga compreender que cada indivíduo vai ter o seu desenvolvimento de acordo com suas vivências e significados.

3.4 BENEFÍCIOS DA ARTETERAPIA

O uso da arte dentro do processo terapêutico, permite identificar através de imagens, música e escrita, formas de representar as expressões, sentimentos, pensamentos e sensações presentes em um determinado momento da vida. De tal forma que o uso desta como recurso terapêutico é uma atividade que proporciona o uso de técnicas expressivas, ou seja, a expressão artística. Neste sentido, a arte não tem por objetivo a estética, mas possibilitar e facilitar a ocorrência da comunicação e da expressão. Sendo assim, para a arteterapia a estética tem pouca relevância dando ênfase ao significado do que se faz. Dessa maneira a terapia pela arte não necessariamente se delimita aos clássicos da psicoterapia através da linguagem artística, uma vez que na Fonoaudiologia, Fisioterapia,

Enfermagem, Psicopedagogia e Terapia Ocupacional a arte também é utilizada como a Terapia pela Arte. [12]

Segundo especialistas, a arteterapia possui muitos benefícios, que podem ser associados ao bem-estar e a expressividade de idosos institucionalizados, como relatam, por exemplo, Coqueiro, Vieira e Freitas[13] .

A arteterapia demonstra-se como um instrumento de fundamental importância para combater o ócio e isolamento, buscando de tal forma facilitar o engajamento e a participação ativa dos idosos nas atividades, proporcionando vivências e afeições, favorecendo o desenvolvimento e enriquecimento das relações interpessoais e qualidades de vida grupais.

De acordo com estudos sobre a arteterapia, esta promove o bem-estar, a expressividade e representação dos sentimentos, através do compartilhamento de histórias, experiências e vivências que não tiveram ainda a possibilidade de ser expressados, escutados ou até mesmo acolhidos. A partir do uso da arteterapia o indivíduo consequentemente consegue expor seus conflitos e dificuldades, desta forma ode ainda auxiliando no enfrentamento destes. É através da autoimagem, que será proporcionado também um encontro fidedigno da pessoa consigo mesma, favorecendo a auto compreensão de suas habilidades e emoções. Acampora e Acampora (faltou a referencia deste) 14. Tendo em vista que a arteterapia promove diversos benefícios nos diferentes aspectos dos idosos, como os afetivos, culturais, cognitivos, motores, sociais, entre outros.

Ao focar na relação entre idoso e arteterapia, é destacado um fator imprescindível que condiz com o repertorio significativo de efeitos que a mesma oferece, unindo pontos importantes do ser humano que possibilitam impactos favoráveis para sua saúde, bem-estar e cognição. Esses repertórios podem ser tanto positivos quanto negativos pois dependerá de uma série de situações vividas pelo indivíduo. Diante disso é importante citar que os efeitos negativos gerados por esta, podem causar desconfortos, isolamento social, percepção negativa da autoimagem, ligadas ao engajamento com produção artística, gerando raiva e mais gravemente nos levar a estados conturbados de consciência. 15

3.5 A UTILIZAÇÃO DA ARTETERAPIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO

Neste ponto da pesquisa, abordaremos estudos de artigos que utilizaram a arteterapia como recurso terapêutico ocupacional de diferentes formas, em hospitais, com idosos institucionalizados, em saúde mental, com grupos e oficinas terapêuticas.

Tabela 1- Utilização de mandalas com idosos para reduzir os sintomas depressivos.

TÍTULO Do ARTIGO	AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	CONSIDERAÇÕES
A pintura de mandalas como meio de intervenção no tratamento terapêutico ocupacional para idosos com sintomas depressivos.	Danielle dos Santos Cutrim Garros, Lariane de Souza Machado.	Avaliar o uso da técnica de pintura de mandalas para reduzir sintomas de depressão em idosos de um programa de atendimento em Terapia Ocupacional.	Análise quantitativa descritiva através de frequência simples.	Os resultados obtidos evidenciaram que a atividade artística é um recurso terapêutico eficaz mesmo com uma amostra pequena. O estudo sugeriu, através da avaliação utilizada, que o protocolo com a pintura de mandalas causou diminuição dos sintomas depressivos em idosos. O estudo na busca da redução dos sintomas referidos beneficiam o indivíduo, favorecendo o desempenho na execução das atividades de vida diária, a autonomia e a independência dos idosos desta pesquisa.

Tabela 2- Grupos e oficinas terapêuticas ocupacionais em saúde mental em uma unidade de internação intensiva.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	CONSIDERAÇÕES
A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes em saúde mental.	Janaina Bussola Montrezor.	Demonstrar a efetividade da Terapia Ocupacional junto à pacientes portadores de transtornos mentais através de grupos	Estudo comparativo de caso, tendo seguido uma abordagem quantitativa, realizada em uma instituição de internação intensiva em saúde mental da cidade de Santos, SP, no período de julho a	Os pacientes que participaram dos grupos terapêuticos apresentaram uma melhora significativa em seu quadro clínico, receberam alta hospitalar no período predeterminado pela instituição e

	terapêuticos em uma unidade de internação intensiva. Os grupos terapêuticos realizados foram: grupos de reflexão, operativos, oficinas de desenho e de artes.	dezembro de 2010.	retomaram suas atividades na sociedade. Pode-se concluir que os grupos terapêuticos são eficazes no tratamento de pacientes de saúde mental, uma vez que contribuem para a sua alta hospitalar, melhorando seu quadro clínico.

Tabela 3- Arteterapia como recurso terapêutico ocupacional na terceira idade.

TÍTULO DO ARTIGO	**AUTORES**	**OBJETIVO**	**METODOLOGIA**	**CONSIDERAÇÕES**
Arteterapia: recurso terapêutico ocupacional na terceira idade.	Josy Mariane Thaler Martinie, Maria Tereza Junqueira Carvalho Filha, Sandra Aiache Menta.	Analisar os meios para o desenvolvimento da arteterapia, como estratégia do tratamento terapêutico na terceira idade.	Pesquisa de caráter exploratório (e de ação) e descritivo, caracterizada por um estudo de caso, cujo ambiente escolhido foi o Asilo São João Bosco, com o intuito de relacionar o que a literatura informa a respeito da Arteterapia com pacientes idosos.	As pacientes tiveram a possibilidade de mergulhar no seu próprio inconsciente e passar para a tela o conhecimento de si.

Tabela 4- Tecendo fios de ouro com a arte na Terapia Ocupacional

TÍTULO DO ARTIGO	**AUTORES**	**OBJETIVO**	**METODOLOGIA**	**CONSIDERAÇÕES**

Tecendo fios de ouro numa Terapia Ocupacional hibridizada com a arte.	Èrica de Nazaré Marçal Elmescany, Ivone Xavier, Pedro Paulo Freire Piani, Wladilene de Sousa Lima.	Processo criativo de modelagem de um objeto de pesquisa e apresenta uma composição simbólica, inspirada nos elementos da natureza, que resultou em uma proposição de uma tessitura da Terapia Ocupacional hibrizada com a arte.	Dispositivo de dilatação da dimensão simbólica do objeto, na qual os pesquisadores são estimulados a dar passagem para uma aventura poética, por meio da representação dos elementos, o elemento terra é a cartografia, o fogo é o cuidado, o ar é a arte, a água é o corpo e o éter é o ato poético.	Considerando a necessidade de um cuidado sensível na proximidade da morte, pautado na construção de processos de saúde, na potencializaçãodos investimentos na vida e na criação de possibilidades fazer, ser e tornar-se na finitude , faz sentido: conectar, abrir repertórios, trocar olhares, experimentar, materializar, afetar, tocar, comunicar, criar, alargar fronteiras. Esses são os devires desta proposta de uma clínica de cuidados, marcada por sutilezas e experiências estéticas acolhedoras, que espera o tempo certo para ser fotografada.

Tabela 5- A arteterapia como recurso terapêutico.

TÍTULO DO ARTIGO	**AUTORES**	**OBJETIVO**	**METODOLOGIA**	**CONSIDERAÇÕES**
A arteterapia e seus recursos terapêuticos com o idoso institucionalizado, na melhora física, cognitiva e emocional.	Katia Nascimento da Rosa.	A preocupação com a pessoa idosa, alertando-nos para uma demanda nova e crescente em nosso meio,	Pesquisas bibliográficas, a sites na internet, ao estatuto do idoso.	A importância da atividade trazendo o idoso para o convívio social, e ao mesmo tempo, as áreas cognitiva, física e emocional recebendo estímulos, passando assim a melhorar a autoestima,

	que não pode ser ignorada e sim, valorizada. A importância da ocupação, do fazer e da estimulação criando novas condições de vida satisfação, alegria e prazer, contribuindo para retardar o declínio dos sistemas fisiológicos.	autonomia e independência.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos materiais coletados e estudados, foi possível concluir que o terapeuta ocupacional ainda escreve ou mesmo publica poucos artigos sobre o uso da arteterapia como um recurso terapêutico no contexto da institucionalização ou até mesmo no seu uso abrangente da área da saúde. Observou-se também, que não há uma quantidade satisfatória na espanhola, sendo que nesta primeira língua encontramos ao longo da pesquisa apenas cinco artigos.

Não obstante, os materiais encontrados sobre Terapia Ocupacional, especificamente no âmbito da utilização da arteterapia como recurso terapêutico ao idoso institucionalizado, foi possível identificarmos com o material que obtínhamos que, através da arteterapia é possível obtermos resultados semelhantes no que diz respeito ao bem-estar, qualidade de vida (QV) e a melhora no quadro clínico dos idosos institucionalizados, proporcionando atividades prazerosas e diferenciadas das que são normalmente trabalhadas nas instituições, capazes de favorecer ganhos significativos aos mesmos, dentro das ILPI`s.

Ainda que tenhamos um resultado favorável, alguns pontos importantes necessitam de uma averiguação mais enraizada, sendo necessário, realizar mais pesquisas exploratórias e de campo, para que mais pesquisadores, acadêmicos, profissionais e pessoas interessadas nessa temática, possam entender como se dá a atuação do terapeuta ocupacional utilizando a arteterapia como recurso

terapêutico com idosos institucionalizados, extraindo dessas intervenções os benefícios que a arteterapia proporciona para esse público, além de divulgar a Terapia Ocupacional.

REFERÊNCIAS

1. GUEDES M.; H.; M.; GUEDES H.; M.; ALMEIDA M.; E., F.(2011); Efeito da prática de

   trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos.. Disponível em: http://www.scielo.br. Acesso em: 08 Abr.2019

2. LOPES.; T.; J.; B.(2011); Arteterapia em idosos: efeitos nas funções cognitivas.. Dispon´vel em: http//www.repositorio.ismt.pt. Acesso em: 08 Abr.2019

3. MONTREZOR.; J.; B.(2013); A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental.. Disponível em:

   http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br. Acesso em: 08 Abr.2019

4. ELMESCANY E.; N.; M.; XAVIER.; I.; PIANI P.; P.; F.; LIMA W.(2018); S.; Tecendo fios de ouro numa terapia ocupacional hibridizada com a arte. Disponível em: http://www.pepsic.bvsalud.org . Acesso em: 08 Abr.2019

5. LOIOLA R. S.; ANDRIOLA C. J. S (2017); A Arteterapia como instrumento do psicólogo na clínica; Disponível em: http://www.idonline.emnuvens.com.br/id/article; Acesso em: 08 Abr.2019.

6. - REIS A.C.(2014); Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do psicólogo. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf ; Acesso em: 21 de out 2019

7. SILVA.; J.; D.; A.; COMIN F.; S.; SANTOS M.(2017); A.; Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde.

8. TRIVINOS 2008 AUGUSTO, C. A. et al (2018). Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). Revista de Economia e Sociologia Rural, Brasília, v. 51, n. 4, out./dez.. Disponívelem:

   <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010320032013000400007&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 23 out. 2019.

9. CAVALCANTE Alessandra; GALVÃO Claudia;(2007) Terapia Ocupacional fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

10. - CARDOSO et al, (2017). A contribuição da Terapia Ocupacional com idosos em ILPI: um relato de experiência. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

11. - OLIVEIRA J. M.; ROZENDO C. A. (2014); Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 67, n. 5, p. 773-779, out. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br ; Acesso em: 29 out. 2019

12. - GUEDES M.; H.; M.; GUEDES H.; M.; ALMEIDA M.; E., F. (2011); Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos.. Disponível em: http://www.scielo.br). Acesso em: 29 out. 2019

13. - COQUEIRO N.; F.; VIEIRA F.; R.; R.; FREITAS M.; M.; C.; (2010) Arteterapia como

14. dispositivo terapêutico em saúde mental. 2010. Disponível em: http//www.scielo.br

15. CORREIA P.; R.; TORRENTÉ M.; O.; N.; (2019) Efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura.

16. CIASCA E. C. (2017); Arteterapia e depressão: efeitos da arteterapia como terapia complementar no tratamento de depressão em idosos. Disponível em: http://www.teses.usp.br, Acesso em: 29 out. 2019

17. CABAÇO A.; S.; M.; A.; C. (2014); A influência da arteterapia no bem-estar em idosos institucionalizados: um estágio na associação Casapiana de Solidariedade. Disponível em: http://www.recil.grupolusofona.pt. Acesso em: 29 out. 2019

18. GARROS DSC, MACHADO LS. (2019). A pintura de mandalas como meio de intervenção no tratamento terapêutico ocupacional para idosos com sintomas depressivos. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. v.3(2): 209-218. Disponível em: http://www.revistas.ufrj.br. Acesso em: 29 out. 2019

19. MARTINIER J.;M.;T.; FILHA M.; T.; J.; C.; MENTA.; S.; A. (2016); Arteterapia: recurso terapêutico ocupacional na terceira idade. Disponível em: www.multitemas.ucdb.br)

20. MACHADO B. (2017) ; A neuropsicologia e a arteterapia como reabilitação nos transtornos de ansiedade. Disponível em: http://www.inesul.edu.br)

21. JESUS, Alanna Santos de. Recurso, (2018) atividade: diferentes usos da música pela terapia ocupacional – uma revisão sistemática. Lagarto, SE. 1 CD-ROM. Monografia (Graduação em Terapia cupacional) - Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2018.)

22. LOPES, T. J. B. (2011). Arteterapia em idosos: efeitos nas funções cognitivas. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clinica, ramo de Especialização em Psicoterapia e psicologia clinica. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.

Capítulo 20

10.37423/220505884

A HIPOTERMIA NO PERÍODO DO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Priscila Casemiro Queiroga Scherrer

Universidade Paulista - UNIP

Alexandre Scherrer Tomé

Universidade Metodista de São Paulo

Resumo: Hipotermia é uma das complicações mais comuns na recuperação anestésica causada pela depressão do SNC (sistema nervoso central), por baixa temperatura, menor que 35ºC, trazendo fatores de riscos para o paciente e complicações. Manter a normotermia do paciente é indispensável, e obter ações para que diminua a ocorrência da hipotermia é importante. O enfermeiro precisa proporcionar ações eficazes para a prevenção, no qual diminua as complicações a este evento. A metodologia trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica de literatura, de natureza descritiva exploratória. Em relação ao objetivo do estudo, descrever a ocorrência da hipotermia no pós-operatório imediato de pacientes que se submetem a procedimentos cirúrgicos. Quanto aos resultados os artigos selecionados, ajudaram a identificar os fatores relacionados, trazendo comparações relevantes ao tema as intervenções de como a equipe podem minimizar os riscos para hipotermia. Referente à conclusão foi possível observar nos estudos, que a maior causa da hipotermia no pós-operatório, seria pelo fato da prevenção que não ocorre antecipadamente no intraoperatório, devido à falta da intervenção da enfermagem.

Palavra chave: Hipotermia, pós-operatório, Intervenção de enfermagem

INTRODUÇÃO

Pacientes cirúrgicos são aqueles que carecem de uma intervenção médica de urgência ou eletiva, onde situa um distúrbio fisiopatológico em seu organismo, que necessita transpor por cuidados cirúrgicos para remoção, ou reparação do órgão, para uma boa recuperação[1].

De acordo com a portaria RDC 50 de 21/02/2002[2], Centro Cirúrgico é uma unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como uma organização complexa devido as suas características de assistência especializada. Uma unidade específica do hospital que ocorre várias cirurgias de pequena á grande complexidade, um ambiente que muitas vezes proporciona ao paciente, ansiedade, medo do desconhecido, dos ricos a saúde e da anestesia, isto é eminente.

O Centro cirúrgico oferece ao paciente assistência integral com atendimento individualizado, disponibilizando EPI's (equipamentos proteção individual), materiais estéreis, e técnicas asséptica. Tudo isso para garantir a total integridade e segurança do procedimento, conforto do paciente.[1] A estrutura física do centro cirúrgico deve estar de acordo com as normas da ANVISA e um dos parâmetros importantes a ser seguido é a temperatura da sala cirúrgica. A *Association of Peri Operative Registered Nurses* (AORN) recomenda que a temperatura nas salas de operações na unidade de centro cirúrgico seja mantida entre 20 e 23°C, e a umidade do ar ambiente, entre 30 e 60%.[3]

Paciente que submete a intervenção cirúrgica deve passar por alguns preparos no pré-operatório os quais são de extrema importância para transcorrê-lo da mesma e qualidade do serviço. Fazer uma boa anamnese e exame físico pelo enfermeiro, avaliação do anestesista e verificando juntos com exames laboratoriais ou de imagens, ECG (eletrocardiograma), classificação de ASA (*American Society of Anesthesiologists*) e avaliação cirúrgica. O preparo do paciente deve ser seguido rigorosamente como, jejum, tricotomia, higiene em geral, antibioticoprofilaxia. Essas avaliações são primordiais para redução de intercorrência durante o ato cirúrgico. [4]

Quanto ao intraoperatório ou perioperatório, iniciam-se quando paciente é recepcionado na sala cirúrgica, no qual ocorre todo preparo como punção venosa, posição do paciente na maca cirúrgica, anestesia, procedimentos para conforto ao paciente, temperatura da sala, cuidados de enfermagem, protocolos a serem seguidos de acordo com a instituição, materiais e equipamentos, os quais devem ser checados antes do procedimento e da cirurgia propriamente dita.

Por fim, o pós-operatório imediato compreende as primeiras 24hrs após o ato cirúrgico, onde paciente é encaminhado para uma área recuperação pós-anestésica (RPA) e recebe toda assistência da enfermagem individualizada, para prevenção de intercorrências que podem advir do ato anestésico. [4]

A localidade da sala de recuperação deve ser de fácil acesso, próximo as salas cirúrgicas, ajudando a reduzir a mortalidade pós-anestésica e pós-operatória. A RPA é uma área que tem por objetivo fazer com que os pacientes saiam apenas quando normalizarem os reflexos e parâmetros SSVV, estando sob observação da enfermagem e do anestesista. Sendo todos pacientes recepcionados pelo enfermeiro com relatório, contendo informações sobre o período intraoperatório. Entretanto o enfermeiro dá continuidade da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) com os cuidados específicos, como monitorização e observação contínua do paciente até estar apto para deixar a recuperação[5]**.**

No período pós-operatório imediato o paciente fica vulnerável as diversas intercorrências, as quais, o enfermeiro precisa estar preparado e possuir o conhecimento das diversas complicações que possam vir a ocorrer, a fim de amenizar os riscos. Dentre as complicações está a hipoventilação, quando a ventilação alveolar é diminuída junto com a absorção de oxigênio como a produção de gás carbônico.[5] Isso acontece pelas drogas anestésicas (barbitúricos, curare, obesidade, entre outros fatores), náuseas e vômitos são intercorrências comuns para os pacientes de pós operatório, no qual recebe drogas em sala operatória, jejum prolongado, hipoglicemia e dores intensas. A retenção urinaria pode aparecer em qualquer pós-operatório de diversas cirurgias, com o uso anestesia raquidiana ou peridural que utilizam morfina nos pacientes, ocorrendo à incapacidade de expelir urina da bexiga[5].

A hipotermia é uma complicação causada pela depressão do SNC (sistema nervoso central), com baixa temperatura, menor do que 35ºC, trazendo fatores de riscos para o paciente e complicações severas como, mal estar, tremores, hipoxemia, cianose de extremidades. As causas podem estar relacionadas às drogas anestésicas que agem no mecanismo de termorregulação, sala operatória fria, tempo de cirurgia, infusão de soluções frias, abertura da cavidade abdominal e torácica, ventilação artificial com gases não aquecidos.[5]

Portanto, a intervenção de enfermagem na hipotermia do pós-operatório imediato é de extrema importância, pois poderá minimizar riscos de infecção, dor, mal estar em geral para o paciente. As medidas profiláticas a fim de amenizar a perda de calor seriam o aquecimento de ar forçado, cobertores, monitorizar a temperatura da sala, aquecer os fluidos para infusão corporal, expor o paciente o mínimo possível e troca de roupas molhadas. Sendo assim o enfermeiro deve manter-se

preparado para a assistência de enfermagem individualizada, com o objetivo de restabelecer a normalização dos parâmetros e equilíbrio até o momento da alta[6.]

Esse artigo tem como objetos geral descrever a ocorrência da hipotermia no pós-operatório imediato de pacientes que se submetem a procedimentos cirúrgicos, no tocante dos objetivos específicos tem-se: analisar os fatores de riscos de hipotermia no pós-operatório imediato e identificar as intervenções necessárias pela equipe de enfermagem, para amenizar riscos de hipotermia dos pacientes cirúrgicos.

Diante do exposto no trabalho, questionam-se quais são os fatores de risco que podem levar o paciente a desenvolver hipotermia no pós-operatório imediato?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FASES CIRURGICAS

O conceito do pré-operatório mediato é o período que inicia na indicação cirúrgica e que vai da internação do paciente até véspera de sua realização e o pré-operatório imediato às 24 horas que antecedem a cirurgia até a admissão do paciente no centro cirúrgico.[12]

De acordo com o ponto de vista dos autores a fase pré-operatória constitui de uma decisão de seguir com a intervenção cirúrgica e termina com o paciente em sala operatória, ou seja, durante essa fase o paciente é admitido na instituição para realizar a cirurgia, sendo incluso atividades de enfermagem para compor essa fase. O autor menciona que as atividades a serem realizadas incluem anamnese, exame físico, avaliação emocional, a história anestésica prévia e a identificação de alergias ou problemas genéticos que possam prejudicar no resultado. E assegurar que os exames necessários foram realizados e estão junto com o paciente.[8]

> A visita de enfermagem pré-operatória representa um valioso instrumento para a humanização da assistência de enfermagem perioperatória, na qual o enfermeiro atua de maneira expressiva, a fim de proporcionar ao paciente cirúrgico apoio emocional, atenção e orientações neste momento em que experimentará os mais diversos sentimentos.[11]

A resolução 1363/93 do Conselho Federal de Medicina, inciso 1, resolve:

> Antes da realização de qualquer anestesia é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente a ser submetido à mesma, cabendo ao anestesista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível[9]

De forma que esse momento promove redução do tempo médio de internação e auxilia na redução dos riscos cirúrgicos.[10] Sendo de extrema importância para identificar riscos cardíacos, complicações pulmonares ou infecciosa, auxiliando para evitar esses fatores.[11]

Neste mesmo sentido o paciente que irá se submeter pelo processo do pré-operatório deve ser identificado pelo nome completo, deve ser verificado o sítio cirúrgico o local que será realizado a incisão, consentimento de cirurgia e anestesia devem ser checados e assinados pelo paciente e os médicos, confirmar o preparo da cirurgia, manter jejum absoluto, se possui alergias, doenças pré-existente, medicamentos em uso, se o paciente retirou adornos, pertences. O enfermeiro deve sanar dúvidas do paciente e familiares e os tranqüilizá-lo.[8]

2.2 INTRA-OPERATÓRIO

O trans ou intraoperatório é o período compreendido desde a admissão do paciente no Centro Cirúrgico até a entrada na sala de recuperação pós-anestésica imediata. [12]

O paciente quando é recepcionado pela equipe de enfermagem no centro cirúrgico deverá estar munido com todos os exames solicitados, mantendo o preparo da cirurgia adequado e não possuindo adornos ou próteses móveis. Nesse momento poderá sentir vários sentimentos, como tranquilidade, pode estar ansioso, altamente estressado, medo da morte, de sentir dor e em muitos casos o paciente possui tremores, pode ser da sala operatória fria ou da ansiedade generalizada.[8]

Todo paciente está sujeito a diversos riscos no intraoperatório, dependendo dos próprios fatores, como as comorbidades, doenças pré-existentes, mas também pelo tipo de cirurgia a ser executada, infecções, falha na cirurgia, complicações temporárias ou permanentes na qual a anestesia está inclusa. [(8-10)]

Portanto no momento intraoperatório é de suma importância, pois deverá conter organização e segurança do paciente, para que seja necessário um bom andamento cirúrgico, sendo de extrema importância a conferência de materiais, equipamentos checados e testados antes do procedimento. A enfermeira deve monitorizar os fatores que podem provocar lesão ao paciente, colocando coxins nas proeminências ósseas, posicionamento correto do paciente na mesa cirúrgica atentando sempre com a parte tissular da pele e não expondo o paciente, preservando dignidade, mesmo anestesiado. Essas responsabilidades impostas ao enfermeiro ajudam á manter os padrões de cuidados cirúrgicos, identificando-os fatores de riscos, ajudando a diminuir o risco operatório. [8]

A realização da antissepsia é um dos momentos indispensável para essa fase, pois tem como objetivo diminuir e impedir o crescimento de microrganismo patogênico na ferida cirúrgica.[10] Em outra perspectiva, a antissepsia cirúrgica realizada pelos profissionais como os cirurgiões e instrumentadores com a técnica correta, é à base da prevenção das infecções dos sítios cirúrgicos. Além de toda a paramentação e colocação de luvas estéreis deve-se tomar muito cuidado para contaminação.

2.3 PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Esse período compreende na saída da sala cirúrgica, para entrada da Recuperação Pós Anestésica (RPA), até a unidade de internação. A RPA fica adjacente as salas cirúrgicas, a fim de garantir livre acesso aos profissionais em caso de intercorrências. Os números de leitos da RPA devem ser de acordo com o número de salas cirúrgicas, tendo um leito a mais[14]. A equipe deverá ser composta por anestesiologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, que ajudara a garantir o equilíbrio fisiológico do paciente, promovendo alivio de dor, prevenção de complicações que podem aparecer ao decorrer dessa fase, sempre promovendo o autocuidado.[8] Os pacientes submetidos á anestesia devem ser monitorizados com equipamentos como oxímetro de pulso, Eletrocardiograma (ECG), aparelho de pressão arterial e Termômetro.[13]

Dessa forma a responsabilidade do enfermeiro e equipe de enfermagem é observar todos os parâmetros, sendo de conhecimento específico de o enfermeiro compreender a fisiopatologia, noções sobre os agentes anestésicos e seus efeitos colaterais, ter conhecimento quanto aos diferentes tipos de cirurgia. [6]

> As metas do tratamento de enfermagem para o paciente de RPA consistem em fornecer o cuidado até que o paciente tenha se recuperado dos efeitos da anestesia, esteja orientado, apresente sinais vitais estáveis e não mostre evidências de hemorragias nem outras complicações. [8]

No entanto as complicações no pós-operatório imediato podem ocorrer em qualquer unidade de recuperação, esse é o principal motivo de sua existência, as mais frequentes são dor, hipotermia, hipoxemia, náusea, vômitos, agitação/ ansiedade, sangramentos, hipertensão, hipotensão, tremores e calafrios.[15] Apesar das adversidades, a equipe multidisciplinar deve ser preparada para esses fatores de risco, sendo de extrema importância a identificação rápida da complicação, através da avaliação constante do paciente, para uma intervenção precoce. [6]

O paciente quando recepcionado na RPA (recuperação pós-anestesica), mantém em observação até o momento que seus sinais vitais estiverem estáveis e seus reflexos tornados, após avaliação do anestesista poderá ser liberado para o quarto. Na qual se resume a importância da monitorização indispensável, pois através desses equipamentos podem-se perceber a função respiratória, cardíaca, coloração da pele, nível de consciência, observa-se se o paciente tem a capacidade de responder aos comandos, o enfermeiro analisa o paciente, verificando se está mantendo drenos sondas, cateteres, o curativo e seus aspectos, sempre relatando na anotação de enfermagem, e fazendo SAEP (sistematização da assistência de enfermagem perioperatoria).[8]

No entanto, após a monitorização, recomenda-se que o enfermeiro capacitado faça avaliação utilizando a escala de Aldrete ou Kroulik, feita a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos na segunda hora, caso o paciente se apresente estável, sem nenhuma intercorrência ele ganhara nota 10. Se o paciente estiver instável hemodinamicamente, estes intervalos devem ser menores. Esta escala fundamenta-se na verificação e no controle de cinco parâmetros como atividade muscular, respiração, circulação, consciência e saturação de O2. [15]

2.4 HIPOTERMIA

Hipotermia é uma das complicações mais comuns na recuperação anestésica causada pela depressão do SNC e outros agravantes.[6] Como por exemplo a sala operatória fria, a exposição do paciente junto com os anestésicos, o uso de soluções antissépticas, abertura de cavidades como ex: abdominal ou torácica, soluções frias como SF9% , Ringer Lactato, inalação de gazes anestésicos e introdução de gazes na região abdominal. Esses são fatores que propiciam a hipotermia.[8]

No entanto, a hipotermia muitas vezes origina-se na sala operatória com a temperatura que varia de 18 a 23ºC, e quando admitido em RPA pode apresentar fatores relacionados á hipotermia como perda de sangue devido ao distúrbio de coagulação, arritmia cardíaca, infecção do sitio cirúrgico, queixa de dor, tremores e calafrios, pois aumentam a necessidade do paciente de consumir oxigênio, levando a hipoxemia e aumento da permanência do paciente no hospital. [16]

> Assim como todos se esforçam para tratar a dor, também devem se esforçar para tratar o desconforto térmico porque, além de psicologicamente estressante, o desconforto contribui para o aumento pós-operatório da pressão arterial, frequência cardíaca e da concentração plasmática. [17]

Pois a exposição combinada de medicamentos e doenças faz diminuir a temperatura do nosso corpo, e levando a várias complicações, pois a temperatura cai rapidamente pelo os níveis anestésicos, e remaneja o calor central para periferia, perdendo de 1ºC a 1,5ºC. [17]

Antônio Vanderlei menciona no seu estudo, que o a medicação intravenosa Propofol pode afetar a temperatura tendo uma diminuição de 3ºC na temperatura central em comparação com a Cetamina 1,5mg. kg, pois a temperatura central manteve mais alta quando comparado com o Propofol. Esses são alguns fatores que ocorre no centro cirúrgico levando a hipotermia. [17]

"Acredita-se que mais de 60% dos pacientes apresentem hipotermia, a qual pode prolongar o tempo de recuperação e contribuir para morbidade no pós-operatório." [6]

Existem vários problemas que são associados com a hipotermia, seriam a agitação e ansiedade, dor, hipotensão, hipertensão ligada a inspirações profundas, curativos oclusivos, podem estar ligados a vasocosntricção, infusão de grande quantidade de líquidos na sala cirúrgica, retenção de gás carbono, ou até mesmo retenção urinaria. Tremores e calafrios causados pelo fato da sala fria e agentes farmacológicos. Náusea e vômitos ocorrem pelo episódio de quantidade de anestésico empregado e muito tempo de jejum. Hipoxemia acontece pelo uso de opiódes, trazendo sonolência profunda, obtendo ouso de oxigênio e oxímetro de pulso, para minimizar risco de PCR (parada cardiorrespiratória).[13]

O enfermeiro precisa cuidar do paciente no pós-operatório imediato com um olhar peculiar atento as possíveis intercorrências, obtendo de conhecimentos específicos e especializados. Sabendo cuidar de pacientes críticos e não críticos, pois eles possuem instabilidade hemodinâmica. [14]

2.5 INTERVENÇÃO DA HIPOTERMIA

Manter a normotermia do paciente é indispensável, e obter ações para que diminua a ocorrência de hipotermia é importante. O enfermeiro precisa proporcionar ações eficazes á prevenção, na qual diminua as complicações a este evento.

Para a prevenção e intervenção da hipotermia, temos o sistema passivo e ativo externo. Sendo o passivo o uso de lençol de algodão, cobertor de lã manta térmica. O ativo externo consistiu em aquecimento por contato, utilizado por colchão de água, sistema de ar forçado. E possui o ativo central que age na parte interna do nosso organismo, como infusão aquecida de líquido como soro fisiológico, ringer lactato, gases aquecidos. [19]

No mercado possui vários sistemas controlados por microprocessador para aquecimento dos pacientes, sendo cobertores para hipotermia, aquecimento insuflado, e sistema de alarme proporcionando um fluxo contínuo de ar aquecido para áreas periféricas do corpo. No entanto essas formas de sistema diminuem a incidência da hipotermia. [6]

A intervenção que ajudar o paciente a sair do quadro de hipotermia na recuperação anestésica requer cuidados e ações de enfermagem como, remoção do paciente do frio colocando-o em ambiente aquecido, encaminhamento do paciente coberto a sala de recuperação pós-anestesica, exposição desnecessária do paciente, retirada de roupas e campos molhados, trocando por outras quentes e secas, podemos também utilizar cobertores ou mantas térmicas, enfaixamento de membros inferiores quando adequado, controle rigoroso da temperatura e do debito cardíaco, observar alterações no ECG, frequência cardíaca e perfusão periférica, observar queixa de dor ou desconforto e registrar assistência prestada, monitoração dos sinais associado à hipotermia como fadiga, tremores, cianose de extremidades, palidez, pele fria, devemos instalar aparelho para monitoração continua da temperatura o termômetro, observar frequentemente cor e aspecto da pele, administração de oxigênio.[20]

Podemos encontrar outra situação, onde o paciente não apresenta hipotermia na RPA, a conduta do enfermeiro para esse tipo de episódio, consiste em mantê-lo aquecido, sempre questionar o paciente se possui algum desconforto térmico. [20]

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica ou de literatura, de natureza descritiva exploratória. Uma revisão bibliográfica normalmente é apresentada na forma de artigos científicos, trazem um resumo da literatura especializada sobre um determinado tema. Apresentam, portanto, visão abrangente de achados relevantes.

Segundo Viera (2001) uma revisão bibliográfica deve, então, mostrar a evolução de conhecimentos sobre o tema, apontando falhas e acertos, fazendo críticas e elogios e resumindo o que é, realmente, de interessante.

Sendo assim a revisão bibliográfica compõe a metodologia básica para os estudos monográficos, nos quais se busca o domínio do estado da arte sobre determinado tema. A escolha para este trabalho foi

o método de pesquisa bibliográfica que é desenvolvida com base em materiais já elaborados, constituído principalmente de livros e artigos científicos.[7]

3.2 LOCAIS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada através do acesso científico das seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Leitura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de dados da Enfermagem (BDENF).
Foi utilizado o acervo científico da Universidade Paulista. E outras fontes relacionadas ao tema como Organização Mundial da Saúde (OMS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os artigos inclusos neste estudo foram selecionados pelas bases de dados cientifica, publicadas entre 2003 a 2015 em português, com textos disponíveis nas bases de dados selecionadas, com títulos e resumos relacionados ao tema, sendo analisados e compreendido na integra.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos artigos de idiomas estrangeiros, ano de publicação anterior a 2003, exceto os de relevância para o tema, e os que irão atender o objetivo da pesquisa.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Foram encontrados 24.634 mil artigos nas bases de dados relacionadas. Após análise dos resumos foram selecionados os de relevância para o tema. Análise dos mesmos será feita após leitura exaustiva dos artigos selecionados. No qual foi selecionado 20 artigos, para uso da monografia e estudado 7 artigos selecionados.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na pesquisa foram encontrados 24.634mil artigos na base da Bireme, destes artigos passaram por processo de exclusão, sendo 20 artigos selecionados com variáveis de assuntos relacionados à hipotermia, na qual para compor esta análise dos resultados foram selecionados apenas 7 artigos, nos quais estes se encaixam na temática da pesquisa , juntamente relacionado aos descritores, que são hipotermia, pós-operatório e Intervenções.

O quadro 3 descreve a distribuição dos resultados dos artigos encontrados e analisados segundo os objetivos do trabalho.

Os A1, A4 e A5 são direcionados ao tema hipotermia que ajuda a identificar os fatores relacionados, trazendo uma comparação relevante ao tema. Os A6 e A7 comentam sobre o pós-operatório imediato, de que forma os pacientes podem receber os cuidados prestados pelo enfermeiro, sendo visto como um todo.

Por fim os A2 e A3 relatam sobre as intervenções, como a equipe pode minimizar a hipotermia, trazendo conforto ao paciente, eliminado mal-estar, tremores dores, em relação à hipotermia, e qual o método mais eficaz para esse processo.

Quadro 1. Distribuição dos resultados classificação dos artigos.

	Autor (S)	**Titulo do artigo**	**Periódico**	**Ano**	**Viés**	**Resumo**
A1	Andrea Calil Jorge Miyamoto; Isabel Cristina KowalOlmCunha	Hipotermia na sala de recuperação anestésica.	Rev. Enferm. USP	2003	ND	Aborda hipotermia na RPA e suas complicações, causas, intervenções e consequências. E sugerindo as diversidades de métodos para aquecimento.
A2	DeboraCristina Silva Popov; Aparecida de Cássia GianiPeniche	As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestesica.	Rev. Esc. Enferm .Usp	2009	ND	Identifica os fatores que trazem complicações prevalentes da RPA, e as intervenções de enfermagem, e observando junto o esquema de jornada de trabalho dos enfermeiros.
A3	Vanessa de Brito Poveda; Cristina Maria Galvão	Hipotermia no período Intra-operatório: é possível evitá-la?	Rev.Esc.Enferm. Usp	2011	ND	Menciona medidas para prevenção de hipotermia no intra-operatório. Na qual existe a necessidade de implantações de intervenção eficazes, e o papel importante do enfermeiro nesse contexto.
A4	Lúcia Nazareth Amante ; Lívia Aline Slomochenskia; Maura Guterres Procópio Nogueira Teixeira; Kátia Cilene Godinho Bertoncellob*	Ocorrência de Hipotermia Não Planejada em Sala de Recuperação Anestésica	Unopar. Cient.CiêncBiol Saúde	2012	ND	Analisa as ocorrências da hipotermia não planejada no pós-operatório. Reafirma-se ser necessária uma avaliação segura e eficaz da necessidade de regulação térmica desses pacientes, de modo que a intervenção na vigência de hipotermia perioperatoria diminua a incidência de complicações neste período.
A5	Juliana Mara Gotardo; Cristina Maria Galvão	Avaliação da Hipotermia no pós-operatório Imediato.	Ver. Rene. Fortaleza	2009	ND	Refere-se á frequência de hipotermia no paciente adulto no pós-operatório imediato e as intervenções de enfermagem implementadas, para o seu tratamento na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).
A6	Alana Queiroz Bastos; Ramon Andrade de Souza; Flavia Menezes de	Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório:	Ciênc Cuid Saúde	2013	ND	Comenta que a Intervenção cirúrgica é um procedimento invasivo, na qual precisa de cuidados antes e depois do período operatório. Sendo o papel do enfermeiro muito importante nesse contexto.

	Souza; Patricia Figueiredo Marques	Revisão Integrativa da Leitura.				
A 7	Carlos Eduardo Monteiro Zappelini; Thiago Mamôru Sakae; Ney Bianchini; Sandro P. Berni Brum.	Avaliação de hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica em paciente submetidos a cirurgias abdominais com duração maior que duas horas.	AMB Associação Médica Brasileira	2008	ND	As cirurgias de médio a grande porte, mostra no estudo que o paciente sofre com o fator, á hipotermia, nesse contexto existem formas que o profissional possa evitar esse processo, na sala de recuperação anestésica oferecendo assistência com qualidade.

Fonte: Autora (2016)

A partir na análise de resultados podemos perceber que os artigos A1, A4 e A5 eles abordam a hipotermia como seu tema principal, sendo que no A1 esse artigo foi publicado em 2003, pois possui uma grande relevância ao estudo, no qual se comenta que a hipotermia é definida com a temperatura axilar menor que 36º C, sendo que 60% dos pacientes que se encontra na RPA apresentam hipotermia. Em relação ao A4 um estudo mais atual publicado em 2012 a hipotermia é defina com a temperatura axilar menor que 35ºC até 35,9ºC é caracterizada como hipotermia leve, moderada 34ºC a 34,9ºC e severa 33,9ºC, e no mesmo artigo comentam que 85% dos casos os pacientes apresentam hipotermia na RPA. Já o artigo A5 comenta que a hipotermia moderada 34ºC á 35,9ºC refere que 78% dos pacientes em seu estudo apresentam hipotermia na RPA.

Essa diferença de temperatura se dá pelo fato da termorregulação do paciente e pelos anestésicos, sendo que ocorre a vasodilatação dos vasos, redução do metabolismo e exposição do paciente, no qual o paciente apresenta temperatura variada os artigos citados apresentam pequenas diferenças entre as temperaturas, mas todas têm o mesmo objetivo, na qual a hipotermia se dá < 36ºC.

Frente ao aspecto da temperatura do paciente, o A4 aponta que a temperatura da sala operatória deve seguir o que é recomendado pelo Ministério da Saúde, segundo RDC 50 no mínimo de 19ºC e no Máximo á 24ºC, já o A5 refere que a temperatura da sala operatória deve manter aproximadamente em 22ºC, no intra- operatório. Porem A1, A4 e A5 concordam que os fatores que contribuem para perda de calor são a antissepcia da pele, exposição do paciente, lençóis molhados, administração de soluções frias, gazes na região abdominal como CO2, para cirurgias por vídeolaparoscopia, e outro fator importante que induz a hipotermia são cirurgias que possuem a abertura da cavidade abdominal e torácica, tempo excessivo cirúrgico.

Baseado nesse conceito os artigos relacionados comentam que a hipotermia acontece muitas vezes no intraoperatório, e possui consequências no pós- operatório, na qual o A4 comenta que as mulheres apresentam maior ocorrência de hipotermia que os homens, sendo o A5 mencionam que mulheres perdem menos calor que os homens, pois elas possuem quantidade maior de gordura corporal, mas que apesar de mulheres sem menor massa muscular em relação ao homem elas são suscetíveis á perda de calor.

Com relação à hipotermia os autores, estão de acordo que anestesia geral é um dos fatores que contribui a perda de calor, pois ocorre uma redução de temperatura central por meio de irradiação, condução, convecção e evaporação. Relacionado ao estudo por meio da Irradiação, consiste na perda de calor por raios infravermelho, quando a temperatura do corpo é maior que a temperatura do ambiente, uma maior quantidade de calor é emitida do corpo para o ambiente do que do ambiente para o corpo, então ocorre à perda de temperatura significante. Por meio de condução ocorre a diferença de temperatura entre dois objetos em contato como, por exemplo, a perda de calor para a superfície da mesa de cirurgia e o paciente. Evaporação consiste em perda dos líquidos aplicados sobre a pele como antissepcia, sudorese, perdas de água através da ventilação mecânica (inspiração e expiração) e a ferida operatória. Convecção consiste em perda de calor pela passagem de fluidos ou correte de ar, sobre uma superfície com temperatura diferente, no caso o paciente na sala cirúrgica com temperatura baixa. Para que seja efetivo, qualquer dispositivo, que previna ou trate a hipotermia, deverá reduzir a perda de calor do organismo.

Sendo que no A4 relata que a maior perda foi por meio de convecção (remoção de calor através de corrente de ar).

O A1 relata que os problemas pertinentes á hipotermia são visíveis, pois apresenta calafrios (tremores), hipoxemia, hipertensão ou hipotensão, agitação, náuseas e vômitos, dor e sangramento. Esses fatores são decorrentes pela falta de prevenção, no momento intraoperatório. Ainda neste sentido os artigos mencionam que para proteger o paciente de hipotermia é necessário que ocorra um método preventivo, antes da indução anestésica, para minimizar a hipotermia no pós-operatório.

O processo de cuidar muitas vezes acontece no momento pós-operatório, pois o paciente se submete a um processo invasivo que é a cirurgia, e sua recuperação necessita de cuidados constantes. O A6 relata que o enfermeiro deve ter um olhar crítico para cada paciente, o qual contribui para uma melhor recuperação a partir da inspeção do sítio cirúrgico e do seu estado hipotérmico. Já o A7 comenta-se que quando ocorre o término da ação da anestesia, o organismo retorna as condições de controle

termorreguladoras, e demora em torno de duas a três horas para o paciente retornar ao controle estável, levando o paciente para RPA hipotérmico.

Embora o pós-operatório discutido nos A6 e A7 permanece de acordo em relação ao cuidar do paciente, o enfermeiro deve compreender as necessidades do paciente para realização das intervenções. No A6 os cuidados realizados pelo enfermeiro e as ações realizadas, são imprescindíveis para o bem-estar biopsicossocial, trazem resultados positivos para melhora do paciente. Pois os resultados nos artigos relatam que em relação aos pacientes idosos, eles sofrem muito em relação à hipotermia, devido a sua função termorreguladora ser diminuída. E no mesmo contexto, pacientes com obesidade, tem menor incidência de hipotermia, devido à quantidade de tecido adiposo e maior produção de calor.

Foi ressaltado no A7 que a monitorização da temperatura no pós-operatório imediato de determinadas intervenções é essencial para o acompanhamento de uma evolução clínica adequada. O enfermeiro deve possuir capacitação para entender o mecanismo da hipotermia, sua fisiopatologia, ter conhecimento cientifico saber diagnosticar, planejar e desenvolver ações junto com sua equipe, traçando alivio ao paciente no caso de dor, tremores, mal-estar e diminuindo mortalidade no pós-operatório imediato, reduzindo a permanência do paciente na sala de recuperação anestésica.

Tendo em vista que a hipotermia está associada a numerosas complicações, o enfermeiro pode fazer intervenção junto á equipe para minimizar esses fatores. No A2 e A3 comenta-se que um dos métodos para minimizar a hipotermia no momento intraoperatório é utilizado o método de aquecimento passivo, como lençol e cobertor de lã, esse método possui pouca eficácia, na qual os autores concordam com o método ativo bem mais efetivo do que o passivo, sendo utilizados uso de mantas térmicas ou ar quente. Comenta-se no A3, ser mais eficaz no intraoperatório que o ar quente, o uso de sistema de circulação de água aquecida, pois esse método tem a capacidade de distribuir calor na maior parte corporal do paciente.

Pacientes críticos que precisam de cuidados a todo instante ou idoso, muitas vezes são insuficiente esse método ativo, no A3 relata que para esses indivíduos é necessário associar com método que consiste em administrar aminoácidos ou administração de fluidos e gases aquecidos. Esses métodos associados com ar forçado, ou manta térmica, conseguem retirar o paciente do quadro de hipotermia muito rápido.

No entanto o A3 destaca que o custo para a prevenção da hipotermia, é menor do que para tratar, pois dependendo da situação necessita até de transfusão sanguínea devido ao seu estado hipotérmico. Sendo assim é interessante fazer a prevenção e intervenção previamente

Por fim os A2 e A3 ressaltam a importância do enfermeiro no pós-operatório, pois trazem um impacto positivo e relevante na recuperação do paciente, em que os pacientes se sentem mais seguros pelo profissional e os enfermeiros além de serem profissionais capacitados possuem o conhecimento e ajuda a realizar a detecção precoce de complicações que acomete na hipotermia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como abordagem conhecimentos dos autores em torno da hipotermia, em que a relevância deste tema ajuda na visibilidade da equipe de enfermagem e enfermeiros, quanto aos fatores relacionados, intervenções e cuidados necessários.

Atuação do enfermeiro é primordial para detectar a hipotermia no pós-operatório imediato, precisa proporcionar ações eficazes para a prevenção, na qual diminua as complicações a este evento.

Pacientes que são submetidos a cirurgia, conforme estudos e utilizam a anestesia geral, tem uma queda de temperatura significante, que causa a hipotermia, na qual devem ser prevenidos contra a mesma, à sala cirúrgica deve ser mantida entre 20 e 23°C, e a umidade do ar, entre 30 e 60% conforme AORN, no intraoperatório deve ser utilizado métodos de aquecimento ativo ou passivo, como uso de manta térmica, cobertores e lençóis, administração de líquidos aquecidos e gazes. Com essa intervenção, diminui o risco de o paciente ter hipotermia no pós-operatório.

Muitas vezes quando o enfermeiro não possui um plano de prevenção no intraoperatório o paciente quando é admitido em RPA pode apresentar fatores relacionados a hipotermia como perda de sangue devido ao distúrbio de coagulação, arritmia cardíaca, aumento de risco para infecção do sitio cirúrgico, queixa de dor, tremores e calafrios, pois aumenta a necessidade do paciente de consumir oxigênio, levando a hipoxemia e aumento da permanência do paciente no hospital.

Com base nisso foi possível observar nos estudos, que a maior causa da hipotermia no pós-operatório, seria pelo fato da prevenção que não ocorre antecipadamente no intraoperatório, devido à falta da intervenção da enfermagem. Então o paciente apresenta hipotermia no pós-operatório, na qual acaba agravando outros fatores.

Como contribuição prática desse trabalho espera-se que o enfermeiro, recorra à leitura desse estudo a fim de discutir as melhores práticas de intervenção da hipotermia no pós-operatório imediato junto com sua equipe, com relação e as contribuições teóricas espera-se que estudo venha servir como base conceitual para estudos como artigos científicos e TCC.

Em relação às limitações presente nesse estudo, sugere-se pesquisas em artigos internacionais, maior número de artigos científicos, metodologia quantitativa, fazer entrevistas com os colaboradores sobre a relevância da hipotermia.

A hipotermia e o pós-operatório imediato é um assunto que poderia ter maior destaque e deveria dar muita importância ao enfermeiro nesse setor, pois é nessa unidade que o enfermeiro deve ter o preparo para detecção precoce dos problemas que poderá ocorrer, e saber intervir rápido. Como proposta futura deste trabalho, sugere-se treinamentos a fim de discutir as melhores práticas para a intervenção da hipotermia, por meio de estudos científicos a fim de melhorar á qualidade e a assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Pedrolo FT, Hannickel S, Oliveira JZ, Zago MMF. A experiência de cuidar do paciente cirúrgico as percepção dos alunos de um curso de graduação em enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. 2001; 35(1): 35-40. (Acesso dia13/03/2016) Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a05.pdf

2. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre o Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Resolução RDC nº 50. Brasília: ANVISA; 2002. (Acesso dia 15/03/2016) Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/2002/50_02rdc.pdf

3. Recommended practices for sterilization. Association of Perioperative Registered Nurses.AORN.Perioperative standardsand recommended practices. 2013; 513-40. (Acesso dia 22/05/2016). Disponível em:http://dx.doi.org/10.6015/psrp.12.01.e1.

4. Neto GPB, Gonçalves MDC. Colégio Brasileiros de Cirurgiões: Programa de Auto Avaliação em cirurgia. Pré e pós-operatório. Rio de Janeiro. 2001; 1. 4-13. (acesso dia 10/ 07/2016). Disponível em: https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Ano1-I.Pre-e-pos-operatorio.pdf

5. Rossi LA, Torrati FG, Carvalho EC, Manfrim A, Silva DF. Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. Rev. esc. enferm. USP. 2000; 34(2): 154-16. (Acesso dia 03/08/2016). Disponível em:

   http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a05.pdf

6. Miyamoto ACJ, Cunha ICKO. Hipotermia na sala de recuperação anestésica. Rev.Enferm.Unisa. 2003; (4):17-20.(Acesso dia 11/08/2016). Disponível em:

   http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-03.pdf

7. Vieira S, Hossne WS. Metodologia cientifica para a área de saúde. 4º Ed. Rio de Janeiro: 2001; 8.135-137. (Acesso dia 22/08/2016). Disponível em:

   https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/MUD/article/viewFile/847/83

8. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 10º. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005; cap. 18;p. 425-487.

9. Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre as condições mínimas de segurança para a prática de anestesia. Brasília; Resolução n. 1.363/93,1993;(Acesso dia 25/08/2016). Disponível em: http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/86.pdf.

10. Carvalho RWF, Pereira CU, Filho JRL, Vasconcelos BCE. O paciente cirúrgico. Parte I. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial. 2010; 10, p.85. (Acesso dia 02/09/2016) Disponível em: http://www.revistacirurgiabmf.com/2010/V10n4/12.pdf

11. Oliveira EF. Avaliação pré-operatória e cuidado em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. Revista da AMRIGS, 2010; 54, (2).240-258.(Acesso dia 04/07/2016).Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/54-02/23-pratica_medica.pdf

12. Grittem L, Méier MJ, Gaievicz AP. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. Cogitare Enfermagem. 2006; v11. (3). 1-7. (Acesso dia 11/10/2016). Disponível em: http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewArticle/7311

13. Popov DCS, Peniche ACG. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. Rev. esc. enferm. USP. 2009; 43(4): 953-961.(Acesso dia 14/10/2016) Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a30v43n4.pdf

14. Saraiva EL, Sousa CS. Pacientes críticos na unidade de recuperação pós- anestésica. Revisão Integrativa. Rev.Sobecc. 2015; 20(2): 104-112.(Acesso dia 18/09/2016) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100154&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

15. Souza TMC, Rachel P, Moreira C. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev. SOBECC. 2012; 17(4): 33-47.(Acesso dia 13/10/2016). Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/2.pdf

16. Poveda VB, Galvão CM, Santos CB. Fatores relacionados ao desenvolvimento de hipotermia no período intra-operatório. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009. 17(2): 228-233.(Acesso dia 19/10/2016). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_14.pdf

17. Ortenzi AV, Fernandes CR, Mendes FF. Termorregulação no paciente anestesiado e conseqüências da hipotermia. Curso de Educação a Distância em Anestesiologia. 9 ed.São Paulo: Segmento Farma Editores Ltda., 2009, cap 9, p. 115-125.

18. Brasil. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual cirurgias seguras salvam vidas. Aliança Mundial para Segurança do paciente. 2008.p 34.(Acesso dia 22/10/2016). Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home.

19. Poveda V,Brito G, Cristina M. Hipotermia no período intra-operatório: é possível evitá-la. Rev. esc. enferm. USP. 2011; 45, (2) p. 411-417. (Acesso dia 24/092016). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a15.pdf

20. Ribeiro F, Orisia D. Hipotermia não planejada na sala de recuperação pós-anestésica: Proposta de cuidados de enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.Florianópolis. 2010. (Acesso dia 21/10/2016). Disponível em:

    https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120492/288710.pdf?sequence=1

21. Bastos AQ, Andrade RS, Menezes F, Marques PF. Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura. Cienc Cuid Saude.2013: 12(2), p. 382-390. (Acesso dia 06/ 08/2016). Disponível em:

22. http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33465941/Meu_artigo_publiado.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1478921046&Signature=TMQjCaVGVVKhVt9CWoROfOGWT9w%3D&response-content

disposition=inline%3B%20filename%3DARTIGOS_DE_REVISAO_REFLEXOES_SOBRE_CUIDA.pdf

23. Zappelini CEM, Sakae TM, Bianchini N, Brum SPB. Avaliação de hipotermia na sala de recuperação pós-anestesica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais com duração maior de duas horas. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008; 37, (2). (Acesso dia 25/10/2016). Disponível em: http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/546.pdf.

Capítulo 21

10.37423/220505885

PROJETO DE LEI 9046/17: AVANÇOS E DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

AÍDA CRUZ MACHADO

Drogaria Carrefour

ANA KARINA DA CRUZ MACHADO

INSA -- Instituto Nada Será como Antes LTDA

Resumo: A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSPI - Portaria nº 2.528 /2006), assegurou medidas para que o idoso tenha toda a assistência à saúde, nas esferas preventiva, protetiva e de recuperação, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), apesar disso, cada vez mais, os índices de idosos nas filas de esfera sem atendimento, só cresce, nos últimos anos. É crescente também, o número de processos que visam a garantia do direito a saúde do idoso, através da judicialização. O presente trabalho tem como objetivo, analisar os avanços e desafios do Projeto de Lei 9046/17, que propõe a isonomia no tratamento dispensado a saúde da pessoa idosa, independente de condições financeiras. Como metodologia foi realizada uma revisão de literatura em sites, revistas eletrônicas e bases científicas e nas legislações vigentes. Os resultados evidenciam que a atenção integral a saúde do idoso, tem se constituído um dos principais desafios do SUS, e que na prática, a realidade está distante do previsto nas leis. Conclui-se que é necessário um planejamento de governo que atenda essa demanda, invista no envelhecimento ativo e saudável, mas, que garanta o direito a saúde, numa lógica de rede assistencial, que considere desde a entrada no sistema, até os cuidados ao fim da vida, com o mesmo tratamento destinado ao público e ao privado no que tange as condições de cuidado, tecnologias e recursos, assim como o previsto no Projeto de Lei objeto desse estudo.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Legislação; Judicialização; Isonomia; Direito a Saúde.

INTRODUÇÃO

Envelhecer não é apenas uma etapa da vida, é também um direito. A velhice apresenta características próprias que necessitam de cuidados específicos principalmente no que tange a saúde, e traz consigo desafios para o sistema de saúde. Os avanços no campo da saúde permitiram a população idosa uma melhor qualidade de vida, porém, o envelhecimento populacional requer formulação de políticas públicas e ações de prevenção e cuidado a pessoa idosa.

No envelhecimento, a saúde se esvai, tornando o idoso mais suscetível aos agravos psíquicos e físicos que colocam uma vida saudável em xeque por não haver uma existência digna sem a segurança do direito à saúde, nesta etapa da vida em que a pessoa idosa mais necessita de prioridade (BARLETTA, 2010).

Conforme afirmado por Lima (2014), em relação ao idoso, não há como conceber um envelhecimento saudável sem fazer referência ao direito à saúde, pois à medida em que as pessoas vão envelhecendo, a saúde passa a ser a maior das preocupações. A garantia ao direito a saúde, nesta fase da vida, se constitui um imenso desafio. Cabe destacar que cada idoso, tem seus aspectos subjetivos, biológicos, sociais e econômicos que podem influenciar na qualidade de vida e impactar no processo saúde doença. Os idosos com saúde debilitada não têm atenção, tratamentos e diagnósticos iguais.

O Projeto de Lei 9046/17, está em tramitação, em caráter conclusivo, pelas comissões de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa; de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania., se trata de uma proposta que garante aos idosos do Sistema Único de Saúde o acesso a procedimentos de saúde de maneira igualitária aos oferecidos à pacientes particulares e de planos de saúde. O projeto prevê que estes usuários terão acesso a todos os exames para diagnósticos e tratamento estabelecidos pelas diretrizes e consensos mais atualizados das especialidades médicas, devendo o gestor do SUS arcar com os gastos dos procedimentos (BRASIL, 2017).

Na concepção de Veras; Oliveira (2018), a atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos. Esses fatos, sobrecarregam o sistema, provocam forte impacto financeiro em todos os níveis e não geram benefícios significativos para a saúde, nem para a qualidade de vida (PHYSIS 2013). O presente estudo visa analisar os avanços e desafios do Projeto de Lei 9046/17, tomando como princípio a isonomia no tratamento a saúde dos idosos, independente de condições financeiras. Neste sentido, o artigo em tela discorrerá sobre o

Projeto em tramitação, bem como os principais desafios na efetivação do direito a saúde tomando como base a

efetivação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a revisão da literatura, buscando analisar produções bibliográficas que abordassem a saúde integral da pessoa idosa.

Nessa direção, houve um levantamento da literatura a ser usada, na base de dados Scielo, bem como artigos do Google Acadêmico, além de consultas a Legislações vigentes sobre o direito a saúde e a saúde da pessoa idosa, além de consulta ao Estatuto do Idoso, e ao Projeto de Lei analisado.

Os critérios de inclusão foram, artigos na língua portuguesa que abordassem a saúde da pessoa idosa e o atendimento integral a saúde, além de artigos que analisavam legislações ou ainda que abordavam temáticas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Os descritores buscados foram: saúde do idoso, isonomia na saúde, política de saúde do idoso e direito a saúde idoso.

Foram realizadas buscas entre os meses setembro e outubro do ano de 2018.

O ano de publicação não foi um critério estabelecido como importante, tendo em vista que todos os artigos que tinham relevância foram primariamente considerados, e se trata de um assunto novo onde não existem variedades consideráveis de publicações.

Foram lidos 19 trabalhos, foram selecionados 11 para o enriquecimento teórico do trabalho proposto. Os critérios de exclusão utilizados foram os artigos sem análise a legislações ou que não abarcassem a política de saúde do idoso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira lei que surgiu para atender as necessidades dos idosos foi a de n° 8.842, de quatro de janeiro de 1994 estabelecendo a Política Nacional do Idoso, sendo regulamentada pelo Decreto Federal n° 1.948, de três de Julho de 1996, o que parecia ainda ser pouco e sem muita eficácia em relação à importância econômica, social e jurídica que representa o contingente do idoso. Ela veio normatizar os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania (BRASIL, 1994).

A saúde é um direito de todos e garantido por lei. Na Constituição Federal, Artigo 196, está assegurado que a saúde é direito de todos e dever do Estado. De acordo com Lima (2012), constitui a vida, o direito primordial que se projeta como essência para garantia de todos os demais direitos. Mas, a vida não pode ser assegurada sem que, seja garantido o direito à saúde, uma condição essencial a vida.

Além de estabelecer o direito à saúde, como direito social (art. 6º), e definido como um "direito de todos e obrigação do Estado", a Constituição Federal estabeleceu os princípios da universalidade do atendimento público de saúde (art.194, inciso I); do atendimento integral (art. 198, I); da participação complementar das instituições privadas (art. 199,); e, disciplina que: "A família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, (...) defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes a vida (BRASIL, 1988; DIAS, 2011).

A definição de saúde segundo a OMS “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de afecção ou doença”. Reforçando esse contexto, o art. 15 do Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 2003), assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário. O estatuto do idoso reitera o direito fundamental de saúde do idoso, tratando da saúde física, mental, bem como o aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social da vida do idoso. Traz ainda a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público em assegurar aos idosos os direitos fundamentais (BRASIL, 2003).

A legislação também garante aos idosos o atendimento geriátrico e de gerontologia em ambulatórios com equipe especializada nesta área; o atendimento domiciliar, incluso a internação, especialmente aqueles com impossibilidade de locomoção, fornecimento de medicamentos gratuitos, órteses, próteses, e outros recursos necessários ao tratamento de saúde dos idosos.

Para Barletta (2014), é na velhice onde ocorrem alterações anatômicas, funcionais e doenças crônicas degenerativas, que, embora possam ser controladas pela medicina são irreversíveis, e a falta de controle destas afecções gera sequelas e complicações que serão responsáveis por deterioração da capacidade funcional.

Paschoal (2013), relata que na velhice, é habitual que haja debilidade em algumas funções do organismo. A pressão arterial, o debito cardíaco e o equilíbrio eletrolítico, sofrem agravos consideráveis. O aparelho locomotor tem alteração da marcha. Os braços sofrem diminuição da amplitude. Na visão podem surgir as cataratas, degeneração macular, glaucoma e retinopatia

diabética, além de outros fatores decorrentes do envelhecimento que provocam perda da acuidade visual.

Com o crescente envelhecimento da população, há o aumento das despesas médico- hospitalares, causando um grande impacto nos cofres públicos, estes gastos com a saúde do idoso devem aumentar em 40,8% em 30 anos (MORAES, 2012).

Em 1940, de cada mil pessoas que atingiam os 65 anos de idade, 259 atingiriam os 80 anos ou mais. Em 2016, de cada mil idosos com 65 anos, 628 completariam 80 anos. As expectativas de vida ao atingir 80 anos foram de 10,2 e 8,5 anos para mulheres e homens, respectivamente. Em 1940, estes valores eram de 4,5 anos para as mulheres e 4,0 anos para os homens (IBGE, 2016).

Na amostra de dados da pesquisa nacional de saúde de 2013, observa-se que 44,4% dos idosos com idade entre 60 e 64 anos são acometidos pela hipertensão, que pode causar infarto agudo do miocárdio (IAM), infarto fulminante e acidente vascular encefálico (AVE); na faixa de 65 a 74 anos, o percentual é 52.7%; e de 55% para os que têm 75 anos ou mais. A diabetes atinge 19% dos idosos com idade de 65 anos ou mais (IBGE, 2013).

As doenças crônico-degenerativas e suas complicações incorporam um quadro grave diante dessa parcela da população, o que exige uma reavaliação das políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa, bem como o aporte de maior volume de recursos financeiros e humanos para o setor. Correa (2009), retrata a velhice na sociedade, com relação a saúde de forma crítica, afirmando que, é nessa fase onde as pessoas geralmente são colocadas em segundo plano ou são esquecidas pelos próprios familiares, restando apenas o abandono e o isolamento, o autor aponta que esse abandono se estende de maneira globalizada, “percebe-se uma deficitária rede de políticas públicas e uma certa negligência voltadas para o idoso por parte do Estado”.

Segundo dados do Sistema de Internação e Hospitalização (SIH/SUS, 2010), as doenças do aparelho circulatório e as do aparelho respiratório são responsáveis pela maior parte da internação dos idosos (39%). Merece destaque ainda, as doenças neurodegenerativas e psiquiátricas (23%). Dados do DATASUS (2008), indicam que os idosos apresentam maior consumo dos serviços de saúde e taxas de internação hospitalares maior do que todos os outros grupos etários.

Os gastos do SUS com assistência ambulatorial, consultas e exames diagnósticos, internação hospitalar pode atingir em 2030, 63,5 bilhões, elevando em quase 149% em relação aos 25,5 bilhões gastos em 2010, segundo dados do IESS. EM 2013, 21,4% das pessoas com 18 anos ou mais, referiram diagnóstico

médico de hipertensão. Esta prevalência cresce com a idade indo de 2,8% no grupo de 18 a 29 anos até 55% no grupo com 75 anos ou mais (BRASIL, 2013).

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2016) aponta que o total de internações de beneficiários se elevará em mais de 30% até 2030. Na faixa etária de 59 anos ou mais, o total de internações vai passar do dobro, neste período, na rede privada. Ainda segundo o IESS, cerca de 50 milhões de usuários dos planos de saúde tem 60 anos ou mais, e quase 90% deles tem algum tipo de doença crônica, como diabetes, artroses e cânceres.

Estudos de Hernandes et. al. (2012), realizou, no ano de 2012, um comparativo de idosos com e sem plano de saúde, onde, destacou que o grupo de idosos sem planos privados realizou menos prevenção ao ano contra neoplasias; esperou mais para ter acesso a consultas de saúde; realizou menos exames pós-consulta; teve maior proporção de avaliação negativa da própria saúde (77,9% e 49,9%,) e relatou mais episódios de queda. Dentre os que relataram mais tempo de espera entre marcação e acesso a consulta de saúde, 70,4% eram do grupo que não tinham plano de saúde, contra 29,6% do grupo com plano privado.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem havido o crescimento de cobertura para os grupos populacionais de idosos em todo o Brasil. Os idosos têm maior cobertura de saúde suplementar em todas as unidades da federação, e o município de São Paulo, (SP), tem a mais alta concentração de planos privados na população geral.

Num comparativo maior entre os idosos assistidos pelo SUS e pela rede privada, percebe-se que o acesso a saúde se dá mais facilmente entre os idosos usuários de plano de saúde privado, e neste sentido, o Projeto de Lei 9046/17, em destaque neste estudo, contribuiria para o acesso ao idoso sem plano de saúde em condições isonômicas aos que possuem plano privado, garantindo o direito a saúde e assim, a possibilidade de prevenção e proteção a agravos de maneira igual.

Os desafios da efetivação do Projeto de Lei 9046/17, são os mesmos dos problemas da maioria dos modelos assistenciais vigentes, o país não se preparou para a realidade do envelhecimento, e ainda não há programas preventivos com enfoque na qualidade de vida com fortes evidencias mesmo nos planos privados, sendo os atendimentos dos dois setores com foco quase que exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa com uma lógica de antecipação dos agravos, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de determinada moléstia, esquecendo que numa doença crônica já estabelecida, o objetivo não deve ser a cura, mas a busca da estabilização do quadro clínico

e o monitoramento constante, de forma a impedir ou amenizar o declínio funcional (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Cabe destacar, que a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da sua saúde, tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção, e neste sentido, a aprovação do Projeto de Lei assegurará de maneira igual o acesso as consultas e exames preventivos, facilitando o diagnostico e promovendo acesso mais rápido ao tratamento quando necessário.

Percebe-se que o direito da pessoa idosa é garantido por um aparato legal que norteia as ações de saúde, no entanto, para que esse direito se efetive, tais como o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, muitos desafios ainda precisam ser vencidos, pois, apesar da existência de leis específicas, percebemos a dificuldade de efetivação desses direitos, sobretudo, para os usuários idosos do Sistema Único de Saúde, muitas vezes só é assegurado o acesso, através da judicialização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho para que os setores públicos e privados tenham sustentabilidade incluem mudanças no modelo assistencial que existe atualmente. É necessário investimento na promoção da saúde e no reforço da atenção primária, focado no acompanhamento do indivíduo, não na doença.

Os idosos atualmente passam por vários especialistas, fazem inúmeros exames, usam muitos medicamentos, mas o cuidado de maneira integral não acontece, mesmo sendo usuário de plano de saúde. Já os idosos usuários do SUS, ainda percorrem longo caminho para um atendimento digno, mesmo que seja simples, como uma consulta de renovação e avaliação de receitas as quais já faz uso.

O Projeto de Lei 9046/17, trará benefícios aos idosos com menos condições financeiras, uma vez que, assegurará a esse, o direito a saúde de maneira igual ao idoso atendido no plano de saúde, sendo custeado pelo Estado, conforme o previsto na Constituição Federal e reforçado no Estatuto do Idoso.

O grande desafio para a efetivação ao direito a saúde da pessoa idosa, perpassa no enfrentamento da realidade do país, um país de velhos que não se preparou para os seus impactos, e que precisa traçar metas urgentes a serem cumpridas a médio e longo prazo, incluindo a elaboração de políticas públicas incentivando o envelhecimento ativo e saudável, um maior investimento financeiro para programas de enfrentamento as doenças crônicas e incentivo ao idoso no sentido de envelhecer com qualidade de vida e participação ativa na sociedade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Tábuas Construídas, 2010.

_____. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.840, 1994. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em 18 de outubro de 2018.

_____. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social Instituições de longa permanência para idosos: caracterização e condições de atendimento / Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. – Curitiba : IPARDES, 2008.

BARLETTA, Fabiana Rodrigues. O direito à saúde da pessoa idosa. 1ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo I: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e "A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de atenção báscia. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1 ed. n. 9, Brasília, 2007.

SILVA, Marina da Cruz. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas.

Textos Envelhecimento [online]. 2005, vol.8, n.1, pp. 43-60. ISSN 1517-5928.

DAL RIO, Maria Cristina. Perspectiva Social do Envelhecimento. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social-SEADS. São Paulo, 2009.

GUERRA, H.L; BARRETO, S.M., UCHOA, E, FIRMO J.O.A.; LIMA E COSTA, M.F.F. A

morte dos idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. Cadernos de Saúde Pública, 16(2): 545-551, 2000.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao Idoso na Estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. São Paulo, 2010.

Veras RP, Oliveira MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. Rev. bras. geriatria e gerontologia. São Paulo, 2016

Capítulo 22

10.37423/220505887

PRÁTICAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA- DO DIAGNÓSTICO AO RESULTADO

Otacilio José Moreira — *Universidade Federal Fluminense*

Sergio Silvestre M.P. teixeira — *Universidade Federal Fluminense*

Resumo: Cada vez mais, o conceito de Industria 4.0 amplia as inovações para todos os tipos de organizações, independentes do seu tamanho. Hoje em dia, prover excelência aos clientes através de uma experiência inesquecível é muito importante para o crescimento sustentável das Organizações! Nesse sentido, é necessário alcançar um alto desempenho; portanto, projetos de gestão do conhecimento têm sido objeto de estudo e pesquisa para essas organizações. Este estudo tem como foco verificar as práticas de gestão do conhecimento aplicadas em um hospital de referência XYZ (mais de 200 leitos e alta complexidade) no Brasil. Esta pesquisa baseia-se em um estudo exploratório descritivo, onde um diagnóstico sobre, quais práticas de gestão do conhecimento estão em vigor, entre elas: cultura de gestão do conhecimento (existe uma cultura de compartilhamento de conhecimento e colaboração? existe um programa de mentoria?); ferramentas de gestão do conhecimento (há valor agregado selecionando, implantando e lançando ferramentas de gestão de conhecimento compartilhado?); existe conformidade e integração gerenciais? (integração das melhores práticas de gestão do conhecimento em processos, programas e equipes); e, finalmente, medição e melhorias do conhecimento. "**Analisar ou avaliar hospitais no Brasil não é uma tarefa fácil**. A literatura oferece pouca orientação sobre metodologias apropriadas; os estudos disponíveis geralmente são de países que espelham uma diferente realidade e seus resultados replicados em países de baixa ou média renda, tendem a produzir resultados pouco significativos. De acordo com (CONCEIÇÃO, 2021) a implantação da gestão do conhecimento nas organizações hospitalares é considerada um elemento essencial de uma boa governança, permitindo obter respostas eficientes e eficazes, aos desafios diários, com maior facilidade. Os inúmeros fatores influenciadores da implantação deste conceito de interesse nas organizações hospitalares, requer uma análise pertinente para identificá-los. Essa foi a motivação para este artigo; através de revisão bibliográfica e entrevista aos principais stakeholders de processos, avaliar as práticas de gestão do conhecimento no Hospital XYZ. Concluiu-se que as referidas práticas não se consolidam exigindo mais atenção devido ao atraso da gestão do conhecimento no setor hospitalar privado causado por um modelo criado pelos proprietários de hospitais, geralmente médicos com administração familiar, que não deram a devida importância à qualificação e composição da estrutura administrativa.

Palavras-chave: Setor Hospitalar; Gestão do Conhecimento; Práticas de Gestão do Conhecimento.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO / INTRODUÇÃO:

Se por um lado, a utilização da gestão do conhecimento na área hospitalar transita entre uma necessidade inadiável e essencial, há também uma série de barreiras. Para entender a atividade hospitalar privada brasileira, que se destacou pelo crescimento dos planos de saúde na década de 70, abordaremos primeiro, todo o contexto em torno objetivo deste artigo, uma vez disponível para outros países, para que, qualquer pessoa possa entender os problemas e as razões sobre a lenta evolução das melhores práticas nas diversas áreas da administração e produção do segmento na saúde.

Por sermos (os autores), oriundos de manufatura (onde trabalhamos por muitos anos) usaremos uma visão holística sobre a atividade hospitalar: tratando-a como indústrias de processos contínuos, por encomenda (eletiva ou não, personalizados e aleatórios), por ordem de produção (número da conta ou prontuário), de produtos (pacientes), uma vez que cada paciente é único, mesmo sendo tratados 20 pacientes com o mesmo procedimento, cada um reagirá à sua maneira.

De acordo com Conceição (2021), algumas das razões para o uso de gestão do conhecimento na área da saúde, como no setor industrial, incluem a prevenção de possíveis perdas de conhecimento devido à aposentadoria e à rotatividade de pessoal; ganho de vantagem competitiva; aprendizagem contínua; prevenção da difusão de conhecimento e/ou isolamento de organização ou departamento ou indivíduos e a necessidade de atender às necessidades dos usuários

De acordo com Felipe (2019), a necessidade de adoção de ferramentas e técnicas já consolidadas em outros setores da economia com foco em uma gestão estratégica, ainda é um grande desafio para as organizações hospitalares. Estratégias online para tradução de conhecimentos relacionados à saúde podem atuar como veículos para vincular pesquisadores, profissionais, formuladores de políticas e consumidores, facilitando assim a troca oportuna e relevante de informações e mostrando a lacuna de conhecimento (SHAHMORADI, pág. 553, 2017).

Justifica-se o estudo para avaliar como uma instituição do porte do Hospital XYZ, com 200 leitos se encontra quanto à gestão do conhecimento, contribuindo como pesquisa importante nesse segmento de serviços tão importante para a sociedade brasileira.

Shahmoradi afirma que as práticas de gestão do conhecimento para a tomada de decisão com base em evidências, derivam principalmente da necessidade dos envolvidos (*stakeholders*) serem mais responsáveis por seus pacientes. Por isso ela aponta a necessidade de avaliar a melhoria a qualidade

do cuidado, para garantir o atendimento individual com base nas evidências da gestão do conhecimento, para garantir a maximização de resultados positivos, e a minimização da lacuna existente entre pesquisa e prática.

No estudo de caso que iremos abordar, avaliaremos o atraso na gestão do conhecimento nos hospitais do setor privado como um reflexo do modelo de gestão criado pelos donos de hospitais, geralmente médicos sem qualquer conhecimento em administração de empresas e experiências anteriores. Isso significa que a administração dessas organizações se baseia no empirismo, intuição e amadorismo.

Para agravar esse cenário, a participação dos membros familiares como administradores agrava ainda mais o cenário, embora alguns tenham graduação em administração ou economia, não possuem experiência profissional e conhecimento em saúde, uma vez que o patriarca exerce forte domínio ou influência sobre eles, atuando até mesmo como coaching. Além disso, a qualificação e a composição da estrutura administrativa ficaram e ainda estão comprometidas e longe das melhores práticas. Essa filosofia empresarial visa apenas manter o custo fixo baixo, a fim de obter mais lucro para o negócio familiar, do ponto de vista financeiro.

Nesse contexto de baixo custo, nas áreas operacionais administrativas, contratam pessoas com baixo grau de qualificação em gestão de estoque, orçamento processos, entre outras áreas importantes de gestão empresarial.

Portanto, tal cenário, proporciona hiatos para oportunidades de melhoria que resultariam em melhores resultados econômicos e financeiros, permitindo a criação de uma cultura forte com mudanças e evitando assim, a criação de grandes paradigmas negativos, criados por essa mentalidade.

Diante deste cenário, a questão problema que pretendemos responder é: Em qual estágio da Gestão do Conhecimento se encontra o Hospital XYZ? O objetivo principal é avaliar através de entrevistas com funcionários do referido hospital, qual o estágio de gestão do conhecimento que se encontra o referido Hospital. Como objetivo secundário, aplicar os conceitos de gestão do conhecimento na referida avaliação. Trata-se de um ensaio bibliográfico suportado por estudo de caso com entrevistas a cinco profissionais responsáveis por processos chave.

2 MATERIAIS E MÉTODOS:

2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:

Citando Chiavenato (2003, p.21): "*Um paradigma é um conjunto de regras que definem limites entre o que é certo e errado, entre o que é verdadeiro e falso, o que deve ser feito e o que não deve ser feito. No final, um paradigma estabelece um corredor de pensamento no qual está intimamente ligado ao que existe dentro das faixas e limites permitidos.* "

Gonçalves (2000) caracteriza as empresas familiares e, em geral, na saúde, os poucos empreendedores de sucesso, são aqueles que abandonaram as carreiras médicas para estudar gestão empresarial e se dedicar exclusivamente aos negócios, entendendo que seu crescimento e absorção de novos conhecimentos no curto prazo, seria a contratação de profissionais de fora do setor de saúde, como exemplo, nos quarenta e dois anos de história de duas das grandes empresas do setor, seu fundador era advogado.

Souza (2004) afirma que há evidências de que as falhas da oferta do SUS e das barreiras de acesso e da seleção risco praticada pelo mercado de planos de saúde estejam afetando o acesso da população a hospitais e assistência ambulatorial; por isso, no começo da década de 2000, a população precisou recorrer aos planos de saúde para garantir o atendimento, sempre que necessário, resultando assim, numa demanda cativa até os dias atuais.

Em março de 2019, segundo a ANS, eram 918 operadoras em atividade atuando no segmento de assistência médica e hospitalar. Mesmo com a utilização do modelo de regulação por desempenho, que gerou a expectativa de que a aplicação dessa metodologia fosse capaz de reduzir custos e assimetrias de informação, bem como estimular a eficiência econômica, o padrão de competição oligopolista das operadoras nos mercados relevantes; assim permaneceu dominado pelas cinco maiores operadoras – preços praticados são similares e o *modus operandi* é igual em todas, e nesse contexto, a ausência de competitividade e criatividade é notório podendo ser o causador de baixo investimento em gestão do conhecimento. (REIS et AL 2019)

Segundo Melo et Al (2020), os impactos da Indústria 4.0, da globalização e das crises financeiras em conjunto estão transformando os métodos de tratamento e diagnóstico, bem como as relações entre profissionais e pacientes; resultando em alterações significativas na gestão do conhecimento das organizações, alterando as formas convencionais de fazer negócios – é necessário reinventar os serviços de saúde com foco em um fornecimento de forma mais eficiente, levando em conta que ainda

existe espaço para melhorar uma estratégia que incentive as empresas a investir em saúde avançada em áreas-chave.

De acordo com Igbinovia (pág. 35, 2017), a gestão do conhecimento se caracteriza por melhores práticas em organizações onde produtividade, eficiência e inovação são as palavras de ordem; ela possui três componentes – processos, pessoas e sistemas – que devem ser gerenciados para atender ao objetivo de qualquer prática de gestão do conhecimento. Não é um projeto criado isoladamente, nem desenvolvido por um único setor ou colaborador; requer um esforço contínuo que envolve a criação de conhecimento individual e a expansão através das equipes internas – seções, departamentos, divisões, até chegar ao topo das organizações. (IGBINOVIA, 2017)

Segundo Pasher et Ronen (2011, Prefácio it XVI): "conhecimento é a experiência e a expertise que, quando combinados com dados e informações básicas, podem resolver problemas e criar valor. Esse valor é capital intelectual". Nesse contexto os autores entendem que os colaboradores em pontos chaves e estratégicos são fundamentais para o repasse de suas experiências; ocorre que nesse nível, estão os colaboradores de mais idade e tempo na organização, por isso, que ao demiti-los ocorre sempre a ruptura desse conhecimento.

Para Bergeron (2003, p.6), "o Santo Graal da Gestão do Conhecimento é a capacidade de capturar, arquivar e acessar seletivamente as melhores práticas de conhecimento e tomada de decisão relacionadas ao trabalho de funcionários e gestores para comportamentos individuais e em grupo".

Já O'Dell e Grayson (1998) creem que a Gestão do Conhecimento é uma estratégia usada para levar o conhecimento certo para as pessoas certas no momento certo para melhorar o desempenho organizacional.

Em qualquer caso, as estratégias baseadas no conhecimento nunca devem, ser utilizadas como uma visão do desenvolvimento de estratégias. Davenport e Prusak (1998, p.163). Exatamente, visto que elas são apenas focadas no operacional.

Nosso cenário de caso se passa em uma empresa hospitalar de alta complexidade, um universo onde uma variedade de recursos, equipamentos especializados e dispositivos são utilizados para ajudar a saúde, onde podemos dizer, com certeza, que todo e qualquer tipo de dificuldade é iminente de surgir a qualquer momento, em todos os processos.

Diante desse contexto, você pode imaginar como as empresas do setor hospitalar do Rio de Janeiro estão gerenciando o conhecimento dentro de suas organizações? Nesse exemplo, vejam que o cenário

se agrava quando colaboradores que estão em processos chaves, são demitidos para reduzir o custo com pessoal. Nessa esteira de equívocos e miopia, contratam profissionais recém-formados, e com pouca ou nenhuma experiência no setor e no cargo, explodem os problemas e reinventa-se a roda.

A gestão do conhecimento é um conjunto de princípios, ferramentas e práticas que permitem que as pessoas criem conhecimento e compartilhem, traduzam e apliquem o que sabem para criar valor e melhorar a eficácia" *knowledge management glossary*," (2006).

As próximas sessões, serão dedicadas a apresentar alguns dados do Hospital XYZ e descrever o resultado das entrevistas que suportaram o diagnóstico das práticas de gestão do conhecimento que estão em vigor, em um hospital de referência XYZ, no Brasil, envolvendo pessoas, processos e sistemas de tecnologia e comunicação.

3 GESTÃO DO CONHECIMENTO NO HOSPITAL XYZ

3.1 O HOSPITAL XYZ

É dedicado a procedimentos de alta e média complexidade. A unidade conta ainda com um Serviço de Emergência que atende clientes de planos médicos, além de particulares. Com 200 leitos e 11 salas de cirurgia (uma delas é uma sala híbrida – para realização de cirurgia enquanto obtém imagens do que está acontecendo).

O Hospital XYZ está localizado em um ponto estratégico, ocupando uma área de 30 mil metros quadrados e atende casos mais complexos em especialidades como cardiologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, transplante de medula óssea, hemodinâmica, medicina nuclear, ortopedia, coluna vertebral, cirurgia bariátrica, entre outras, sempre valorizando a eficiência, a resolutividade e a oferta de medicamentos de alta qualidade.

A unidade também possui um parque de imagens moderna, compatível com alguns concorrentes do mesmo porte. Os equipamentos de tomografia e ressonância escolhidos, possuem ótima definição e software que os torna rápidos, eficientes e integrados ao sistema ERP, módulo gestão de pacientes. Para o paciente, uma vantagem é a redução do uso de contrastes em alguns procedimentos, uma vez que a qualidade das imagens é maior, propiciando mais segurança no diagnóstico.

O Hospital XYZ conta com uma equipe multidisciplinar de alta qualidade onde os colaboradores passam por treinamento técnico e comportamental. Todos os protocolos e fluxos hospitalares foram projetados e documentados de acordo com as normas internacionais. A unidade possui certificado de

credenciamento nível III (Excelência) da Organização Nacional de Acreditação (ONA), além do Certificado de Identificação e Tratamento de Sepse do Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS). Ambas as organizações são representadas no Brasil pelo Instituto de Gestão Qualisa (IQG).

3.2 O CONTEXTO EM QUE A XYZ OPERA:

Os Hospitais são organizações de saúde complexas, onde colaboradores, enfermeiros e médicos, diretamente envolvidos em procedimentos, processos e regulamentos, desempenham um papel importante em sua dinâmica diária permitindo inferir que a interação entre esses grupos faz parte das estratégias de gestão, a fim de tornar claros os processos de comunicação e negociação. Essas atividades intelectuais que utilizam ciência e tecnologia para salvar vidas ou cuidar de seres humanos, também utilizam elementos sociais, culturais e educacionais na busca por resultados.

Apesar do uso da palavra "complexidade" nas organizações de saúde, uma vez que os processos produtivos de atendimento ao paciente estejam padronizados, e a gestão do conhecimento assegure a utilização, a complexidade pode ser eliminada. Hospitais são entidades com heterogeneidade de serviços assistenciais e complementares que não fazem parte do tratamento, mas são fundamentais ao acolhimento dos pacientes dentro da entidade.

O setor de Saúde no Brasil devido às suas particularidades e dificuldades se caracteriza por um mercado privado nas mãos de agentes econômicos que oferecem seguros e planos de saúde para pessoas físicas e jurídicas. Esses agentes econômicos são sociedades limitadas, anônimas, cooperativas médicas e as de autogestão.

As agências reguladoras variam para cada agente setorial: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), legisla, normatiza, padroniza e fiscaliza planos de saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculada ao Ministério da Saúde, exerce o controle sanitário de todos os produtos e serviços nacionais e importados, submetidos à vigilância sanitária.

Apesar da existência dessas agências reguladoras, há tantos atores nesse mercado que é fácil entender o longo caminho a percorrer para transformar as organizações com gerência burocrática em organizações com gestão do conhecimento. Principalmente os prestadores de serviços médicos hospitalares como os hospitais, que trazem conceitos e paradigmas anteriores ao prestar serviços ao SUS – Sistema Único de Saúde, que atua até hoje com preços predeterminados para todos os agentes, sem respeitar as características estruturais e geográficas. Nesse contexto, apurou-se que muitos procedimentos pagos não cobrem os custos ou deixam bons resultados.

No entanto, no Hospital XYZ, desde sua inauguração até os dias de hoje, há muita dificuldade na obtenção de determinadas informações que contribuem na gestão de um modo geral, como por exemplo, elaborar os próprios custos e preços dos serviços prestados; bem como, avaliar a rentabilidade dos procedimentos individual e agrupados, frente a dezenas de contratos com operadoras que impõem suas tabelas de preço, que não possuem rastreabilidade nos custos envolvidos. (Opinião colhida nas entrevistas com os funcionários ligados aos processos chave).

Supõe-se que o problema está relacionado aos recursos de gestão enraizados na obsoleta técnica de gestão hospitalar, apresentando problemas de falta de informação disponíveis para mudar os rumos de sua organização. O resultado dessa falta de informação é que a maioria dos hospitais não diferencia:

Quais procedimentos geram maior rentabilidade, se para cada convenio existe uma tabela de preço sem rastreabilidade nos custos?

Os sistemas atuais, não atendem aos princípios básicos de custo técnico, principalmente quanto alocação de mão de obra. A informação que se tem é do ponto de vista do centro de custo e não dos procedimentos. Portanto uma visão orçamentária.

Quais são os médicos que agregam o maior valor?

Quais são os médicos que trazem melhor resultado por especialidade, uma vez que em cada uma especialidade existem vários médicos dando assistência?

Quais gestores por centro de custo assistencial analisa o consumo dos materiais produtivos (Mat&Med)?

Como resultado, essas Organizações não conseguem criar conhecimentos necessários para desenvolver ações que gerem resultados práticos em rentabilidade.

A viabilidade de um programa de Gestão do Conhecimento varia de acordo com o segmento e o trabalho realizado por cada empresa; como o risco é gerenciado; a filosofia de personalidade e gestão do CEO ou principalmente dos acionistas; e o modelo de negócio subjacente.

Bergeron (2003, p. 51) cita que .... apenas porque o CEO definiu um modelo de negócio que está de acordo com sua visão e porque gerenciam por controle ou coordenação, estão mais propensos a escolher um modelo de negócio centralizado do que os CEOs cuja filosofia de gestão se baseia na alocação de recursos ou no estímulo das boas práticas de funcionários. Nesse contexto, o setor de

saúde privado, vem mostrando nos últimos anos, grandes dificuldades em obter melhores resultados e uma das causas repousa exatamente na formação acadêmica de alguns CEO's. A gestão de um negócio requer expressiva experiência dos processos de uma empresa e visão generalista, não pode ser refém de uma determinada formação.

A aparente ausência de instrumentos de prática de gestão do conhecimento, tem levado a maioria dos gestores hospitalares a se desdobrarem para obter informações, investindo milhões em recursos de informação hospitalar e, na maioria das vezes, o problema permanece, ou se agrava. Nesse contexto, o Hospital XYZ, investiu em outros softwares para melhorar a gestão, como o BI e o Portal de Compras. A questão é que a base das informações do ERP, não eram confiáveis e com isso, erros gritantes afloraram. Em vez que corrigirem o ERP, insistiam em criar outros programas paralelos em SQL para suprimir os erros. É importante perceber que informação e o conhecimento não devem ser um recurso, intacto e imutável. O conhecimento é construído, ou seja, é o resultado de pessoas construindo significados a partir de mensagens. O conhecimento está na mente dos colaboradores e demais atores envolvidos no dia a dia da empresa.

Nesse cenário de crise no setor de saúde, os hospitais sinalizam para a necessidade de gestão do conhecimento, para incorporar definitivamente o paradigma das organizações de conhecimento que, segundo Choo (2003, p. 54), são organizações que possuem informação e conhecimento que lhes dão uma vantagem, permitindo-lhes agir com inteligência e criatividade, despertando no colaborador a capacidade de aprender com as pessoas em todos os níveis, já que a capacidade da empresa não pode ser maior do que a dos membros que o compõem.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

O presente estudo consiste em pesquisas exploratória, construída dentro de uma abordagem qualitativa e comparativa, a fim de analisar e diagnosticar o processo de gestão do conhecimento no hospital XYZ.

Para auxiliar na análise, foram criados índices de avaliação (tabela1) para verificar as práticas de gestão do conhecimento encontradas. As práticas de gestão que foram comparadas, são as seguintes; aprendizagem organizacional, benchmarking, coaching, comunicação institucional, gestão de habilidades, lições aprendidas, mentoria, normas e procedimentos. Elas foram verificadas diretamente pelos autores em entrevistas telefônicas com cinco colaboradores e diretamente com ex-funcionário

que vivenciou o ambiente operacional e gerencial por 10 anos, com base em fatos, documentação e processos existentes.

FE	Existência formal em programas ou atividades na organização.
IP	Programas ou atividades estão em fase de implementação.
ANF	Há ações relacionadas à prática, mas não formalizadas na organização.
DNE	Não existe.

Tabela 1: Índices de avaliação das áreas de gestão do conhecimento do hospital XYZ. Fonte: Os autores

5.1 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DO HOSPITAL XYZ PARA ESTABELECIMENTO DOS CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NO HOSPITAL XYZ:

No setor de saúde, um exame mais aprofundado, ajuda a definir os diversos aspectos da indústria que podem ser considerados quanto à integração das práticas de gestão do conhecimento. O que significa gerenciar uma organização de saúde como a XYZ? (abaixo, as respostas dos profissionais respondentes)

- Em relação ao pessoal, colaboradores treinados, com conhecimento e equipamentos (combinados com melhoria contínua e melhores práticas) que atendam às necessidades dos clientes, ou seja, gestão da saúde baseada em evidências.
- Em relação à gestão, profissionais experientes e boa formação para os cargos de gestores capazes de recrutar, treinar e disseminar boas práticas, a fim de superar os desafios do negócio.

Apesar dessas premissas estarem escritas em políticas, diretrizes e valores, e de conhecimento de todos, os CEOs que ocuparam a direção do Hospital XYZ, não conseguiram resultados positivos, um dos problemas tem sido a total falta de experiencia anterior desses CEOs, só terem atuado como médicos e mesmo possuindo MBA em Gestão de Saúde, não conseguem colocar esses requisitos em práticas. E por fim, essa falta de experiência não promoveu a empatia entre gestores e subordinados aos gestores. Essa questão, trouxe também a retenção de determinadas informações no campo da gestão do negócio entre o CEO e seus diretores.

Entender como os gestores de saúde acessam e usam o conhecimento de gestão para ajudar a melhorar os processos organizacionais e, portanto, promover uma melhor prestação de serviços é de

importância premente para os formuladores de políticas, profissionais e pesquisadores de saúde. (FERLIE, p.156, 2016).

Em vez de experimentar coerência e estabilidade, os gestores em saúde enfrentam condições de fragmentação e fluidez que continuam a fazer a geração, a aplicação e o compartilhamento de um corpo coerente de conhecimento - muito menos o desenvolvimento em torno dele de uma comunidade profissional coerente de prática — um desafio constante e um objetivo um pouco distante. (BRESNEN et al (2017, p.2).

Scientia potentia est – Conhecimento é poder, e seu uso correto também garante liderança estratégica, mas, somente se estiver disponível para as pessoas que precisam dele.

Como mencionado anteriormente, através das entrevistas, pudemos apurar que o Hospital XYZ tem evidências claras de investimentos em novas tecnologias e sistemas de informação, no entanto, os profissionais médicos que ocuparam o cargo de CEO até o presente momento, não possuíam esse entendimento e assim, restringiram as informações no sistema aos gestores e analistas, o que dificulta a visão dos processos.

Percebe-se que os profissionais com formação em saúde falam de gestão por processo, no entanto, constata-se que não possuem uma noção prática da sua abrangência.

Segundo Gonçalves, (pág. 17, 2001) "Existem também empresas que não têm certeza se sua forma organizacional atual é adequada para a gestão de processos. Finalmente, temos, ainda, as empresas que precisam de mais esclarecimentos sobre o assunto para que possam analisar as vantagens da gestão por processos."

Isso mostra, também que existe uma deficiência na formação e executivos, uma vez que recaem neles o poder da execução. O setor de TIC alinhado com o Coordenador de Processos criou apenas as chamadas "condições" para os elementos básicos de um projeto de Gestão do Conhecimento, mas restrita às permissões definidas pelo CEO.

Por conta dessas evidências, essas atividades foram classificadas como: **(ANF) Há ações relacionadas à prática, mas não formalizadas na organização.**

5.1 RESULTADOS DA COMPARAÇÃO COM AS MELHORES PRÁTICAS:

Neste capítulo analisaremos as práticas do Hospital XYZ contra as "melhores práticas", melhor do que depender apenas de práticas informais onde o conhecimento pode ser disperso e indisponível na

organização; isso permitirá a criação, divulgação, compartilhamento e aplicação do conhecimento dentro de um ambiente e sua relação com o ambiente externo, também, ajudará a gerar conclusão do artigo.

Para a análise e diagnostico das práticas atuais através dos elementos de gestão do conhecimento, foram levados em conta, a entrevista de cinco colaboradores de setores chave e a participação no artigo de ex-funcionário; permitindo assim estabelecer a comparação com as melhores práticas em projetos de gestão do conhecimento.

Segundo Dalkir (2005), as práticas na perspectiva da gestão do conhecimento são aquelas com foco na determinação, organização, direcionamento, facilitação e monitoramento de práticas e atividades relacionadas ao conhecimento necessárias para alcançar as estratégias e objetivos de negócios desejados.

Contribui também nesse sentido Bergeron (2003, p.69) ao citar que o processo é rotineiro, gerenciado, oficial e baseado em conhecimento explícito enquanto a prática, em contraste, é espontânea; afasta a gestão e os canais oficiais e se baseia em conhecimentos tácitos e conexões pessoais. A seguir identificamos como cada critério do projeto de gestão do conhecimento foi avaliado através das respostas dos entrevistados.

Com relação à base de conhecimento: Um repositório centralizado de banco de dados para armazenar, gerenciar e difundir conhecimento em todos os processos e pessoas das organizações.

Hoje em dia, as bases de conhecimento desempenham um papel que tem sido aprimorado com inteligência artificial, em diferentes formatos e servem aos propósitos de várias organizações. Neste ítem foi avaliado (pelas respostas dos colaboradores) se as atividades do Hospital XYZ operam segmentadas por funcionalidades ou, se existem formatos utilizados na análise e diagnóstico, com base em políticas da empresa; melhores práticas para contas a receber; diretrizes de marketing; processos internos para aquisição.

- **Valorização do capital intelectual**

Avaliamos aqui, a prática de dispender recursos e tempo com educação e formação, como parte da cultura organizacional. Neste quesito, veremos como a Organização se utiliza do coaching, pois esse processo deve ser orientado com experiência dentro da organização. Existem práticas que fortalecem a lealdade dos relacionamentos dentro da organização e com os clientes?

- **Meio ambiente promovendo inovação e foco em novos conhecimentos**

Neste quesito, avaliaremos a prática de motivar novas ideias de melhores processos e sua implementação começa com a percepção de um novo processo baseado no conhecimento tecnológico seguido do desenho analítico de um novo, alinhado com estratégias de negócios na gestão do conhecimento. Neste item avaliamos quais iniciativas estão em andamento para promover a inovação e focar em novos conhecimentos.

- **Inteligência Competitiva**

Este componente da gestão do conhecimento, será avaliado como o processo de coleta de dados, de base legal e ética, e, em seguida, transformá-los em inteligência acionável. Vella (2017, p.1) cita que é um processo sistemático que transforma bits aleatórios e pedaços de dados em conhecimento estratégico. Tyson (2010, p.3), reflete os esforços das organizações para se preparar, a fim de criar estratégias competitivas eficazes. Neste item avaliamos se há evidências de que o Hospital XYZ tem inteligência competitiva.

- **Portais Corporativos**

Este importante componente será avaliado como responsável por facilitar o acesso de funcionários, parceiros e clientes com informações relevantes no tempo útil que os ajudem a desempenhar suas funções e tomar decisões comerciais? É um ambiente seguro onde você pode compartilhar conhecimento, aumentar a eficiência dos funcionários, melhorar a comunicação e reduzir custos com a comunicação. Neste quesito avaliaremos se á evidências de que o Hospital XYZ usa portais corporativos para aumentar a eficiência, preencher lacunas de conhecimento ou apoiar o aprendizado?

- **Comunidades Práticas**

Fazer parte de uma comunidade requer necessariamente colaboração, compartilhamento de conhecimento e apoio nos desafios cotidianos das empresas. Seja através de fóruns, blogs, arquivos ou redes presenciais, todos podem se comunicar para aumentar a eficiência no trabalho. Neste quesito avaliaremos se existe a prática de usar grupos de indivíduos de uma área diferente do conhecimento que compartilham os mesmos objetivos ou problemas, eles podem compartilhar espontaneamente experiências e ajudar a si mesmos para resolver problemas e melhorar suas performances. O Hospital XYZ tem um portal? Serve comunidades?

6 PRÁTICAS ATUAIS OBSERVADAS

6.1 RELATO DO CENÁRIO, DAS PRÁTICAS ATUAIS.

Vamos relatar o cenário, das práticas atuais, que nos foi passado através das entrevistas e depoimento de ex-funcionário (um dos autores) e compará-lo com as melhores práticas de cada critério, anteriormente apresentado.

GESTÃO DE PROCESSOS E USO DO SISTEMA DE GESTÃO - ERP

Começamos por destacar um ponto importante com grande impacto na gestão do conhecimento – a versão dos sistemas da ERP sob medida para ajudar a gestão hospitalar (incluindo módulo de gestão do paciente), surgiram no final dos anos 90. Tais sistemas são muito complexos, devido a muitas interfaces que exigem profissionais altamente qualificados para parametrizar o sistema.

Antes de abrir ao público em 2012, conselho de administração da XYZ decidiu comprar um sistema ERP, de uma empresa multinacional que já vinha fornecendo equipamentos de imagem, entre outros. A empresa não era uma desenvolvedora de ERP, ao invés disso, comprou de um grupo brasileiro que já tinha muitos clientes de médio e grande porte (hospitais) com um software muito bem avaliado por usuários médicos. A questão é que esses médicos só sabiam avaliar o módulo assistencial, e como a maioria deles são donos de hospitais, acabaram ignorando o papel global que um ERP desempenha para toda a organização.

Após a inauguração, no final de 2012, o Hospital passou a operar com mais de 85% de sua capacidade, e começaram a surgir problemas que afetaram negativamente a gestão operacional e assistencial, tanto no Hospital XYZ, como em sua empresa Controladora.

Entre 2013 e 2016, o Hospital XYZ continuava com problemas decorrentes da implementação do ERP. Embora o sistema fosse considerado um sucesso pela ONA – Organização Nacional de Acreditação e obter a certificação, a falta de conhecimento técnico e gestão hospitalar era latente em diversas áreas, não só do hospital, mas também pela controladora.

O resultado desse caos, se transforma numa perda de mais de US$ 4 milhões por ano, uma vez que a controladora do hospital é uma Operadora de Saúde, ou seja, 97% da receita bruta do Hospital XYZ deriva desse operador. Ao longo de 6 anos gerando perdas, o impacto financeiro na Operadora tornou-se um grande problema para os acionistas, resultado na destituição da diretoria em 2017. De acordo com os entrevistados, os seguintes pontos de atenção foram mencinados:

I. Sistema ERP: Durante a implantação, descobriu-se que a versão utilizada no Hospital XYZ, continha a base de dados de outra instituição do mesmo porte. Como administrar pelo ERP uma nova instituição com uma base de dados que não lhe pertencia? O tempo todo, após a implantação, o referido banco de dados foi usado em todos os módulos ERP.

II. Relatórios do sistema: O sistema oferece dezenas de relatórios por cada módulo ou área de gestão, mas poucos foram validados e disponibilizados aos usuários, isso significa a existência de erros e consistência, e nesse problema, o Diretor mandou dar prioridade aos relatórios assistenciais fundamental ao atendimento dos pacientes. E mesmo assim, os poucos relatórios das áreas administrativas ainda traziam informações duvidosas, principalmente quando checados com dados físicos, por exemplo, os relatórios de gestão de estoque mostram valores de acurácia duvidosa, bem como os de cobertura em estoque informado em quantidade e dias. Nos relatórios de faturamento, foram detectados mais de dez relatórios diferentes, onde apenas um estava correto, os outros continham divergências.

III. O Fornecedor do sistema ERP: Forneceu para os usuários os manuais de cadastro com alguns erros, dificultando a utilização. Os manuais não eram claros quanto à utilização dos módulos ou para que eles serviam. Assim, também aconteceu com os manuais sobre operações administrativas e assistenciais que não representavam na prática como os usuários deveriam agir e nem sequer explicavam os objetivos de cada operação.

IV. Diante desse cenário, a área de Gestão de Processos criou mais um projeto para cada área mapear os processos e deixá-los registrados em novos manuais designados como POP - Procedimento Operacional Padrão, Normas, Diretrizes e Políticas. De 2013 a 2019 os vários POPs, desenvolvidos que não atendiam à análises mais profundas das atividades, uma vez que também não permitia aos gestores uma visão dos diversos macrofluxos.

Quanto à gestão de processos, em vista do exposto acima, avaliamos como sendo parcialmente classificados como **ANF (parecem ações relacionadas à prática, mas não formalizadas na organização) e IP (Programas ou atividades que estão em fase de implementação).**

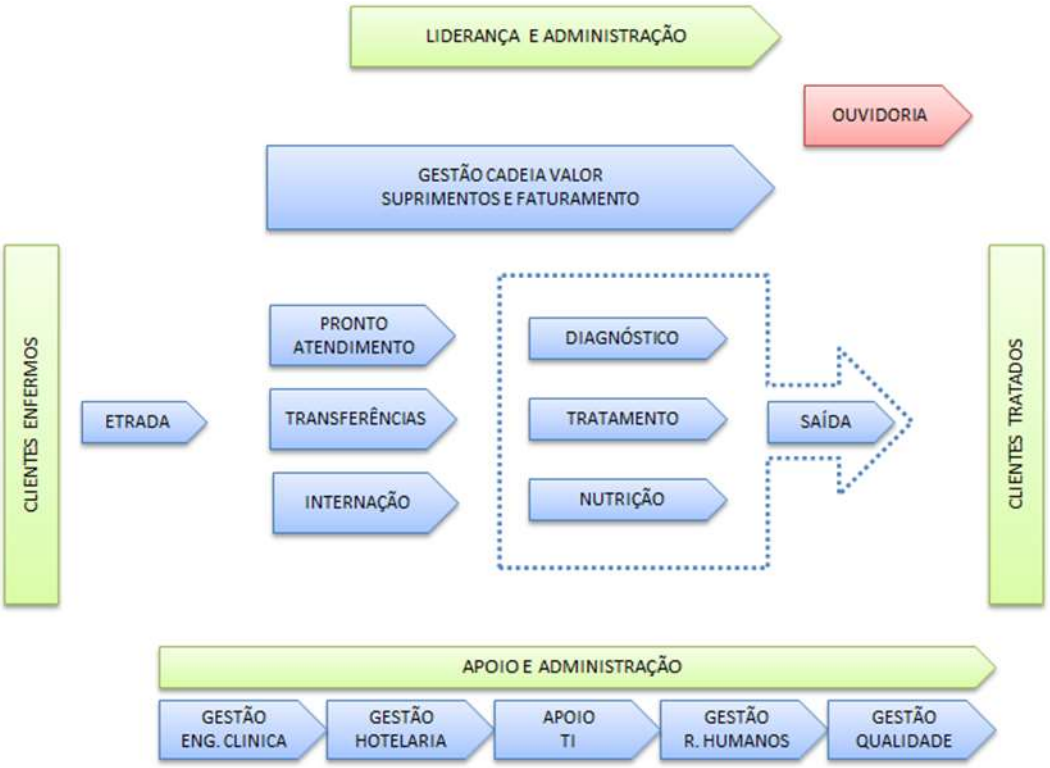


Figura 1: Cadeia de Valor do Hospital XYZ, base para o mapeamento dos processos baseados nos requisitos da ISO 9000.

V. Análise individual dos processos chave ligados à gestão do conhecimento:

Cada gestor só está autorizado a acessar os dados e relatórios de seus processos, o que é inconsistente com as melhores práticas de gestão. Como os processos são contínuos, se ocorre um erro em seu processo, o gestor não consegue identificar se o problema vem de um processo anterior ou quais consequências haverá no posterior. Como o gestor está limitado, e não entende a integração deles, ele não se sente obrigado a resolvê-lo..

No contexto atual, os gestores só possuem uma visão parcial ou o que envolve o seu centro de custo e não do desempenho do hospital.

Gestão Suprimentos:

A área de Suprimentos, até 2018 era dividida entre dois gestores, um responsável pela Armazenagem Geral e a Farmácia Clínica e outro por Compras. A gestão da cadeia de suprimentos em duas áreas diferentes trouxe muitos problemas, em comparação com o conceito que enfatiza a integração da gestão da cadeia de suprimentos com único maestro em sua gestão.

Nesse contexto, falta de estoques e compras emergenciais e atraso nas entregas são uma constante, como também os atritos entre os gestores e a perda do poder de compra, obrigando a compra no mercado varejo, a um preço bem acima do histórico padrão.

Em um cenário em que o mercado de insumos médicos hospitalares é oligopolista, os medicamentos mesmo com preços controlados pelo governo, cada hospital tem um poder de compra junto a esses fornecedores em função da categoria do medicamento (marca, referência, genérico) e quantidade baseada na capacidade de operação.

Portal Corporativo

Os entrevistados afirmaram que não há um portal corporativo, o portal de compras é utilizado para aquisição de materiais técnicos e medicamentos. Nota-se, na prática, indícios de que a indústria hospitalar é refém das estratégias de seus fornecedores dentro do país. Por outro lado, soluções no mercado externo, são inibidas por leis que restringem a entrada de suprimentos importados tornando-as muito mais caras.

Apesar dos avanços nas ferramentas de tecnologia informação, no hospital XYZ, seguindo uma tendência predominante no país para essas organizações – o processo contábil utiliza o critério de absorção. O conhecimento sistemático sobre custos hospitalares e eficiência são os condutores para identificar e eliminar fontes de ineficiência e desperdício e, portanto, ajudar na criação de políticas e ações para melhorar o uso dos recursos.

A classificação quanto às práticas de gestão do conhecimento**:**

ANF (parecem ações relacionadas à prática, mas pouco formalizadas na organização) e DNE (atividade não existe), quanto ao portal corporativo**.**

7 ESTÁGIO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO. (RESUMO)

- **Existência formal de práticas consolidadas em programas ou atividades na organização:**

Depois de analisar cada prática observada nas áreas acima da nossa conclusão é que, após 2017, o negócio como de costume está mudando para uma nova forma, mas não conseguimos encontrar práticas consolidadas formais em nenhuma área de gestão do conhecimento.

- **Programas ou atividades que estão em fase de implementação:**

Nessa categoria, os respondentes apontam a existência de práticas como; aprendizagem organizacional, benchmarking, coaching, comunicação institucional, comunidades de prática, gestão

de competências (observadas apenas nos níveis da equipe médica), gestão de relacionamento com o cliente, lições aprendidas, *mentoria,* normas e padronização. Notou-se que a nova diretoria está dedicando ações relacionadas às práticas acima nessas áreas.

Esses resultados comparados com as literaturas relacionadas a essas práticas, levaram os autores a diagnosticar que a nova diretoria percebe a importância que a aprendizagem organizacional representa para o crescimento da competência da organização com foco na resolução de problemas. Às vezes, o benchmarking, ajuda-os como uma ferramenta para melhorar os processos usando as melhores práticas de KPI's.

Sua cultura (como parece ser, independente do segmento) tem sido utilizada como ferramenta que lhes permite cumprir algumas de suas metas e estratégias; estimular a formação das "comunidades da prática", que tem o poder de auxiliar no compartilhamento de conhecimento, na conexão de pessoas e equipes, beneficiá-las através da aprendizagem mútua.

Como mencionado anteriormente, a gestão de competências, tem sido um compromisso observado na equipe médica, bem como planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação das habilidades necessárias para o negócio (uma vez que grandes mudanças nas pessoas e recursos humanos ocorreram após 2017).

Os resultados relacionados às práticas dessa categoria se mostram fundamentais e demonstram contribuir para que sua operação se torne mais efetiva em pelo menos quatro pontos: facilitar sua equipe médica, melhorar seus fluxos comunicativos e proteger seus ativos do conhecimento.

- **Ações relacionadas à prática, mas não formalizadas na organização**

As práticas classificadas nesta categoria são as que, através das entrevistas com os responsáveis pelos processos, foram consideradas – "estão em andamento" – como esforços da nova diretoria. A partir da literatura abordada no quadro teórico e dos resultados obtidos, nota-se que, levará um tempo para que toda formalização ocorra e as práticas que produzam excelentes resultados possam ser observadas. Constatamos nas entrevistas que ações como as descritas, vêm sendo tomadas e não conseguem ser concluídas.

Essa categoria inclui práticas emergentes de Gestão do Conhecimento, que vêm ganhando importância na empresa; por isso, transformar práticas informais em formais contribuirá para que a capacidade da empresa, possa melhor responder às mudanças demandadas em seu ambiente diário. Além disso, diante dos resultados verificados para esta categoria é possível afirmar que as práticas que

a compõem têm uso médio na empresa e, dependendo desse grau de uso, justificam-se como práticas em consolidação.

- **Programas ou atividades não existentes**

A gestão de patentes e marcas, bem como o portal corporativo, mapeamento do conhecimento e educação corporativa, não apresentaram nenhuma prática a ser considerada. Os resultados indicam que essas práticas não foram percebidas de acordo com o papel que podem desempenhar na empresa se formalizadas e focadas em seus objetivos e estratégias.

Quanto às práticas de mapeamento observou-se que as ações relacionadas a ela se preocupam, com um cenário do que existe dentro da empresa, sujeito a onde está localizado, quem sabe o quê; bem como, alguns documentos e banco de dados, dificultando a realização de operações, negócios e atividades.

O mapeamento de processos que aponta para o que pode e precisa ser melhorado, não é formalizado, embora às vezes envolvam ações expressivas associadas a eles, durante as entrevistas não estavam presentes no nível de organização que deveria estar.

Por outro lado, a forma como essas práticas se apresentam como diferenciais nas ações cotidianas da empresa pesquisada; devem merecer atenção especial, seja a partir da análise, redirecionamento, formalização ou até mesmo da exclusão de ações que não levem ao aumento da capacidade da empresa de melhorar seus negócios e resultados.

8 CONCLUSÕES

Por meio deste estudo, buscamos resposta à questão central da pesquisa, que se concentrou no seguinte objetivo: práticas de gestão do conhecimento em um hospital de referência (XYZ) – do diagnóstico aos resultados.

A princípio pode-se dizer que, o Hospital XYZ pesquisado apresenta um ambiente fértil desde 2017 (quando grandes mudanças de organização foram feitas). As condições existentes continuarão a facilitar as práticas de gestão relacionadas à gestão do conhecimento.

Analisando os resultados obtidos, é possível destacar que, em geral, a diretoria do Hospital XYZ entende o valor do conhecimento na composição de seus processos e serviços. Embora estejam trabalhando a mais em seu ambiente corporativo em relação à criação de condições que levem ao conhecimento, em alguns aspectos, o diagnóstico final com base nos resultados obtidos para todas as

dimensões/condições consideradas práticas de gestão do conhecimento, indicam uma presença de baixo a médio grau de melhores práticas.

Por causa desses resultados, foram observadas práticas consolidadas formais em qualquer área de gestão do conhecimento.

Aprendizado organizacional, benchmarking, coaching, comunicação institucional, comunidades de prática, gestão de competências (observadas apenas nos níveis pessoal médico), gestão de relacionamento com o cliente, lições aprendidas, mentoria, normas e padronização foram consideradas na fase de implementação.

Embora as ações sejam intensificadas para o uso de um sistema de conhecimento e habilidades, um número significativo de práticas foi encontrado "em curso" e algumas ainda merecem atenção cuidadosa como o Portal Corporativo, que ajudará a funcionários e clientes.

É necessário que a nova diretoria acelere um plano de ação relacionado às categorias de práticas de Gestão do Conhecimento necessários às melhorias discutidas acima. No período da COVID 19 um hospital do tamanho do XYZ precisa de melhorias para alcançar seus objetivos e estratégias.

2. BIBLIOGRAFIA

Bergeron, Bryan; Essencials of Knowledge Management; John Wiley & Sons., Inc.; New Jersey; 2003.

Bresnen, Mike; Hodgson, Damian; Bailey, Simon; Hyde, Paula; Hassard, John; Managing Modern Healthcare Knowledge, Networks e Practice. Routledge, New York, NY (2017)

¬Chiavenato, Idalberto. Novos Paradigmas – Como as mudanças estão afetando as Organizações. São Paulo: Ed. Atlas, 4ª Edition, 2003.

Choo, W.C. A organização do conhecimento. Como as organizações usam informações para criar significado. São Paulo Senac publisher, 2003.

Conceição, Andreia; Santos, Diana; Raposo, Vitor; A gestão do conhecimento em contexto hospitalar: uma scoping review. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 4(2), 99-110, 2021

Davenport, T. H.; Prusak, L. Conhecimento de negócios. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

Felipe, Luciano Maldonado; Lago, Sandra Mara Stocker; Gestão estratégica de hospitais: uma análise da produção científica (2008-2018); Revista de Gestão e Sistemas de Saúde – RGSS, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 355-370, set./dez. 2019.

Ferlie, E. Análise de organizações de saúde: A pessoal. Londres: Routledge. 2016

Igbinovia, Magnus O.; Ikenwe, Iguehi;2017; Knowledge Management: Processes and Systems; Journal of Information and Knowledge Management 2017, Vol. 8 (3) Pg 26 - 38

Leavitt, H. J. (1965) Mudança organizacional aplicada na indústria: Abordagens , tecnológicas e humanísticas. In J. G. March (Ed. Manual de), organização. Rand McNally e Companhia. Chicago, Illinois.

Melo, João António Gomes de Melo e Castro; Araújo, Nuno Miguel Faria, Impact of the Fourth Industrial Revolution on the Health Sector: A Qualitative Study 2020, The Korean Society of Medical Informatics

O'dell, C.; Grayson, J R., C.J. Ah... se soubéssemos o que sabemos agora – as melhores práticas de gestão ao alcance de todos. São Paulo: Futura, 2000.

Pasher, Edna; Ronen,Tuvya; A Complete Guide to Knowledge Management: A Strategic Plan to Leverage Your Company's Intellectual Capital ; 2011; John Wiley and Sons; Hoboken, New Jersey

Reis, Carlos Octávio Ocké; Sampaio, Eduardo Pedral; Coimbra, Fiuza Pedro Henrique Herig; Inflação dos planos de saúde: 2000-2018; 2019; disponível em NT_54_Disoc_Inflação dos planos de saúde_2000_2018.pdf (ipea.gov.br), acesso em: 12/02/2022

Shahmoradi, Leila; Safadari, Reza; Jimma, Worku; 2017; Knowledge Management Implementation and the Tools Utilized in Healthcare for Evidence-Based Decision Making: A Systematic Review. J Health Sci

Souza, Renilson Rehem, O Sistema Público de Saúde Brasileiro, 2004, disponível em Microsoft Word - O Sistema Público de Saúde Brasileiro (saude.sp.gov.br); acesso em 10/02/2022

Capítulo 23

10.37423/220505888

PANORAMA DA FASE INICIAL DO CRESCIMENTO DOS NÚMEROS DE CASOS E ÓBITOS CAUSADOS PELA COVID-19 NO BRASIL

Felipe Augusto Fernandes — *Universidade Federal de Lavras*

Henrique José de Paula Alves — *Universidade Federal de Lavras*

Tales Jesus Fernandes — *Universidade Federal de Lavras*

Joel Augusto Muniz — *Universidade Federal de Lavras*

Resumo: Um surto contínuo de pneumonia associado a um novo coronavírus (COVID-19) foi relatado na cidade de Wuhan na China e rapidamente se espalhou para muitos países, inclusive o Brasil. Como se trata de uma doença muito contagiosa e de rápido agravamento do quadro clínico do paciente, entender como se deu o desenvolvimento dos casos e óbitos nos primeiros dias pode ajudar no planejamento de medidas governamentais, até mesmo para possíveis pandemias futuras. Com isso, o objetivo deste trabalho é apresentar como se deu o crescimento do número de infectados nos primeiros sessenta dias e de mortes confirmadas nos quarenta dias iniciais a partir do primeiro registro, causada pela COVID-19 no Brasil. Foram ajustados modelos de regressão não lineares, com dados foram retirados do Painel Coronavírus do Ministério da Saúde, para modelar estatisticamente como se comportam os dados no período supracitado, e apresentados os mapas que descrevem como se deu a evolução da COVID-19 nos estados brasileiros, até o fim do mês de abril do ano de 2020. Os resultados mostraram que os modelos utilizados (Gompertz e Logístico) foram adequados para explicar o desenvolvimento do número de casos e óbitos da doença em sua fase inicial, sendo que neste período estudado a epidemia ainda não havia alcançado o pico, momento em que tem maior número de casos e óbitos, sendo possível estimar ainda a taxa de crescimento. O mapa mostrou-se adequado para verificar como se deu o crescimento dos casos e mortes nos estados com relação ao período em estudo.

Palavras-chave: COVID-19; Curva de crescimento; Coronavírus no Brasil; Modelagem.

1. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 um novo patógeno anteriormente desconhecido resultou em um surto contínuo de pneumonia viral, sendo reconhecido na região de sua origem em Wuhan na província de Hubei, na China, e segundo Organização Mundial da Saúde (OMS) se tratava da COVID-19 que é uma doença infecciosa causada por um coronavírus recém-descoberto (Sars-Cov-2) (WHO, 2020a). Os coronavírus (CoV) são uma grande família viral, conhecidos por volta dos meados dos anos 1960, que causam infecções respiratórias em seres humanos e em animais. Trata-se de vírus grandes, envelopados, de RNA de fita positiva que podem ser divididos em quatro gêneros: alfa, beta, delta e gama, dos quais os CoVs alfa e beta infectam seres humanos (Wilde et al, 2017).

De acordo com Paules et al. (2020), os coronavírus humanos (HCoVs) são considerados para muitos pesquisadores patógenos inconsequentes, causando apenas um “resfriado comum” em pessoas saudáveis. Todavia, no século XXI, 2 HCoVs altamente patogênicos - coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) e coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) - emergiram de reservatórios de animais para causar epidemias globais com alarmante morbidade e mortalidade.

Este é o caso da COVID-19 que se alastrou em vários países, provocando doença respiratória aguda e mortes, sendo que, até então, o efeito final desse surto não é muito claro, pois a situação está evoluindo rapidamente. Desta forma, a OMS declarou em 30 de janeiro de 2020, uma emergência internacional (WHO, 2020b). Com isso, as atenções da comunidade científica se voltaram para estudos no campo da saúde. Iniciaram então discursões com relação as formas de mitigar o contágio, enquanto pesquisadores desenvolvam remédios para tratamento de infectados, bem como vacinas.

Com o aumento expressivo no número de casos e mortes, a OMS avaliou em 11 de março de 2020, que o COVID-19 era caracterizada como uma pandemia, e desta forma solicitando países tomem medidas urgentes e agressivas (WHO, 2020c).

Dado o crescente número de casos de COVID-19 no cenário internacional e as orientações da OMS, em 22 de janeiro de 2020, o Brasil já havia ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV), como forma de estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde (Brasil, 2020d). Neste momento as notificações foram recebidas, avaliadas e discutidas, caso a caso, com as autoridades de saúde dos estados e municípios, sendo que ainda não havia nenhum caso confirmado.

Em 26 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde confirmou o primeiro caso de novo coronavírus do Brasil, na cidade de São Paulo. Se tratava de um homem de 61 anos deu entrada no Hospital Israelita Albert Einstein, no dia 25 de fevereiro, com histórico de viagem para Itália, região da Lombardia. Após confirmar o primeiro caso no país, o então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, reforçou que já era esperada a circulação do vírus, mas que, diferente dos demais países com transmissão, o Brasil ainda não estava no inverno – período em que há maior risco de contágio (Brasil, 2020a).

A primeira morte no país, no dia 17 de março de 2020, aliado ao aumento no número de casos e o surgimento de pessoas infectadas que não saíram do Brasil e nem estiveram com pessoas que voltaram de outros países, fez com que o Ministério da Saúde declarasse em 20 de março, o reconhecimento da transmissão comunitária do coronavírus em todo o território nacional, significando que todo o Brasil deveria se unir contra o vírus (Brasil, 2020b).

Como o contágio do COVID-19 é rápido, cerca de 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e desses casos aproximadamente 5% podem necessitar de suporte para o tratamento de insuficiência respiratória (suporte ventilatório). Na prática, a forma mais eficiente de combate ao coronavírus para tentar diminuir o contágio e evitar o colapso do sistema de saúde é promover o distanciamento social e evitar aglomerações, conhecidas como medidas não farmacológicas, ou seja, que não envolvem o uso de medicamentos ou vacinas (Brasil, 2020g).

À face do exposto, além das medidas já mencionadas, entender como se deu o aumento do número de casos e óbitos, verificando quais os estados inicialmente mais afetados, bem como, verificar estimativas das taxas crescimento, faz-se necessário para auxiliar no controle epidemiológico e no planejamento da distribuição de recursos.

O padrão de crescimento do número de casos e óbitos possui caráter sigmoidal, o qual é muito bem descrito pelos modelos de regressão não lineares. Esta classe de modelos são utilizados para descrever o padrão de crescimento nas mais diversas áreas de estudo. Além de boa qualidade de ajuste os modelos não lineares possuem outra grande vantagem que é a interpretação prática dos seus parâmetros, (Mazucheli & Achcar, 2002; Amaral et al., 2020; Santos et al., 2020).

Desta forma, este trabalho tem como objetivo descrever o crescimento do número de infectados e de óbitos confirmados causado pela COVID-19 no Brasil na fase inicial da epidemia, até o dia 26 de abril de 2020 (sexagésimo e quadragésimo dia respectivamente), por meio dos modelos de regressão não lineares Gompertz e Logístico selecionando aquele que melhor descreve os dados, e observar a taxa

de crescimento destes, no cenário observado. Também será apresentado o mapa descrevendo como se deu a distribuição espacial do número de casos e óbitos nos estados brasileiros.

2. METODOLOGIA

Este é um estudo exploratório descritivo, cujo os dados foram retirados do *site* Painel Coronavírus do Ministério da Saúde, e trata-se do número acumulado de infectados e mortes causadas pela COVID-19 (Brasil, 2020c). O *site* traz os dados diários e é atualizado conforme as Secretarias dos Estados vão informando os casos. Cabe salientar, que os dados analisados nos ajustes dos modelos não lineares, são os casos confirmados desde início do contágio e número de óbitos oficial da COVID-19 no Brasil, até o dia 26 de abril de 2020, representando o sexagésimo (60º) dia do contágio de novos casos e o quadragésimo (40º) dia após ter mortes confirmada. Já para os mapas, foram considerados os dados até o fim de abril de 2020.

A característica do desenvolvimento inicial do número acumulado de casos e mortes possuem um formato sigmoidal, este fenômeno é característico de todos os países citados no Boletim Epidemiológico 13 do Ministério da Saúde (Brasil, 2020e). Uma curva sigmoidal é dividida em 3 fases: crescimento lento, crescimento exponencial e desaceleração do crescimento. Na fase de crescimento exponencial é atingido o ponto de aceleração máxima (PAM) e também ocorre o pico de máxima contaminação da doença, chamado de ponto de inflexão. A partir deste ponto o número de notificações diárias tende a diminuir e passamos para a fase de desaceleração do crescimento, na qual é atingido o ponto de desaceleração máxima (PDM). Estes pontos podem ser estimados por meio das derivadas do modelo não linear de regressão utilizado para descrever a curva de crescimento (Mischan & Pinho, 2014).

A análise quantitativa do crescimento do número de casos e mortes, causada pela COVID-19 foi feita por meio de modelos não lineares. Foram ajustados os modelos Logístico: Yi = A/[(1+exp(k∗(B−xi))] + εi e o Gompertz: Yi = A∗(1 - exp(−exp(k∗(B−xi))) + εi (Fernandes et al., 2015). Em que Yi representa o valor médio estimado para o número de casos e mortes, na i-ésima observação; A representa o valor assintótico ou máximo estimado para cada cenário; k representa o índice de crescimento (quanto maior for k, mais rapidamente a variável em estudo se aproxima da assíntota - A); B é a abcissa do ponto de inflexão, ponto de máximo crescimento, a partir do qual ocorre a desaceleração da característica em estudo; xi é o i-ésimo dia de medição; O εi corresponde ao erro aleatório, que se

pressupõe que seja independente e identicamente distribuído segundo uma distribuição normal com média zero e variância constante, ou seja $\varepsilon i \sim N(0,\sigma^2)$.

A estimação dos parâmetros foi realizada com a minimização da soma dos erros quadrados, no qual resulta nos sistemas de equações normais não lineares, que não possui solução explicita, sendo necessário a utilização de algum processo iterativo. Foi utilizado o processo iterativo de Gauss-Newton que é o padrão da função "nonlinear least squares" - nls(), presente no software estatístico R (R Core Team, 2020).

O enfoque estatístico neste caso torna-se importante por possibilitar uma predição dos acontecimentos (Pereira et al., 2018). Ressalta-se que, estes modelos supracitados foram escolhidos pois apresentarem bons ajustes, no período em estudo, outros modelos como o Morgan-Mercer-Flodin, Brody e von Bertalanffy não alcançaram ajustes satisfatórios e/ou a convergência devido suas características próprias. Acrescenta-se ainda, que outros autores como Amaral et al. (2020) e Figueiredo et al. (2020) também trabalharam com utilizando estes modelos ou similares para análises referentes ao novo coronavírus.

Para comparar a qualidade de ajuste fornecida pelos modelos foram utilizados os seguintes critérios de qualidade: Coeficiente de determinação - R^2; Critério de informação de Akaike - AIC e o desvio padrão residual – DPR. Quanto mais próximo de 1 for o R^2, e menores forem os valores de AIC e DPR, melhor é a qualidade de ajuste do modelo. A estimação dos parâmetros, critérios de qualidade, ajuste dos modelos bem como todas as análises e gráficos foram realizadas utilizando o software estatístico R (R Core Team, 2020).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos recentes demostram que além dos números de casos e mortes pesquisadores também estão interessados nos dados sobre as características clínicas dos pacientes afetados (Guan et al, 2020). No entanto, conhecer as características epidemiológicas como número de casos e mortalidade podem ser úteis na adoção de medidas preventivas, colaborando para a diminuição dos óbitos e da necessidade de ampliação da estrutura hospitalar (Lenzi et al. 2009; Corrêa et al., 2020).

Segundo Yang et al. (2020), existem várias funções não lineares apropriadas para a previsão de epidemias, sendo as mais adequadas: Hill, Logística, Gompertz e Richards, no entanto, existem outras funções: lineares, quadráticas, cúbicas e exponenciais, que apesar de úteis, podem não capturar adequadamente a curva típica em forma de S. Contudo, os autores do estudo supracitado deixam claro

que ainda existem poucos estudos comparando modelos não lineares para ajustes de curvas para os casos de óbitos.

Na Tabela 1 é possível verificar as estimativas dos parâmetros e os avaliadores de qualidade de ajuste dos modelos não lineares Gompertz e Logístico, ajustados aos números de casos e óbitos confirmadas pela COVID-19 no Brasil no início da pandemia.

Tabela 1: Estimativas dos parâmetros e avaliadores de qualidade de ajuste dos modelos não lineares Gompertz e Logístico, ajustados para os números de casos e óbitos confirmadas pela COVID-19 no Brasil.

Parâmetros / Avaliadores	Casos Confirmados		Mortes Confirmadas	
	Gompertz	Logístico	Gompertz	Logístico
A	420885	103285	24766	6955
B	82,05	57,29	55,62	37,34
K	0,0301	0,1186	0,0370	0,1384
AIC	950,02	1001,34	460,83	483,34
DPR	559,91	852,75	62,89	82,76
R^2	0,9989	0,9975	0,9975	0,9956

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Com base nos avaliadores de qualidade de ajuste apresentados na Tabela 1, percebe-se que ambos modelos conseguem descrever satisfatoriamente ($R^2 > 99\%$) o padrão de crescimento dos dados. Esta qualidade no ajuste dos dois modelos também pode ser observada na Figura 1. Percebe-se ainda que o modelo Gompertz possui melhor qualidade de ajuste perante todos os avaliadores de qualidade utilizados, fato que também é observado no trabalho de Figueiredo et al. (2020). Assim, a discussão abaixo será tomada com base nos resultados deste modelo.

De acordo com a estimativa do parâmetro A na Tabela 1 o número total de casos, com as informações disponíveis até o 60º dia, poderia atingir o patamar de 420.885 casos confirmados. No entanto, esta estimativa aumenta-se a cada nova informação diária acrescentada nos dados, desta forma acredita-se que até ser atingido o ponto de inflexão esta tendência de crescimento deve se manter. Diferentemente do que aconteceu em outros países, no Brasil o crescimento atingiu o ponto máximo de crescimento que permaneceu constante, por vários dias, se mantendo de uma forma eu é conhecida como platô, desta maneira, de acordo com o Boletim Epidemiológico 29 (Brasil, 2020f), até o mês de agosto o país já contava com cerca de 3.846.153 casos de infecção causada pelo novo coronavírus.

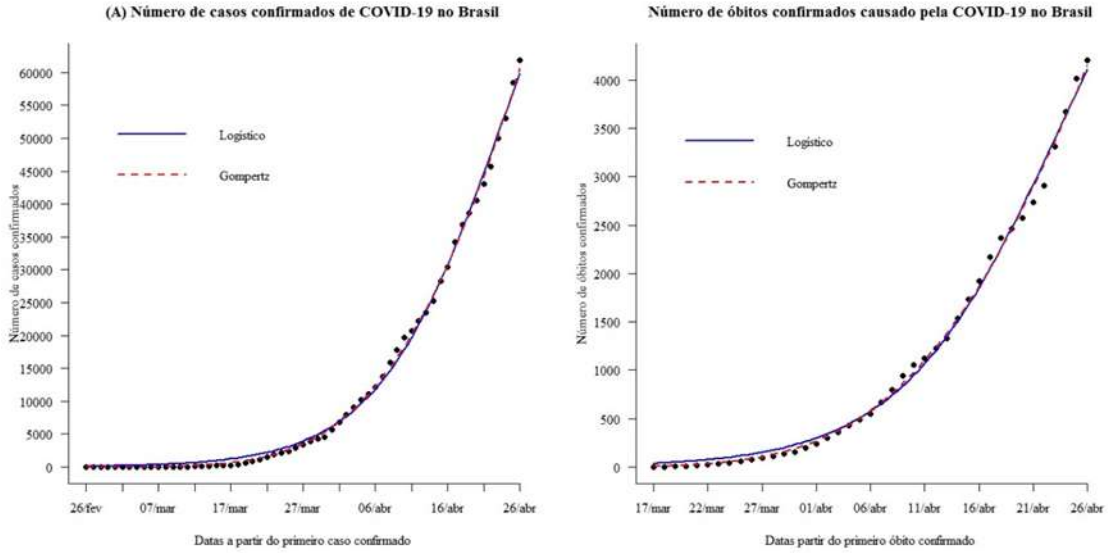
Para o número de óbitos a estimativa do modelo em questão, com as informações até o 40º dia, é que alcance 24.766 mortes. Totalizando desta forma uma taxa de letalidade estimada no Brasil de (24.766 / 420.885 = 0.0588) aproximadamente 5,9%. No entanto, registrou-se até agosto 120.462 óbitos pela COVID-19 no Brasil, sendo assim, a taxa de letalidade real até agosto de 2020 (120.462/3.846.153) é de cerca de 3,1% (Brasil, 2020f).

De acordo com o Boletim Epidemiológico 13 (Brasil, 2020e), a taxa de letalidade entre os primeiros 10 países com maior número de casos confirmados variam entre 0,9 à 13,4%. Desta forma, o valor estimado para a letalidade está dentro do intervalo obtido em outros países, no entanto, cabe salientar que em relação aos demais países analisados, este estudo só aborda fase inicial da epidemia no Brasil.

Conforme estimativa do parâmetro B apresentada na Tabela 1, pode-se dizer que com os dados analisados a estimativa do ponto de inflexão para o número de casos ocorreria aos 82 dias (18 de maio de 2020). Lembrando que o ponto de inflexão é onde a taxa de crescimento atinge seu máximo, a partir deste ponto o número de casos continua a crescer porém registrando cada vez menos casos que o dia anterior, assim como também pode ser observado no estudo da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória (2009) quando se tratou da característica de casos notificados de H1N1. Tal informação também pode ser confirmada na Figura 2 (A), pois a curva de registro de novos casos ainda não havia atingido seu máximo até o último dia observado (60º), como já mencionado, sendo que neste momento país estava confirmando aproximadamente 3500 casos por dia.

Na Figura 1 é possível verificar de forma visual o padrão de crescimento tanto para o número de casos quanto para o número de óbitos confirmados, respectivamente, bem como o ajuste dos modelos aos dados.

Figura 1: (A) Ajuste dos modelos Gompertz e Logístico na descrição do crescimento do número de casos confirmados de COVID-19 no Brasil; (B) Ajuste dos modelos Gompertz e Logístico na descrição do crescimento do número de óbitos confirmados causados pela COVID-19 no Brasil

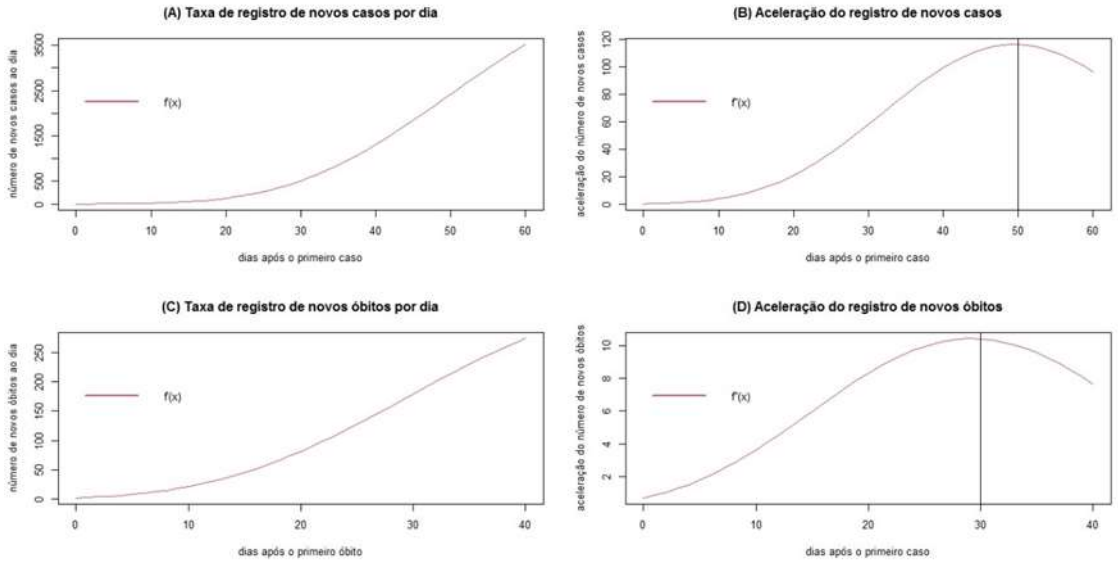


Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota-se na Figura 1 que o crescimento se deu de forma exponencial e que graficamente os dois modelos ajustaram-se bem aos dois cenários. Na Figura 1 (A), percebe-se que no período de 26 de fevereiro à 17 de março de 2020, o aumento do número de casos se deu de forma lenta. Já na Figura 1 (B), tem-se que o período de crescimento inicial, o qual seria o mais lento do número de óbitos, se deu em um período de tempo mais curto, comparando-se o com o número de casos.

A Figura 2 apresenta a primeira e a segunda derivada do modelo Gompertz, na descrição da curva de crescimento do número acumulado de casos e óbitos, respectivamente, causadas pela COVID-19 em função do tempo.

Figura 2: Primeira (A) e segunda (B) derivada do modelo Gompertz na descrição da curva de crescimento do número de casos de COVID-19 em função do tempo; Primeira (C) e segunda (D) derivada do modelo Gompertz na descrição da curva de crescimento do número de óbitos por COVID-19 em função do tempo.



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Na Figura 2 (B) tem-se a aceleração do número de notificação de novos casos, obtida pela segunda derivada do modelo não linear de Gompertz. Percebe-se que o PAM do número de novos casos ocorreu aproximadamente no dia 16 de abril de 2020 (50 dias após o primeiro caso). A aceleração continua é positiva porém diminuindo até ser nula no ponto de inflexão (82 dias), a partir daí esta fica negativa, desacelerando o registro de novos casos.

Contudo, pela característica da pandemia no Brasil, apresentada no Boletim Epidemiológico 29 (Brasil, 2020f), até agosto, tem-se evidências que aconteceram em momentos posteriores outros PAM's. Isso indica que, apesar das medidas adotadas do governo terem causado uma desaceleração do contágio no primeiro momento, está não se sustentou ao longo do tempo.

A estimativa do ponto de inflexão para o número de óbitos conforme a Tabela 1 será aproximadamente aos 55 dias após o registro do primeiro óbito, portanto dia 11 de maio de 2020. Na Figura 2 (C) percebe-se que o ponto de máximo do incremento do número de óbitos não foi atingido no período em estudo, estando em um patamar de cerca de 250 mortes confirmadas por dia, no entanto, parece realmente estar mais próximo que o da Figura 2 (A).

Na Figura 2 (D) pode-se verificar que o PAM do número de óbitos ocorreu também por volta do dia 16 de abril de 2020 (aproximadamente 30 dias após o primeiro óbito). Confirmando assim que a curva de crescimento do número de óbitos crescia mais rapidamente do que a do número de novos casos. Tal fato pode ser observado também pela estimativa do parâmetro k apresentado na Tabela 1, que é maior para a descrição do número de óbitos (0,0370) do que a estimativa para o número de casos (0,0301).

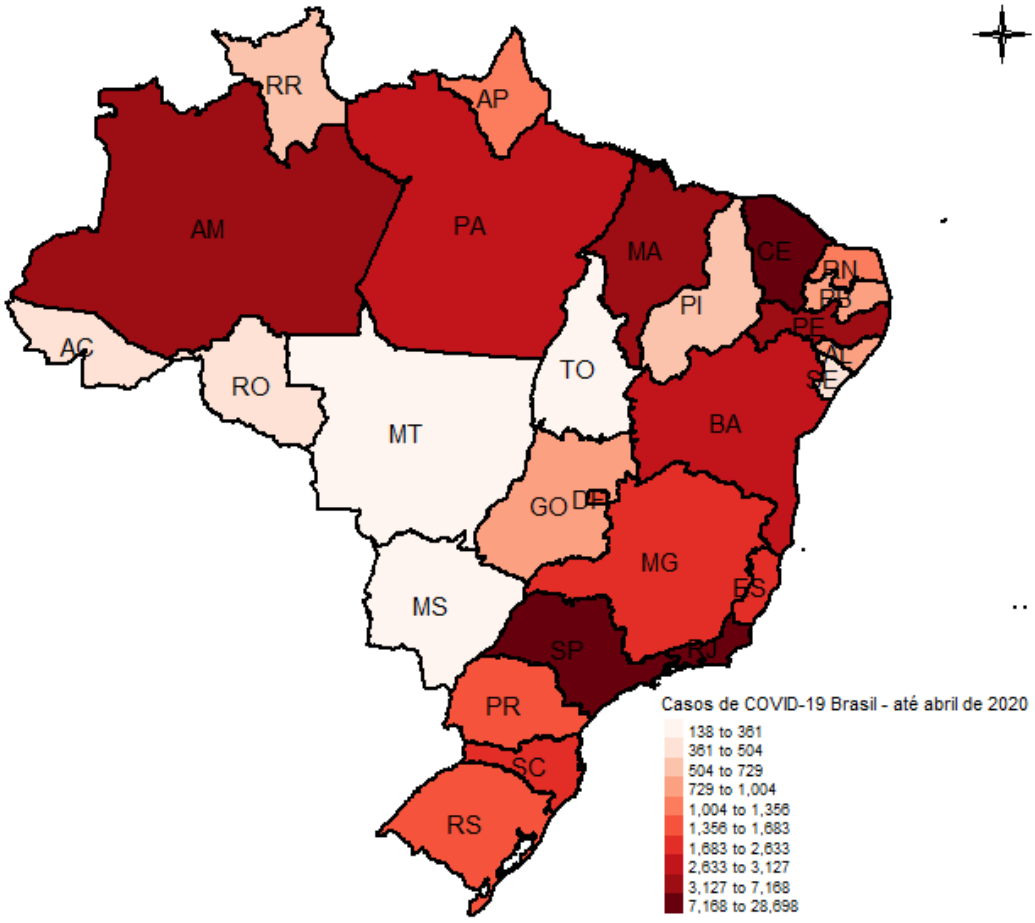
Por se tratar da fase inicial da pandemia, não foi realizado as análises do PDM, uma vez que, não foi atingido nenhum ponto de desaceleração máxima no período observado. De acordo com Omori et al. (2020), apesar de úteis, as curvas epidêmicas dos casos relatados nem sempre refletem a verdadeira taxa de crescimento da epidemia devido a alterações nas taxas de teste, que podem ser influenciadas pela capacidade limitada de teste de diagnóstico durante a fase inicial da epidemia ou por falta de insumos.

Cabe ressaltar que as estimativas do modelo são sensíveis a mudanças nos dados. E que devem ser corrigidas a cada nova informação diária. Qualquer modificação brusca de comportamento pode afetar as estimativas como a quebra da quarentena ou o início do período propício à infecção de outros vírus que atacam a função respiratória. Foram testados como se comportavam os modelos diariamente, à medida que foram sendo inseridas as informações disponíveis, e notou-se que as estimativas do valor assintótico aumentavam e a estimava de pico eram adiados com o passar dos dias, reforçando a hipótese de que houve como achatamento da curva de contaminação.

Desta forma, neste estudo, bem como no trabalho de Santiago et al. (2020), os resultados obtidos não permitem ainda fazer projeções seguras de quando os números de casos confirmados e de mortes por COVID-19 no Brasil, mas evidenciam a crescente intensificação de seus números exponencialmente com decrescimento esperado em algum momento o longo do tempo.

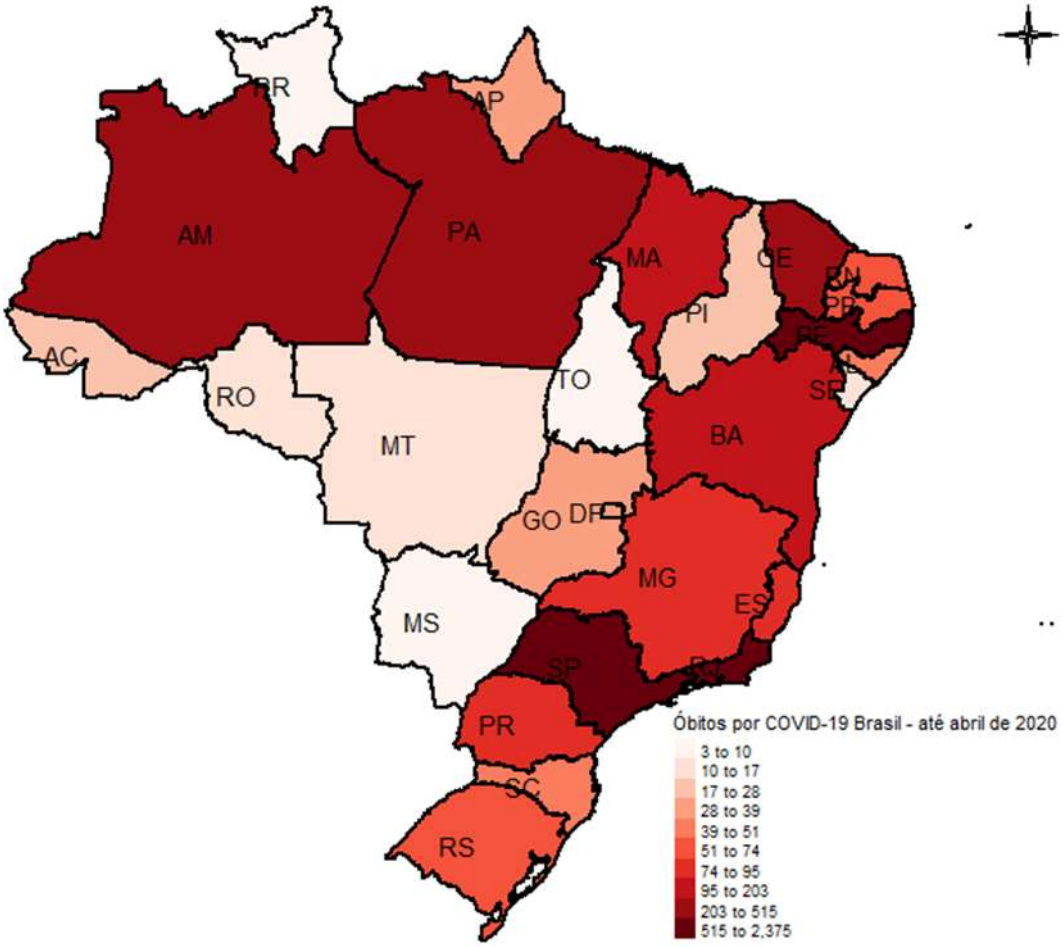
Nas Figura 3 e 4 é possível verificar a totalidade de número de casos e óbitos, respectivamente, do novo coronavírus nos estados brasileiros até abril de 2020.

Figura 3: Número de casos da COVID-19 nos estados brasileiros até o mês de abril de 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Figura 4: Número de óbitos da COVID-19 nos estados brasileiros até o mês de abril de 2020



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

As Figuras 3 e 4 descrevem o comportamento da doença até mês de abril para os estados brasileiros. A Figura 3 apresenta o número de casos registrados, nota-se uma concentração nos estados que compõe as regiões norte e nordeste além dos estados de São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ), na região sudeste. Com relação ao número de mortes registrados (Figura 4), observa-se maior concentração nos estados do Amazonas (AM), Pará (PA), Ceará (CE), Pernambuco (PE), SP e RJ.

Um fato interessante é que, apesar dos estados do AM e do PA apresentam alta concentração de casos registrados (Figura 3), o número de mortes registrados é consideravelmente maior no AM (425 óbitos) em relação ao estado do PA (208 óbitos). Destaca-se também uma mudança de comportamento no número de casos e mortes registrados no estado de Roraima (RR), tem-se que em relação ao número

de casos (Figura 3) esse estado apresenta baixa incidência de óbitos (Figura 4). Entretanto, no estado do Maranhão (MA), o efeito é inverso, este fato pode ser um indício de condições precárias de atendimento hospitalar nesse estado ou falta de planejamento para o início da pandemia.

Os estados mais afetados pela fase inicial da pandemia no Brasil foram AM, PA, CE, PE, SP e RJ, os quais também foram observados nos estudos de França et al. (2020) e Amaral et al.(2020), com isso, sugere-se que, principalmente nestes estados, sejam feitos protocolos detalhados de investigação do número de casos e óbitos causadas pela COVID-19. Estas informações são essenciais para que os governos, em todas as suas esferas administrativas, e a sociedade, para que possam tomar medidas eficazes de planejamento para outras doenças, principalmente as infectocontagiosas, que possam vir a surgir no Brasil.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os modelos não lineares Gompertz e Logístico apresentaram boa qualidade de ajuste tanto aos dados de crescimento do número de casos quanto do número de óbitos confirmados no período estudado, desta forma, suas estimativas são uma importante ferramenta para a predição dos casos de COVID-19, na fase inicial da pandemia no Brasil. O modelo Gompertz se mostra mais adequado para modelar o comportamento destes dados perante todos os avaliadores de qualidade utilizados. Foi possível verificar a taxa de crescimento e estimar a aceleração máxima do aumento dos números de casos e óbitos no período em estudo.

As estimativas de pico (ponto de inflexão) e assíntota fornecidas pelo modelo Gompertz pode auxiliar os profissionais da saúde na tomada de decisões. No entanto, naturalmente estas estimativas foram mudando a cada atualização da série de dados. O ponto de inflexão foi-se adiando a cada nova inserção diária de informação, indicando o achatamento da curva, no momento analisado, ou seja, apesar de momentânea, de forma geral, as medidas tomadas no início da pandemia suavizaram o aumento de casos e óbitos. Sendo que, os estados de AM, PA, CE, PE, SP e RJ foram os mais afetados pela fase inicial da pandemia no Brasil.

Como trabalho futuro, os autores propõem uma investigação em cada estado da federação, identificando os períodos onde houveram uma taxa maior aceleração do contágio e dos óbitos associados à COVID-19, relacionando estes períodos às medidas realizadas, a fim de verificar a sua eficácia.

AGRADECIMENTOS

Felipe Augusto Fernandes agradece ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a bolsa de Doutorado; e Joel Augusto Muniz agradece ao CNPq, a bolsa de Produtividade em Pesquisa. Todos os autores agradecem ao núcleo de estudos em regressão não linear aplicada (NLIN), do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Lavras.

REFERÊNCIAS

Amaral, M. T. R., Conceição, K. S.; Andrade, M. G., & Padovani, C. R. (2020). Generalized growth curve model for covid-19 in brazilian states. Revista Brasileira de Biometria, Lavras, 38(2), 125-46. DOI: 10.28951/rbb.v38i2.481

Brasil (2020a). Ministério da Saúde. Brasil confirma primeiro caso da doença. Recuperado em 9 maio 2020 de: https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus

Brasil (2020b). Ministério da Saúde. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional. Recuperado em 9 de maio 2020 em: https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional

Brasil (2020c). Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. Recuperado em 9 maio de 2020 em: https://covid.saude.gov.br/

Brasil (2020d). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico 01 de 03/02/2020. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública/Doenças pelo Coronavírus 2019 (COE-nCOV). Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCov). Brasil: Ministério da Saúde; 2020. Recuperado em 8 maio de 2020

em:https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf

Brasil (2020e). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico 13 de 20/04/2020. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública/Doenças pelo Coronavírus 2019 (COECOVID19). Situação Epidemiológica Doença pelo coronavírus 2019. Brasil: Ministério da Saúde. Recuperado em 10 maio de 2020 em:

https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/21/BE13---Boletim-do-COE.pdf

Brasil (2020f). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico 29 de 02/10/2020. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública/Doenças pelo Coronavírus 2019 (COECOVID19). Doença pelo Coronavírus 2019 [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde. Recuperado em 5 setembro de 2020 em: https://saude.gov.br/images/pdf/2020/September/02/18h-Boletim-epidemiologico-COVID-29-final.pdf

Brasil (2020g). Ministério da Saúde. Sobre a Doença. Recuperado em 9 maio de 2020 em: https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#transmissao.

Corrêa, P. R. L., Ishitani L. H., Abreu, D. M. X., Teixeira, R. A., Marinho, F., & França, E. B. (2020). A importância da vigilância de casos e óbitos e a epidemia da COVID-19 em Belo Horizonte, 2020. Revista Brasileira de Epidemiologia, 23, e200061, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200061

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. (2009). Características dos casos notificados de Influenza A/H1N1. Rev Saúde Pública, 43(5), 900-904.

Fernandes, T.J., Muniz, J. A., Pereira, A. A., Muniz, F. R., & Muianga, C. A. (2015). Parameterization effects in nonlinear models to describe growth curves. Acta Scientiarum. Technology, 37(4), 397-402. DOI: https://doi.org/10.4025/actascitechnol.v37i4.27855

Figueiredo, M. P. S., Santos, A. L. P., Ferreira, T. A. E., & Queiroz, M. P. L. J. (2020). Long-Term Time Prediction of Cumulative Number of Deaths in Brazil, China, Germany, Italy, Spain, the United States: an application to COVID-19 S-shaped models. Research, Society and Development, 9(8), 1-16. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6565

França, E. B., Ishitani, H. L., Teixeira, R. A., Abreu, D. M. X., Corrêa, P. R. L., Marinho, F., & Vasconcelos, A. M. N. (2020). Óbitos por COVID-19 no Brasil: quantos e quais estamos identificando? Revista Brasileira de Epidemiologia, 23. DOI: 10.1590/1980-549720200053

Guan, W. -J., Ni, Z.-Y., Hu, Y., Liang, W. -H., Ou, C. -Q., He, J. -X., Liu, L., Hong Shan, H., Lei, C. -L., Hui, D. S. C., Du, B., Lan-juan Li, L. -J.,Zeng, G., Yuen, K. -Y., Chen R. -C., Tang, C. -L., Wang, T., Chen, P. -Y., Xiang, J., Li, S. -Y., Wang, J. -L., Liang, Z. -J., Peng Y. -X.,Wei, L., Liu, Y., Hu, Y. -H., Peng, P., Wang, J. -M., Liu, J. -Y., Chen, Z., Li, G., Zheng, Z. -J., Qiu, S. -Q., Luo, J., Ye, C. -J., Zhu, S. -Y. & Zhong N. -S. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. New England Journal of Medicine, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032

Lenzi, L., Mello, A. M., Silva, L. R., Grochocki, M. H. C., & Pontarolo, R. (2012) Influenza pandêmica A (H1N1) 2009: fatores de risco para o internamento. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 38(1), 57-65. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37132012000100009

Mazucheli, J., & Achcar, J. Algumas considerações em regressão não linear. (2002). Acta Scientiarum. Technology, 24, 1761-1770. DOI: https://doi.org/10.4025/actascitechnol.v24i0.2551

Mischan, M. M., & Pinho, S. Z. de. Modelos não lineares: funções assintóticas de crescimento. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

Omori, R., Mizumoto, K., & Chowell, G. (2020). Changes in testing rates could mask the novel coronavirus disease (COVID-19) growth rate. International Journal of Infectious Diseases. DOI: https

Paules, C.I., Marston, H.D., & Fauci, A.S. (2020) Coronavirus infections - more than just the common cold. Jama, 323(8), 707-708. DOI: 10.1001/jama.2020.0757

Pereira A.S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Disponível em:

https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna, 2020. Recuperado em Recuperado em: https://www.Rproject.org/

Santiago, E. J. P., Freire, A. K. S., Cunha Filho, M., Moreira, G. R., Ferreira, D. A. S., & Cunha, A. L. X. (2020). Modelos não lineares aplicados a mortalidade e casos da COVID-19 no Brasil, Itália e mundo. Research, Society and Development, 9(6), 1-16. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6565

Santos, A. L. P., de Figueiredo, M. P. S., Ferreira, T. A. E., Gomes-Silva, F., Moreira, G. R., Silva, J. E., & de Freitas, J. R. (2020). Analysis and forecasting of the evolution of COVID-19 death numbers in the state of Pernambuco and Ceará using regression models. Research, Society and Development, 9(7), 1-24. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4551

Wilde, A.H., Snijder, E.J., Kikkert, M., & van Hemert, M.J. (2017). Host factors in coronavirus replication. In: Roles of Host Gene and Non-coding RNA Expression in Virus Infection. Springer, 1-42. DOI: 10.1007/82_2017_25

World Health Organization [WHO] (2020a). Coronavirus. Recuperado de: https://www.who.int/health-topics/coronavirus

World Health Organization [WHO] (2020b). Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). Health Emergency of International Concern declared. Recuperado de: https://www.who.int/dg/ speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihremergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)

World Health Organization [WHO] (2020c). Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020. Recuperado de: https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

Yang, W., Zhang, D., Peng, L., Zhuge, C., & Hong, L. (2020). Rational evaluation of various epidemic models based on the COVID-19 data of China. arXiv preprint arXiv:2003.05666.

Capítulo 24

10.37423/220505898

PREVENÇÃO DE PÉ DIABÉTICO: O QUE EU PRECISO SABER?

Jessica Silva da Silva — *Secretaria Municipal de Saúde- BA*

Nívea Carla Nascimento dos Santos — *Hospital Portugues*

Fernanda Moreira Ribeiro Fraga — *HUPES- BA*

Veronica Matos Batista — *Universidade Federal da Bahia*

Mairy Aparecida Felix Araújo — *HUPES-BA*

Lívia Nascimento dos Santos — *São Francisco do Conde*

Naiara Costa Salvador Ribeiro da Silva — *HUPES- BA*

Tamires Jesus Sousa — *Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil*

Gilcimeire Santa Rosa Costa — *HUPES- BA*

Luziangela Martins Carvalho Lima — *Hospital Português*

Resumo: As lesões em pé diabético (LPD) destacam-se como a complicação mais frequente que ocorre em pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus (DM) tipo I e II, resultando em significativa taxa de prevalência, morbimortalidade e aumento de custos associado a internações hospitalares. Entende-se que, devido à alta prevalência do pé diabético associado aos altos custos que são gerados aos sistemas de saúde, é imprescindível contribuir para a redução dessa complicação. Diante disso, motivou-se estudar os cuidados de prevenção que podem ser utilizadas pelo profissional de enfermagem na APS para prevenir o pé diabético. Portanto, esse trabalho tem como objetivo geral descrever o cuidado para a prevenção do pé diabético na atenção primaria à saúde. 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 olhar para as tecnologias de cuidado que podem ser utilizadas pelo profissional de enfermagem na APS para prevenir o pé diabético. Os resultados foram divididos nos fatores de risco para om pé diabético e prevenção do pé diabético na atenção primária a saúde. O presente estudo tem o intuito de beneficiar acadêmicos e profissionais acerca de um maior conhecimento sobre o pé diabético e da atuação da enfermagem na sua prevenção. Além disso, possibilitar a melhora da qualidade do atendimento preventivo de úlceras nos pés a paciente diabéticos e assim diminuindo a incidência desse grave problema de saúde.

Palavras chaves: tecnologias de cuidado, atenção primária a saúde, prevenção, pé diabético

INTRODUÇÃO

As lesões em pé diabético (LPD) destacam-se como a complicação mais frequente que ocorre em pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus (DM) tipo I e II, resultando em significativa taxa de prevalência, morbimortalidade e aumento de custos associado a internações hospitalares. Desta forma, faz-se necessário a criação e implementação de cuidados preventivos pela enfermagem na atenção primária a saúde para a prevenção do pé diabético.

A definição, as condições clínicas e as complicações do pé diabético, inclusive a amputação são temáticas discutidas por estudiosos a nível internacional. Segundo o IWFGD (*International Working Group on the Diabetic Foot*) (2019), pé diabético pode ser definido como "infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores". Ou seja, trata-se de uma condição clínica complexa que está associada a presença de ulcerações nos pés, resultantes principalmente de neuropatia periférica diabética e doença arterial. Essas ulcerações, quando não tratadas adequadamente, podem progredir com infeções, osteomielite e, em último caso, amputação do membro (TOSCANO, 2018).

A prevalência de lesões de pé diabéticos variam entre 2 e 13% no Brasil e no mundo. A nível mundial possui uma média de 6,4%, variando entre 3% na Oceania e de 13% na América do Norte. Uma estimativa de 2015 concluiu que a cada ano entre 9,1 milhões a 26,1 milhões de pessoas diabéticas desenvolvem ulceras nos pés, sendo que a prevalência do pé diabético é maior em homens do que em mulheres e maior em pessoas com diabetes tipo 2. (IDF, 2017) No Brasil, no ano de 2013 estimou-se que a prevalência de diabéticos com lesões nos pés foi de 5,27%, com incidência anual de 2% e um risco de 25% em desenvolvê-las ao longo da vida. (BRASIL, 2016). Observa-se que a maioria das LPD acabam levando a internamentos hospitalares devido ao agravamento do quadro.

Essas lesões nos membros inferiores são responsáveis por cerca de 20% das internações hospitalares prolongadas e por 40% a 70% do total de amputações não traumáticas na população geral (BRASIL, 2016). Devido a essas grandes taxas de internações hospitalares e necessidade de tratamentos, os custos com o pé diabético são aproximadamente cinco vezes maiores quando comparados aos indivíduos diabéticos que não apresentam essa complicação (TOSCANO, 2018). Ou seja, as LPD são umas das principais causas de hospitalizações prolongadas e amputações, o que gera impactos econômicos ao serviço de saúde em virtude dos altos custos que essa complicação ocasiona quando não tratada precocemente.

Os custos provocados pelo pé diabético são elevados em diversos lugares do mundo. Nos Estados Unidos, compreendem cerca de 28 mil dólares a cada admissão por ulceração; na Suécia, 18 mil dólares em casos sem amputação e 34 mil dólares naqueles com amputação. Em relação ao Brasil, no ano de 2014 foram gastos, cerca de Int$ 335.500 milhões com o pé diabético a nível ambulatorial, representando 0,31% do PIB (SBD, 2020). Além disso, é importante considerar que os gastos para o tratamento de úlceras de maior grau de complexidade são oito vezes maiores quando equiparados com as de baixo grau. (IDF, 2017). Contudo, percebe-se que o pé diabético sobrecarrega economicamente o Sistema de Saúde Brasileiro, tornando necessário que a Atenção Primaria a Saúde (APS) invista em tecnologias de cuidado com o objetivo de melhorar a prevenção.

A APS é o primeiro nível de atenção e abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (FERREIRA, 2017). Portanto, tem papel fundamental na prevenção do pé diabético, uma vez que esta deve ser realizada através da educação para os pacientes diabéticos, identificação e intervenção dos fatores de riscos e promover tratamento efetivo e imediato quando necessário (BRASIL, 2016). Diante disso, entende-se que a enfermagem, principal atuante no gerenciamento e produção do cuidado na APS, terá função indispensável na aplicação das tecnologias de cuidado para realizar a prevenção dessas ulcerações.

Objetivando alcançar uma melhor prevenção do pé diabético na APS, se faz necessário cuidados para facilitar as ações práticas em enfermagem e promover a qualidade do cuidado aos pacientes com risco a desenvolverem o pé diabético na APS.

Entende-se que, devido à alta prevalência do pé diabético associado aos altos custos que são gerados aos sistemas de saúde, é imprescindível contribuir para a redução dessa complicação. Diante disso, motivou-se estudar como se desenvolvem as tecnologias de cuidado que podem ser utilizadas pelo profissional de enfermagem na APS para prevenir o pé diabético. Portanto, esse trabalho tem como objetivo geral descrever o cuidado para a prevenção do pé diabético na atenção primaria à saúde.

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 olhar para as tecnologias de

cuidado que podem ser utilizadas pelo profissional de enfermagem na APS para prevenir o pé diabético.

RESULTADOS

FATORES DE RISCO DO PÉ DIABÉTICO

Em 1991 o pé diabético ganhou notoriedade no âmbito da saúde brasileira em decorrência do trabalho da equipe do Distrito Federal, através do Projeto Salvando o Pé Diabético. No qual foi implementado medidas preventivas simples e integração com o nível básico de saúde gerando pontos positivos, como a redução de amputações, sendo posteriormente ampliando para todos os estado brasileiros. Tal projeto possibilitou a participação de representantes do Brasil no Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético (IWGDF) criado em 1996 para melhor compressão dessa problemática mundial. (IWGDF, 2001)

O pé diabético é um crescente problema de saúde pública mundial que está entre as complicações mais graves da DM, portanto foi definido por diversos autores. De acordo com o International Diabetes Federation (IDF) é uma complicação crônica grave da Diabetes Miellitus e consiste em lesões nos tecidos profundos associados a distúrbio neurológicos e doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores. Trata-se de uma série de condições clinicas que podem levar à ulceração do pé, principalmente resultantes da neuropatia periférica e da doença arterial periférica. Essas condições quando não tradadas podem progredir com outras complicações como infeção, osteomielite e amputação do membro. (TOSCANO et al. 2018)

Os dados epidemiológico dessa doença são variados no mundo dependendo do desenvolvimento de cada país. A nível mundial, a prevalência de LPD varia de 4 a 10 % e a incidência anual entre 5 a 6,3%, ambas são maiores em países com baixo desenvolvimento socioeconômico. (SBD, 2019) Essas lesões quando não prevenidas e tratadas adequadamente podem resultar em amputação dos membros inferiores, segundo o Gershater (2021) a cada 20 segundo uma amputação é realizada em alguém lugar do mundo em decorrência da DM. Se tratando de Brasil, a prevalência do pé diabético acomete de 5% a 10% da população diabética, mas segundo o Ministério da saúde esses números podem ser reduzidos em 50% quando prevenidos por meios e ações educativas e identificação dos fatores de riscos. (SANTOS; CAPIRUNGA, SOUZA, 2013) (VARGAS et al. 2017).

Apesar da sua prevalência variar em diferentes regiões do mundo, independentemente do desenvolvimento econômico, social ou político de cada país, as vias de ulcerações são semelhantes na

maior parte dos pacientes diabéticos. Segundo as diretrizes do IWGDF, envolvem frequentemente dois ou mais fatores de riscos, principalmente a neuropatia periférica e a doença arterial periférica (DAP). (IWGDF, 2019)

A Neuropatia periférica é a forma mais frequente do pé diabético e ainda não se sabe a causa exata, mas evidencias indicam associação com hiperglicemias prolongadas. Tal condição, ocasiona o comprometimento de todas a fibras nervosas, incluindo as fibras mielíticas somáticas e do sistema nervoso autónomo. (DUARTE; GONÇALVES, 2011) Esse comprometimento é caracterizado por dores, parestesia, perda da sensorial, deformidades, e limitação da mobilidade articular, resultando em uma carga biomecânica anormal sobre o pé, e posteriormente a ulceração. (OWGDF,2019).

Ao contrário da neuropatia, a doença arterial periférica não é resultado direto da diabetes, mas está presente em grande parte do pacientes com lesões de pé diabético e geralmente acontece devido aos efeitos da aterosclerose. (DUARTE; GONÇALVES, 2011) A DAP quando associada a oclusão aterosclerótica é um fator de risco importante para a má cicatrização de úlceras e para amputação dos membros inferiores, caracteriza-se pela redução dos pulsos periféricos, isquemia, atrofia dos membros inferiores e sensação dolorosa nos pés. (IWGDF,2019); (SANTOS; CAPIRUNGA, SOUZA, 2013).

De acordo com outras literaturas, outros fatores de risco que contribuem pra para o surgimento do pé diabético estão relacionados à idade; sexo, sendo mais frequente em homens devido mau controle das complicações; controle glicêmico ineficaz; traumas; deficiência de informações sobre a doença e cuidado preventivos; autocuidado insatisfatório, como higiene precária e corte das unhas incorreto; e uso de calçados inadequados. (SANTOS; CAPIRUNGA, SOUZA, 2013); (BRASIL, 2016); (CUBAS et al.,2013).

Esses fatores de risco quando não identificado e tradados precocemente levam a LPD que são responsáveis por grande parte das internações hospitalares em paciente diabéticos, podendo resultar em amputação de membros inferiores. Isso a torna a complicação mais cara do DM, consequentemente, causando sobrecarga econômica para a saúde pública. (TOSCANO et al., 2018) Além disso, é fonte de grande impacto social, cultural, emocional e biológico devido as consequências que podem gerar como o sofrimento, gastos com internações, invalidez e representar um grande problema para a família do paciente, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo. Portanto, torna-se necessários estratégias de prevenção pra reduzir a prevalência e os danos causados por essa doença. (IWGDF, 2019)

PREVENÇÃO AO PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A Atenção Primária a Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo e é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Essas ações de saúde são desenvolvidas pelos profissionais de saúde em conjunto, mas cada um com atribuições específicas. Compete ao profissional médico e enfermeiro, realizar o cuidado da saúde da população adscrita, ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população; ações de educação em saúde; consultas e procedimentos; participação do acolhimento dos usuários e no gerenciamento dos insumos. (BRASIL, 2012)

Desse forma, a APS tem papel fundamental no processo de prevenção, pois é a principal porta de entrada do sistema de saúde devendo abranger a promoção, prevenção e recuperação da saúde e garantir a integralidade do cuidado. (VARGAS,2017) Nesse contexto, a enfermagem destaca-se por ser o profissional que está em contato direto com a comunidade sendo de sua responsabilidade garantir a assistência integral na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, além de promover ações educativas para conscientização dos pacientes diabéticos. (SOUZA et al., 2017)

A prevenção de LDP vem sendo discutida por diversos autores e profissionais da saúde, nesse sentido, foi criado em 2001 o primeiro Consenso Internacional sobre Pé diabético que preconiza os seguintes pilares para prevenir essas lesões: (1) identificação do pé em risco; (2) exame regular dos pés; (3) abordagem educativa; (4) garantir uso de calçados adequados e (5) tratamento de fatores de risco. Estudos tem comprovado que intervenções, principalmente as que incluem exame regular dos pés, juntamente com a classificação de risco e ações educativas reduzem a prevalência de lesões pela metade. (CUBAS et al., 2013)

A identificação do pé em risco ou fatores de risco que podem desenvolver LDP podem ser facilmente detectados através da história clínica e por meio do sistema de classificação de risco preconizado pelo IWGDF, onde dependendo do risco identificado verifica-se a necessidade da frequência de avalição e exame dos pés. (IWGDF, 2001)

Em relação ao exame regular do pés, especialistas recomendam que os pacientes diagnosticados com DM dever ser examinados e avaliados, preferencialmente, pelo enfermeiro da atenção básica como recomenda o Manual do pé diabético, ao menos uma vez por ano. Quando apresentando fatores de risco esses paciente deve ser examinados com maior frequência para a redução dessa complicação

(IWGDF, 2021) (BRASIL, 2016). Esse exame clinico associado ao histórico clínico e anamnese, podem identificar os dois fatores de risco mais importantes para ulcerações dos pés, a neuropatia periférica e da DAP. (Brasil, 2016)

O exame deve abranger, histórico clínico; avaliação da anatomia dos pés verificando se há deformidades nos pés característicos da neuropatia diabética, avaliação da cor da pele, hidratação, temperatura, presença de calos, edema e sinais ulcerativos; palpação dos pulsos dos pés; avaliação da sensibilidade tátil e protetora; e observar a higiene dos pés. A avaliação tátil pode ser feita com monofilamento de Semmes-Weinstem, que é método recomendado para o rastreamento da neuropatia diabética e a protetora com diapasão de 128 Hz. (Brasil, 2016) (IWDG,2019)

A educação é a primeira linha de defesa para prevenir as LPD e possui como objetivo modificar o comportamento da pacientes quanto ao autocuidado, melhorar o conhecimento, e ensinar a reconhecer lesões e problemas potenciais nos próprios pés e promover a adesão das orientações recebidas como o uso de sapatos adequados, controle glicêmico entre outras. E além do pacientes, a educação em saúde deve ser destinas aos profissionais de saúde e aos familiares do paciente, quando os cuidados diários envolvem essas pessoas. (IWGDF, 2019) IWGDF, 2001); (SANTOS; CAPIRUNGA, SOUZA, 2013). Pesquisas comprovam que essas intervenções educativas quando aplicadas possuem eficácia e reduzem as úlceras nos pés. (MENEZES; LOPES; NOGUEIRA, 2016). Essas ações educativas para a prevenção do pé diabético devem incluir: incentivo da inspeção diária dos pés, controle glicêmico, desenvolvimento de habilidades de identificar e notificar qualquer alterações nos membros inferiores; explicar a importância do uso de sapatos adequados, hidratação da pele e corte das unhas correto. (IWGDF, 2019)

O uso de calçados inadequados e o hábito de andar descalço são as principais causas de traumas que antecedem ulcerações em pacientes com sensibilidade tátil diminuída e deformidades, portanto é necessário o incentivo de calçados apropriados em todos os ambientes, externos e interno. (IWGDF, 2019); (IWGDF,2001)

E o quinto pilar da prevenção preconiza que em pacientes com diabetes deve-se tratar qualquer fator de risco ou qualquer sinal indicativo de ulcerações. São exemplos desse tratamento, remoção de calos; proteção de bolhas, realização de drenagens se necessário e tratamento antifúngicos para infeções fúngicas. Existem ainda o tratamento na APS de ulceras quando já estão desenvolvidas, no entanto dependendo do grau da lesão pode haver necessidade de hospitalização. Segundo as recomendações do IWGDF os tratamentos podem ser realizados por meio de descarga de peso e proteção da úlcera;

restauração da perfusão do tecido; tratamento de infecções; controle metabólico e tratamento de comorbidades; e tratamento local da úlcera através de limpeza e realização de curativos. (IWGDF,2019)

Embora as diretrizes, manuais e protocolos enfatizarem a importância de prevenir o pé diabético, a prevenção não vem sendo desenvolvida de forma eficaz, e é considerado um desafio para a atuação da enfermagem na atenção primária a saúde. (ARRUDA et al,2018) Menezes (2016) associa essa dificuldade ao crescimento do casos da doença, à falta de tempo de pacientes e a escassez de profissionais e educadores. Outros autores trazem ainda como desafios, a falta de conhecimento do profissionais, infraestrutura inadequada, demanda excessiva, o baixo nível de escolaridade e idade do paciente dificultando o entendimento e falta de educação continuada. (SOUZA, 2017) (VARGAS, 2017)

Diante desse contexto, é de suma importância os profissionais serem capacitados, conhecer e aplicar a as tecnologias de cuidado de prevenção do pé diabético baseando-se nas recomendações cientificas, melhorando a qualidade do atendimento, atuando sobre uma perspectiva holística e com a interação de várias disciplinas. (SBD,2019).

São exemplos de tecnologias de cuidado na atenção primária os medicamentos; materiais e equipamentos como glicômetro, balança e aparelho de pressão; procedimentos; sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte; programas e protocolos assistenciais. Em outras palavras é todo e qualquer método ou dispositivo utilizado para promover o cuidado a saúde. Nesse nível de atenção as tecnologias leves e leve-duras podem serem desenvolvidas através de ações educativas, com o auxílio de dinâmicas em grupos e recursos e uso de linguagem adequada, buscando vínculo com paciente através do acolhimento e a melhoria das condições de saúde. (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016); (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011).

Tratando-se do pé diabético, as tecnologias de cuidados utilizadas para a prevenção na APS evolvem os três tipos de tecnologias: leves, leve-duras e duras que englobam equipamentos como glicômetro no controle glicêmico, minofinamentos, e diapasão no exames dos pés; acolhimento e utilização do sistema de estraticação de risco, para realizar classificação de risco do pé diabético preconizada pelo IWGDF. Outro tipo de tecnologia material que colabora para a prevenção do pé diabético são os calçados adequados que devem ser utilizados pelos pacientes.

Além disso é essencial, representando as tecnologias leves, a humanização com acolhimento, escuta qualificada e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, que tem como objetivo modificar comportamentos inadequados, incentivar o autocuidado, promover adesão de conselhos e orientar

sobre riscos e cuidados. Apesar de todas as tecnologias se relacionarem e serem importantes, nesse contexto de prevenção destaca-se as tecnologias de baixa densidade na atenção primária, tendo em vista que, muitos fatores de risco relacionado ao pé diabético podem ser reduzidos, principalmente, por meio de informações ações de educativas (BRASIL, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tem o intuito de beneficiar acadêmicos e profissionais acerca de um maior conhecimento sobre o pé diabético e da atuação da enfermagem na sua prevenção. Além disso, possibilitar a melhora da qualidade do atendimento preventivo de úlceras nos pés a paciente diabéticos e assim diminuindo a incidência desse grave problema de saúde.

REFERÊNCIAS:

ARRUDA, Luana Savana Nascimento de Sousa et al. Conhecimento do Enfermeiro Acerca dos Cuidados com o Pé Diabético Rev enferm UFPE on line, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051335> acesso em: 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do Pé Diabético, estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/manual_do_pe_diabetico.pdf > acesso em: 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, PNAB. Brasília, 2012. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> acesso em: 2021.

CUBAS, Marcia Regina et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. Fisioter. mov., Curitiba , v. 26, n. 3, p. 647-655, Sept. 2013 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fm/v26n3/a19v26n3.pdf > acesso em: 2021.

DUARTE, Nádia; GONÇALVES, Ana. Pé Diabético. Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular Volume 7, Número 2, Junho 2011.

FERNANDES, M. T. O.; SILVA, L. B.; SOARES, S. M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p.1331-1340, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700067 > acesso em: 2021.

FERREIRA, Sandra Rejane et. al. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Resvista Brasileira de Enfermagem, Florianópolis 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034716720180007007 04&lng=e&nrm=iso&tlng=pt> acesso em: 2021.

Galvão TF, Pansani T de SA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. Epidemiol e Serviços Saúde. 2015; 24(2):335–42.

GALVAO, Cristina Maria. Níveis de evidência. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 19, n. 2, p. 5, June 2006 . Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335> acesso em: 2021.

GERSHATER, Magdalena A. The diabetic foot in hospitalised stroke patients: Documentation of nursing actions and the need for improvement. Journal of Wound Management. Volume 22, No 1, April, 2021. DOI: 10.35279/jowm202104.02

IDF- International Diabetes Federation. Diabetes complications. Diabetes Atlas, Eigth Edition, cap.5 pg. 84, 2017. Disponível em: <www.diabetesatlas.org> acesso em: 2021.

IWFGD - Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e tratamento de pé diabético. 2019 Tradução Brasileira das Diretrizes IWGDF no 34º Congresso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2020 Brasília. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-

content/uploads/2020/12/CONSENSO-INTERNACIONAL-DE-PE-DIABETICO-2019.pdf> acesso em: 2021.

IWFGD - Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e tratamento de pé diabético. 2019 Tradução Brasileira das Diretrizes IWGDF no 34º Congresso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2020 Brasília. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/CONSENSO-INTERNACIONAL-DE-PE-DIABETICO-2019.pdf> acesso em: 2021.

IWGDF- Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Tradução de Ana Claudia de Andrade e Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/conce_inter_pediabetico.pdf >acesso em: 2021

KOERICH, Magda Santos et. al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 15, n. spe, p. 178-185, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000500022&script=sci_abstract&tlng=pt> acesso em 2021.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 . Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018> acesso em: 2021.

MENEZES, Marcela Machado; LOPES, Camila Takáo; NOGUEIRA, Lilia de Souza. Impacto de intervenções educativas na redução das complicações diabéticas: revisão sistemática. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 69, n. 4, p. 773-784, Aug. 2016 . Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400773 > acesso em: 2021.

ROCHA, Patrícia Kuerten et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 61, n. 1, p. 113-116, Fev. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672008000100018&script=sci_abstract&tlng=pt> acesso em: 2021.

SANTOS, Gardênia Ingrid Marques; CAPIRUNGA, Jéssica Barbosa Mendes; SOUZA, Olívia Souza Castro Almeida. Pé diabético: Condutas do Enfermeiro. Revista Enfermagem Contemporânea. 2013. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/303> acesso em: 2021.

SANTOS, Z.M.D.S.A; FROTA, M.A; MARTINS, A.B.T. TECNOLOGIAS EM SAÚDE: DA ABORDAGEM TEÓRICA A CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO NO CENÁRIO DO CUIDADO. Editora da Universidade Estadual do Ceará. 1ª Edição Fortaleza – CE, 2016.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes Diretrizes. Tratamento do diabetes mellitus associado a outras comorbidades: avaliação, prevenção e tratamento do pé diabético. Capítulo 9 pág. 338, 2019-2020.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes Diretrizes. Tratamento do diabetes mellitus associado a outras comorbidades: avaliação, prevenção e tratamento do pé diabético. Capítulo 9 pág. 338, 2019-2020.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. O alto custo do pé diabético no Brasil. 20 de fev. de 2018.

SOUSA, LMM; et al. Metodologia de Revisão Integrava da Literatura em Enfermagem. Revista investigação em Enfermagem 2017.

SOUZA Luana Savana et al. Conhecimento do Enfermeiro sobre a Prevenção do Pé Diabético: Revisão Integrativa da Literatura. Revista Brasileira em Promoção da saúde, 2017. Disponivel em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876388> acesso: em 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci_arttext&tlng=pt> acesso em: 2021.

TOSCANO, Cristina M et al. Annual Direct Medical Costs of Diabetic Foot Disease in Brazil: A Cost of Illness Study. Int J Environ Res Public Health. 2018. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29316689/> acesso em: 2021. DOI:10.3390/ijerph15010089

VARGAS, Caroline Porcelis et al. Condutas dos Enfermeiros da Atenção Primária no Cuidado a Pessoas com Pé Diabético. Rev enferm UFPE online., Recife, nov. 2017. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33476> acesso em: 2021.

VERASZTO, E.V; MIRANDA, D.S.N.A; SIMON, F.O. Tecnologia: Buscando uma definição para o conceito PRISMA.COM nº7 2008. Disponível em:

<http://ojs.letras.up.pt/index.php/prismacom/article/viewFile/2078/1913> acesso em: 2021.

Capítulo 25

10.37423/220505902

REPERCUSSÕES ORAIS DE INFECÇÕES CAUSADAS PELO VÍRUS HERPES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Victor Felipe Farias do Prado — *Universidade de Pernambuco*

Larianne de Sousa Moisés — *Universidade Federal da Paraíba*

Kássia Regina de Santana — *Universidade de Pernambuco*

Lindeberg Rocha Freitas — *Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Brasil*

Leonardo Vital de Freitas — *Universidade Federal Rural de Pernambuco*

Carlos Fernando Rodrigues Guaraná — *Universidade Federal Rural de Pernambuco*

Francisco Braga da Paz Júnior — *Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Brasil*

Roberta Gomes Menezes de Lima — *Universidade de Pernambuco, Brasil*

Josué Alves — *Universidade de Pernambuco, Brasil*

Eliana Santos Lyra da Paz — *Universidade de Pernambuco, Brasil*

Resumo: Os componentes da família Herpesviridae são popularmente conhecidos como herpesvírus, e dentre eles, apenas 8 são considerados patógenos humanos. Assim, este estudo descreve as principais repercussões orais associadas aos vírus pertencentes à família Herpesviridae. Foram selecionados os artigos dos últimos 5 anos sobre o tema, para a realização da revisão literária usando a combinação dos descritores nas bases de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE. A depender do processo infeccioso, a cavidade oral é um dos primeiros locais a apresentar várias manifestações clínicas, sendo um ambiente bastante propício à transmissão, inoculação e crescimento de vários micro-organismos. No que diz respeito às infecções virais que acometem a cavidade oral, as manifestações clínicas dependem de alguns fatores, como o grau de virulência do micro-organismo e a susceptibilidade do hospedeiro. Por isso, é de fundamental importância que o profissional de saúde tenha o conhecimento sobre a família Herpesviridae e suas principais manifestações clínicas, para que a partir disso, seja realizado um correto manejo terapêutico.

Palavras-chave: Herpes labial, Estomatite herpética, Infecções por vírus Epstein-Barr

INTRODUÇÃO

No contexto da família Herpesviridae, Hipócrates (460/377a.C.), ainda na Grécia Antiga, foi responsável pela primeira descrição documentada de um vírus herpes, que era do tipo herpes vírus simplex, tendo como tradução para o termo seu nome, o significado de "rastejar ou réptil". Posteriormente, já na contemporaneidade, em 1965, Nahmias e Dowdle constataram o fato que o gênero Simplexvirus poderia ser separado em duas espécies distintas: herpes simplex tipo 1 e o herpes simplex tipo 2 (SILVA, 2015).

Os componentes da família Herpesviridae, popularmente conhecidos como herpes vírus, são vírus com envelope, DNA em dupla hélice e com baixo poder de replicação viral. (BALLYRAM et al., 2016). Dentre eles, apenas 8 são considerados patógenos humanos: herpes vírus simplex 1 (HSV-1), herpes simplex 2 (HSV-2), varicela zoster vírus (VZV), citomegalovírus (CMV), vírus Epstein-Barr (EBV), herpesvírus humano 6, herpesvírus humano 7 (HHV-6, -7) e herpesvírus associado ao sarcoma de Kaposi (KSHV ou HHV-8) (OTERO et al. , 2015).

São transmissíveis através de fluidos que contêm partículas virais submersas em si e são responsáveis por causar de 35 a 40 bilhões de infecções em todo o mundo (PETTI; LODI, 2019). Dentro dessa família, aqueles que após a transmissão poderão originar de forma direta manifestações orais são: herpes vírus simplex 1, varicela zoster vírus, citomegalovírus, vírus Epstein-Barr e herpesvírus associado ao sarcoma de Kaposi. Todavia, o herpes simplex tipo 2, cuja prevalência de lesões se dá na região genital por mecanismos similares da herpes simplex tipo 1, também tem potencial para gerar manifestações orofaciais em casos mais raros, em que o bebê durante o parto, entra em contato com membranas rompidas ou com as secreções vaginais infectadas da mãe (MÜNSTEDT, 2019).

Durante milhões de anos, os vírus herpes coabitaram com o hospedeiro humano, desenvolvendo mecanismos estratégicos para possibilitar a sua permanência no hospedeiro, ao longo de toda a vida. Sendo assim, logo após a ocorrência de uma infecção primária, os herpesvírus estabelecem uma infecção latente em uma pequena quantidade de locais celulares específicos, reduzindo a replicação viral (TONOYAN et al., 2019), quando advém estímulos internos como: Imunodepressão, ciclo menstrual ou perturbações emocionais, ou por meio de estímulos externos: variações climáticas ou a incidência de raios ultravioletas emitidos pela radiação solar. (PEREIRA et al., 2017). A exemplo do herpes vírus simplex 1, que ao realizar sua infecção primária, se alojam no gânglio trigeminal de maneira latente, até que haja uma supressão no sistema imune (CLARKSON; MASHKOOR; ABDULATEEF, 2017).

De acordo com dados de 2012 da Organização Mundial da Saúde (OMS), um estimado de 3,7 bilhões de pessoas abaixo dos 50 anos (67%) está infectada com o HSV-1 (CLARKSON; MASHKOOR; ABDULATEEF, 2017). O vírus herpes simplex 1 é altamente transmissível por partículas orais e também genitais (FATAHZADEH, 2017), e clinicamente sua infecção pode se apresentar de duas maneiras: Primária, onde os principais indivíduos acometidos são crianças de idade entre 1 a 5 anos em seu primeiro contato com o vírus, ou de maneira secundária, fruto da reativação do vírus após um período latente (CLARKSON; MASHKOOR; ABDULATEEF, 2017). Essas reinfecções costumam durar de uma a duas semanas e sua aparência clínica normalmente constitui da formação de vesículas que ao se romper, liberam seu conteúdo líquido e formam lesões ulceradas que mais tarde serão re-epitelizadas (DIEBOLD; OVERBECK, 2019).

O vírus da herpes Zoster tem a capacidade de gerar erupção de vesículas dolorosas com distribuição de forma dermatomal, ou seja, ao longo de um ou dois dermátomos, além de se manifestar com um padrão zosteriforme. Nos casos de infecção por herpes Zoster, os nervos cranianos podem ser afetados, incluindo o nervo glossofaríngeo, hipoglosso, e principalmente o nervo trigêmio. Porém, as manifestações orais surgem quando o ramo maxilar e mandibular do trigêmeo são afetados (KAUR et al., 2016). Este vírus, de forma similar à espécie simplex tipo 1, apresenta um período de latência que é reativo após um período de imunodepressão (NAGAKEERTHANA; RANGARAJ, 2016; CLARKSON; MASHKOOR; ABDULATEEF, 2017).

A cada ano ocorrem no mundo cerca de 200.000 novos casos de infecção pelo vírus Epstein-Barr (BAGAN et al., 2016), quando esse ocorre ainda no período da infância pode levar seu hospedeiro ao óbito (BOHÓRQUEZ et al., 2016). Esse vírus pode ser encontrado em até 57% das biópsias de pacientes que apresentam problemas de caráter periodontal, entretanto, ainda não há estudos que consigam demonstrar como ocorre sua participação dentro das doenças periodontais, que sejam 100% elucidados (ESCALONA et al., 2016). Também pode ser associado ao carcinoma nasofaríngeo, linfoma de linfócitos T e natural killer (GUIDRY et al., 2017), leucoplasia pilosa oral (FLORES-HIDALGO et al., 2018), linfoma de Burkitt, mononucleose infecciosa (SHARIATI et al., 2018) e líquen plano oral (TONOYAN et al. , 2019).

De forma semelhante, o citomegalovírus não tem seu papel dentro das patologias periodontais totalmente delineado, ainda assim, encontra-se em 81% dos casos de doenças periodontais em pacientes soropositivos, contendo também potencial letal quando há sua ocorrência na primeira infância (BOHÓRQUEZ et al., 2016; ESCALONA et al., 2016). Apresenta formação de lesões ulceradas

em região de mucosa, geralmente com uma co-infecção por herpes simples (MAINVILLE; MARSH; ALLEN, 2015). Diferente da herpes simplex, que estabelece latência após infecção epitelial, o CMV a estabelece após infecção em células de glândulas salivares, endotélio, macrófagos e linfócitos (CLARKSON; MASHKOOR; ABDULATEEF, 2017).

O HHV-8 é o agente causador do Sarcoma de Kaposi, neoplasia maligna fortemente relacionada ao HIV (SPEICHER et al., 2015), porém a imunossupressão também é um fator necessário para o desenvolvimento da patogênese (MAYA et al., 2018). A prevalência geográfica é de alta incidência na África Subsaariana, e relativamente baixa em outros países ao redor do mundo, como no norte da Europa e Ásia (NEWTON et al., 2018). Esse tipo de herpes vírus tem como principal via de disseminação a saliva humana, muito embora não tenha as glândulas salivares como sítio de infecção, mas sim, por estar ligado à infecções em células T e B nas tonsilas humanas (BRICE; TOTH; DIAMOND, 2018).

Assim, este estudo tem como seu principal objetivo identificar, analisar e detalhar as principais manifestações orais associadas aos vírus pertencentes à família Herpesviridae, mediante uma revisão integrativa de textos encontrados na literatura científica.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão da literatura, desenvolvida por meio de fontes indexadas nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Medical Literature Analysis and Retrival System Online (MEDLINE) e Portal de Periódicos CAPES, considerando os descritores do Decs: “Herpes labialis”, “Stomatitis herpetic”, “Herpesviridae infections”. A pergunta norteadora foi: “Como se encontra a literatura atual a respeito das lesões orais causadas pela doença herpes?”.

Foi utilizada a seguinte metodologia:

1) Nomeação do tema e escolha da pergunta norteadora;

2) Seleção de descritores a serem pesquisados;

3) Estabelecimento de critérios de inclusão e critérios de exclusão;

4) Busca dos artigos a partir de ferramentas online;

5) Leitura dos artigos e interpretação das informações obtidas;

6) Elaboração da revisão integrativa para apresentação das conclusões obtidas pela pesquisa.

Os critérios de inclusão foram:

- Artigos publicados entre janeiro de 2015 e setembro de 2020, em português, inglês e espanhol, que apresentassem no título alguns dos descritores utilizados e assim se encaixassem no tema da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram:

- Artigos publicados previamente a janeiro de 2015, em línguas além de português, inglês e espanhol;

- Artigos que não abordassem o tema da pergunta norteadora.

Seguindo esses critérios, foram totalizados 211 artigos reunidos pela equipe de pesquisadores, após uma busca meticulosa por possíveis artigos repetidos, restaram 194 para a elaboração da revisão integrativa, entretanto, posteriormente à leitura de todas as 194 fontes pesquisadas, apenas foram utilizadas informações de 52 artigos na construção do trabalho.

DISCUSSÃO

A virose causada pelo HSV-1 é, provavelmente, a mais prevalente entre os humanos (VARIANI, 2017). A maior parte das infecções ocorre na infância, através do contato mucocutâneo com alguém infectado (COLE, 2020), porém sua transmissão em outras idades aumenta com a prática sexual orogenital (BALLYRAM et al., 2016). Pessoas assintomáticas podem transferir o vírus através de fluidos respiratórios ou liberação mucocutânea (CHI et al., 2015), e em países subdesenvolvidos, a seroconversão de HSV-1 não é apenas maior, mas também ocorre mais precocemente (FATAHZADEH, 2017). Vale ressaltar que a infecção pelo HSV-1 tem potencial para disseminar e causar infecção generalizada; (SANTOSH; MUDDANA, 2020), o que é um alerta a respeito da gravidade dessa doença e da importância de pesquisa-la mais a fundo.

Após o primeiro contágio, o vírus percorre a terminação nervosa sensitiva até o gânglio trigeminal de Gasser, local que se instala de forma latente, até o momento em que há baixa imunológica (QUEIRÓS; DA COSTA, 2019; PEREIRA et al., 2017; VARIANI et al., 2017;

SANTOSH; MUDDANA, 2020). Esse período de latência pode ocasionar consequências graves, que são os casos de paralisia facial, especificamente a paralisia facial neonatal, desenvolve na região bucal, o desvio da comissura labial, além do achatamento do sulco nasofaríngeo (LUBIÁN LÓPEZA et al., 2018).

Sua reativação ocorre no gânglio nervoso trigeminal, podendo ser resultado de condições, tais como idade, exposição solar ou ao frio, trauma físico ou estresse emocional, fadiga, gravidez, estado imunodepressor, febre, doença respiratória, menstruação, doença sistêmica, entre outros (SANTOSH;

MUDDANA, 2020), e é constantemente precedida por um quadro pródromo local de formigamento, queimação ou coceira (FATAHZADEH, 2017).

Nota-se predomínio dessas infecções recorrentes quando há estado de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) altamente evoluído, após um processo cirúrgico de transplante, pacientes com neoplasias malignas que utilizam a quimioterapia como tratamento ou o uso de drogas imunossupressoras (SANTOSH; MUDDANA, 2020). Nos pacientes portadores do HIV, os sintomas costumeiros são a presença de tosse seca, língua lisa, lesões vesiculosas, candidíase eritematosa e crostas ao redor da pele dos lábios (MELO, et al, 2015).

A forma crônica mucocutânea do herpes labial é intitulado de Chronic Mucocutaneous Herpes Simplex Virus (CHSV), expressa lesões singulares verrucosas ou ulcerativas que irão perdurar, por no mínimo um mês, e surge através de uma rara complicação em um transplante alogênico de célula-tronco hematopoiéticas (HUANG; CHEN; LIN, 2015).

O vírus simplex tipo 1 detém a capacidade de se manifestar na forma de herpes labial recorrente (RHL), que é a manifestação infecciosa recorrente mais habitual, presente em 3.7 bilhões de habitantes no ano de 2012 (HARRIS; HOLMES, 2017). Apresenta infecção primária predominante durante o período da infância, principalmente entre 2 e 3 anos de idade, todavia, pode ocorrer em indivíduos de 0 até 49 anos de idade, sendo raro em idosos com idade superior a 60 anos (SANTOSH; MUDDANA, 2020), além da presença de imunoglobulinas de memória em 90% da população com idade até 50 anos (VERDASCA, 2018), e afeta entre 16% e 38% da população geral (MELO, et al., 2015).

No decorrer de seu período prodrômico, é comum o aparecimento de sintomas tais como náusea, mal-estar, dor de cabeça, febre, vômito e inchaço dos linfonodos. Costuma instalar-se na região no sítio de entrada, tendo como locais mais regulares de infecção aqueles que contém mucosa tal qual palato duro, dorso da língua, gengiva, sendo o local mais afetado a região dos lábios, tanto superior como inferior (SANTOSH; MUDDANA, 2020; QUEIRÓS; DA COSTA, 2019). Após essa fase, irrompem as lesões que caracterizam a RHL, que são vesículas de conteúdo claro e amarelado e ulcerações esbranquiçadas de margens eritematosas dolorosas na mucosa oral, além dessas da gengivite marginal aguda generalizada (SANTOSH; MUDDANA, 2020; ESTRADA-PEREIRA et al., 2019). Essas manifestações irão desaparecer de forma espontâneo no intervalo de 8 a 15 dias, com cicatrização de até 6 semanas (ESTRADA-PEREIRA et al., 2019; AHLUWALIA et al., 2019).

Outra manifestação decorrente da infecção primária pelo HSV-1 é a gengivoestomatite herpética, que normalmente ocorre na infância, num período de cinco a dez dias após a exposição ao vírus pelo

contato da mucosa ou abrasão na pele. Em casos mais graves, a gengivoestomatite pode ser acompanhada de disfagia e adenopatias, assim como ocorre bastante em adolescentes com a presença de graves faringites (FERNÁNDEZ-LÓPEZ et al., 2017).

A gengivoestomatite primária é a manifestação mais frequente do HSV, e em 90% dos casos, é causada pelo HSV-1, com poucos casos por HSV-2, e decorre principalmente da infecção primária, ao contrário da herpes labial, que se manifesta mais durante a infecção secundária. É uma doença contagiosa que acomete primariamente crianças entre os seis meses e os cinco anos de vida, raramente jovens e adultos, e nestes, se assemelha à mononucleose (VERDASCA, 2018). Sua sintomatologia inclui um pródromo que normalmente apresenta: febre, prostração, disfagia, irritabilidade, anorexia, cefaleias e náuseas, com duração entre um e 26 dias (VERDASCA, 2018). Posteriormente, surgem na cavidade bucal e principalmente nas gengivas, pequenas vesículas de 1 a 2mm, claras e uniformes com tendência a coalescer (MINOZZO, 2019), que ao se romperem, liberam um líquido branco-amarelado com crosta serossanguínea (VARIANI, et al., 2017) e levam à formação de lesões iniciais vermelhas e dolorosas, principalmente envolvendo a língua, faringe posterior, mucosa bucal, gengival, labial e palatina (AWAD et al., 2018). Ao aumentarem de tamanho, essas lesões formam ulcerações recobertas por pseudomembranas amarelo-acinzentadas, com halo eritematoso e processo de cicatrização entre 10 e 14 dias (PETTI et al., 2019). Seu diagnóstico se dá pela detecção de gengivas hiperemiadas, friáveis e lisas, hemorragia gengival e pequenas vesículas em erupção na mucosa jugal (VERDASCA, 2018). Seus diagnósticos diferenciais são: gengivite ulcerativa necrosante aguda, estomatite aftosa, herpangina (atinge o palato mole) e outras infecções virais. (MARTINS, et al, 2018).

A forma aguda da doença apresenta sintomas mais graves na fase prodrômica, como: febre, sonolência, artralgia, anorexia, disfagia, calafrios, linfadenopatia, diarréia, sialorréia, inflamação das mucosas, sangramento gengival e edema. Há formação de vesículas e posterior lesão das mucosas, com úlceras rasas, irregulares e branco-amareladas cobertas por uma membrana acinzentada, semelhante à forma comum da doença (MINOZZO, et al, 2017). É uma doença autolimitada que dura entre sete e 14 dias e tem como diagnósticos diferenciais: mononucleose infecciosa, ulcerações aftosas recorrentes, a doença das mãos, pés e boca, o GUNA, a candidíase perioral cutânea, leucemia aguda, varicela, e até mesmo, lesões recorrentes atípicas do herpes vírus em pacientes imunocomprometidos (MINOZZO, et al, 2017). A causa mais frequente da morbidade da gengivoestomatite é a desidratação (VERDASCA, 2018), portanto, o tratamento inicia-se pela manutenção de fluidos, com hidratação do paciente e alimentação líquida e pastosa. Além disso, há o

tratamento medicamentoso, com antivirais, mais eficientes no período prodrômico (MARTINS, et al, 2018), anti-inflamatórios, analgésicos, antitérmicos, anestésicos tópicos (como a Lidocaína Viscosa), antibióticos e bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% para tratar as lesões (MINOZZO, et al, 2017).

A herpes zoster é uma doença que ocorre posteriormente a uma infecção primária por Varicella Zoster Virus (VZV), no qual o paciente irá apresentar sintomatologia da catapora; o Herpes Zoster Virus (HZV) se reativa após um período de latência, tanto decorrente da idade mais avançada do hospedeiro, quanto por casos de imunossupressão, drogas citotóxicas, processos malignos e envelhecimento, a reativação ocorre em 5 de cada 1000 indivíduos que testam positivo para VZV (FATAHZADEH, 2017), sendo uma das doenças mais comuns em idosos (NAGAKEERTHANA; RANGARAJ, 2016). A reativação do HZV ocorre na raiz dorsal dos gânglios nervosos cranianos, sendo os mais comuns C-3, T-5, L-1 e L2, podendo ocorrer parestesia no curso do nervo afetado (SANTOSH; MUDDANA, 2020). Cerca de 15% dos casos de herpes zoster envolvem distribuição mucocutânea para o nervo trigeminal, tendo ainda uma preferência por sua divisão oftálmica, o que pode levar à sérias complicações oculares como ulceração corneal e cegueira (FATAHZADEH, 2017).

H. zoster geralmente surge como uma erupção cutânea dolorosa em forma de vesícula que afeta um único dermátomo e dura de 3 a 5 dias até que as lesões formam pústulas (NAGAKEERTHANA; RANGARAJ, 2016). Apresenta um período prodrômico que pode durar de 48h a 72h ou mais, no qual o paciente apresenta dor latejante e parestesia na região do

nervo sensitivo afetado (NAGAKEERTHANA; RANGARAJ, 2016). Seu diagnóstico é feito pela presença de vesículas em padrão zosteriforme, aparecendo ao longo de um ou dois dermátomos (NAGAKEERTHANA; RANGARAJ, 2016).

Se envolver o VII par craniano ou o VIII par craniano, pode haver o desenvolvimento de lesões na orelha, paralisia facial e sintomas relacionados à audição, sendo denominada síndrome de Ramsay Hunt (NAGAKEERTHANA; RANGARAJ, 2016). A síndrome de Ramsay Hunt é tipicamente caracterizada por vesículas unilaterais na mucosa oral e orelha externa e paralisia facial unilateral que aparece de 3 a 5 dias no nervo inflamado (SANTOSH; MUDDANA, 2020), é comum na Síndrome de Ramsay Hunt dificuldade para piscar, perda de audição do lado esquerdo, associadamente com um desvio labial para a direita (FATAHZADEH, 2017).

A H. zoster ocorrendo de forma intraoral sem manifestações na pele é raro, porém Nagakeerthana e Rangaraj (2016) descrevem em um relato de caso, um paciente com somente manifestações orais de

H. zoster apresentando sensação de queimação na boca, lesões esbranquiçadas no teto da cavidade oral, febre baixa por 2 dias e dor moderada por 24h. O diagnóstico foi feito a partir da sensação de queimação na boca, erupções restritas ao lado direito do palato duro e presença de células multinucleadas gigantes no teste de Tzanck.

Quando o H. zoster afeta a divisão mandibular do nervo trigêmio leva a lesões ipsilaterais envolvendo a lateral da cabeça, orelha externa, lábio inferior e sua mucosa correspondente. Lesões potenciais oriundas da HZ envolvem esfoliação de dentes, reabsorção radicular e osteonecrose (FATAHZADEH, 2017), principalmente se associada a doenças auto-imunes, como a diabete Mellitus, pode ocasionar tais eventos nos dentes através da infecção do nervo trigêmio, o que apesar de raro, é um caso já descrito pela literatura. (KAUR, et al, 2016).

Fraqueza, hipoestesia ou dor severa na distribuição sensorial de um nervo na ausência de erupções cutâneas típicas do HZ é conhecida como Zoster sine herpete. Ela pode afetar cabeça e pescoço, e na região oral, ela pode imitar dor odontogênica e sua exclusão é importante para que procedimentos dentais desnecessários sejam evitado (FATAHZADEH, 2017).

O citomegalovírus (CMV), quinto vírus da família Herpesviridae, se apresenta por todo o planeta e atualmente infecta de 50% a 100% da população mundial (NAKAMURA et a., 2019), segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), 50 a 80 adultos americanos de um total de 100, são infectados até a idade de 40 anos (CLARKSON, 2017). A transmissão desse vírus ocorre principalmente por contato com fluidos corporais tais quais saliva, secreções genitais, leite materno, pode acontecer ainda por sangue contaminado e infecção vertical, durante a gestação ou no momento do parto (SANTOSH; MUDDANA, 2020; CLARKSON, 2017). Mesmo quando essa infecção ocorre, geralmente se dá de maneira assintomática, principalmente em imunocompetentes, crianças e adultos (SANTOSH; MUDDANA, 2020; NAKAMURA et a., 2019). A infecção aguda é comum em recém-transplantados de órgãos sólidos, principalmente quando o procedimento ocorreu a em média um ano (NAKAMURA et a., 2019) e também em neonatos, onde podem ocorrer condições como surdez, trombocitopenia, microcefalia, hepatoesplenomegalia e hepatite (SANTOSH; MUDDANA, 2020). Outras complicações relatadas incluem icterícia, pneumonia, miocardite, meningite e doenças gastrointestinais (CLARKSON, 2017; SANTOSH; MUDDANA, 2020).

Os principais acometimentos relacionados à cavidade oral se estendem não apenas sobre a manifestação clínica, mas também sobre o mecanismo de infecção deste vírus, sendo as glândulas salivares, endotélio, macrófagos e linfócitos, sítios comuns de latência (CLARKSON, 2017, cat). Uma

das formas de manifestação da infecção são justamente as lesões orais (VIGUERAS et al., 2015), que se apresentam com ulcerações crônicas na mucosa e são passíveis de coinfecção por HSV, essa co-infecção costuma inclusive ser um indicador em pacientes que possuem a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (CLARKSON, 2017). Além disso podem ter apresentação clínica mais profunda, com ocorrências desde lesões apicais e assintomáticas à cistos radiculares e ceratocistos (VIGUERAS et al., 2015), não obstante, devido ao seu poder de infecção em fetos e neonatos, pode ocasionar quadros de hipomaturação do esmalte, descoloração da dentina, atrito dentário e hipoplasia difusa do esmalte (CLARKSON, 2017).

O epstein barr é um herpesvírus onipresente entre humanos, mais comumente disseminado por meio de saliva e outros fluidos corporais (HETTMANN et al., 2015). Esse vírus é um dos agentes causais da mononucleose infecciosa, que também pode ser ocasionada pelo HHV-8 (CLARKSON, 2017). Essa patogênese, mais conhecida como “doença do beijo” devido à sua forma de transmissão, apresenta-se de forma assintomática em crianças infectadas. A infecção primária ocorre em adolescentes ou adultos, cuja sintomatologia observada inclui febre, linfadenopatia, faringite e amigdalite. Sintomas prodrômicos como mal-estar e fadiga precedem 2 semanas antes do desenvolvimento da febre, que pode durar de 2 a 14 dias em casos clássicos de mononucleose infecciosa (CLARKSON, 2017). Os pacientes acometidos também

apresentam algumas lesões orais similares à petéquias, que ocorrem em palato mole ou duro. Uma outra intercorrência comum na mononucleose infecciosa, é a gengivite ulcerativa necrosante. (CLARKSON, 2017)

Vários estudos detectaram a presença do DNA do EBV em amostras de pacientes com líquen plano oral, sugerindo assim, que há uma relação do vírus na etiopatogenia da doença. O líquen plano oral consiste em uma doença mucocutânea crônica, com potencial risco de transformação maligna, que acomete em maior prevalência os indivíduos do sexo feminino. Manifesta-se principalmente na mucosa jugal, apresentando diversas formas clínicas como reticular, papular, bolhosa e erosiva (SHARIATI et al., 2018).

Pode-se citar também a leucoplasia pilosa oral como uma manifestação oral decorrente da infecção por EBV. A doença apresenta-se como uma lesão assintomática, encontrada principalmente em pacientes imunossuprimidos (VALE et al., 2016). É clinicamente caracterizada por placas brancas elevadas (GUIDRY et al., 2017), de aparência felpuda ou ondulada (GREENSPAN et al., 2016), não removíveis por raspagem e localizadas principalmente em borda lateral de língua, podendo ocorrer

bilateralmente (VALE et al., 2016). Os estudos sugerem que a leucoplasia pilosa oral é resultante do processo direto de replicação do EBV, sendo assim, não está associada a infecção latente do vírus (GUIDRY et al., 2017).

Estudos recentes sugerem que os herpesvírus podem estar envolvidos na ocorrência e progressão de diversas formas da doença periodontal, tais quais periodontite periapical e crônica. Visto que, possuem a capacidade de provocar alterações nas células do periodonto, reduzindo a capacidade do tecido periodontal resistir às agressões causadas por bactérias patogênicas (KHOSROPANAH et al., 2015). Inclusive, comprovou-se que a frequência e presença dos herpesvírus nas bolsas periodontais pode aumentar de acordo com a gravidade da doença (IVANOVSKA-STOJANOSKA et al., 2018). No entanto, há uma outra explicação referente ao envolvimento da família Herpesviridae na patogênese da doença periodontal. A literatura também aponta para a hipótese de sinergia entre os herpes vírus e bactérias periodontopáticas, onde essa interação possibilita o desenvolvimento da periodontite (TONOYAN et al., 2019).

Um estudo realizado por SHAH et al. (2016), revelou que a prevalência do vírus HSV-1 e EBV no fluido gengivo-crevicular é maior em pacientes sofrendo de gengivite e periodontite crônica, em comparação com pessoas periodontalmente saudáveis. Em um outro estudo,

realizado por KHOSROPANAH et al. (2015), detectou-se uma elevada quantificação do vírus EBV e CMV nas amostras de tecido periodontal de pacientes com periodontite crônica. Sendo assim, esses resultados correlacionam-se com outros dados encontrados na literatura, que destacam o herpes simplex 1, citomegalovírus e epstein-barr como os herpes vírus encontrados em maior abundância nas doenças periodontais (KHOSROPANAH et al., 2015). Entretanto, estudos também mostraram que o tecido periodontal pode ser o local de infecção ou reservatório dos herpesvírus tipo 6 e 7 (KHOSROPANAH et al., 2015).

O Herpesvírus associado ao sarcoma de Kaposi (KSHV ou HHV-8) é o tipo HHV mais recente a ter sido descoberto e é um dos agentes etiológicos relacionados à algumas desordens em células B (BRICE et al., 2018). A infecção causada por ele está associada com pacientes que possuem a forma mais severa da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e a pacientes que apresentavam sarcoma de Kaposi. Esse vírus é mais transmitido pela saliva e mantém sua latência em células T e B nas tonsilas (BRICE et al., 2018).

O Sarcoma de Kaposi é uma neoplasia maligna, que possui quatro formas clínicas: epidêmica, iatrogênica, clássica e endêmica. As manifestações orais inicialmente surgem como manchas

eritematosas e englobam lesões na região mais posterior palato duro, gengiva e dorso lingual (BORTOLUZZI et al., 2017), essas ocorrências podem se apresentar em uma única lesão, de maneira multifocal apresentando placas, manchas e nódulos com variação de tamanho e coloração vermelho-arroxeada (SANTOSH; MUDDANA, 2020). Mesmo com o indicativo da relação entre o HHV-8 e o Sarcoma de Kaposi, ainda não é bem esclarecido na literatura de qual maneira esse vírus participa da patogênese, sendo necessários mais estudos para que essa questão seja elucidada (GARZINO-DEMO et al., 2017).

CONCLUSÃO

Através do estudo realizado, notou-se a importância do conhecimento das manifestações orais da família Herpesvirus para um correto diagnóstico e tratamento, principalmente quando denotado o caráter prevalente dessas infecções em um contexto global. Todavia, é perceptível um baixo número de publicações do assunto nos últimos 5 anos acerca das manifestações orais, o que acabou resultando em menos resultados do que o previsto inicialmente, mesmo com um estudo aprofundado sobre o tema.

Das espécies de herpesvírus estudadas, foi perceptível uma prevalência de estudos sobre as sintomatologias da Herpes Simplex tipo 1 e de suas manifestações, mesmo assim, as informações sobre estas não acrescentam novos elementos, com muitas repetições entre os artigos. Enquanto isso, os demais tipos herpesvirus apresentam um déficit de informações, pois os textos não traziam muito conteúdo sobre as lesões orais causadas por esses, o que demonstra a necessidade de mais estudos voltados a esses outros componentes.

REFERÊNCIAS

1. AHLUWALIA, Jusleen et al. Recurrent herpes labialis in the pediatric population: prevalence, therapeutic studies, and associated complications. Pediatric Dermatology, [S.L.], v. 36, n. 6, p. 808-814, 9 set. 2019. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/pde.13978.

2. AWAD, Osama G. Abdel-Naby et al. Honey can help in herpes simplex gingivostomatitis in children: prospective randomized double blind placebo controlled clinical trial. American Journal Of Otolaryngology, [S.L.], v. 39, n. 6, p. 759-763, nov. 2018. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.09.007.

3. BAGAN, L et al. Prevalence of salivary Epstein-Barr virus in potentially malignant oral disorders and oral squamous cell carcinoma. Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal, [S.L.], p. 157-160, 2016. Medicina Oral, S.L.. http://dx.doi.org/10.4317/medoral.20785.

4. BALLYRAM, R et al . Oral diseases associated with human herpes viruses: Aetiology, clinical features, diagnosis and management. S. Afr. dent. j., Johannesburg , v. 71, n. 6, p. 253-259, July 2016 . Available from <http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-85162016000600006&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Oct. 2020.

5. BHATEJA, Sumit. Recurrent Intraoral Herpes (RIH) Infection – A Case Report. Biomedical Journal Of Scientific & Technical Research, [S.L.], v. 1, n. 3, p. 549-551, 1 ago. 2017. Biomedical Research Network, LLC. http://dx.doi.org/10.26717/bjstr.2017.01.000241.

6. BOHÓRQUEZ, Sonia P. et al. Descarga de HSV-1, HSV-2, CMV y EBV en la saliva de receptores de trasplante de precursores hematopoyéticos de la Fundación HOMI - Hospital de la Misericordia, Bogotá, D. C. Biomédica, [S.L.], v. 36, p. 201-210, 19 maio 2016. Instituto Nacional de Salud (Colombia).

7. BORTOLUZZI, Marcelo Carlos et al. Classic Kaposi's Sarcoma (non-hiv-associated) of oral cavity: a case report. Brazilian Journal Of Oral Sciences, [S.L.], v. 16, p. 1-6, 15 dez. 2017. Universidade Estadual de Campinas. http://dx.doi.org/10.20396/bjos.v16i0.8651052.

8. BRICE, David C. et al. LL-37 disrupts the Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus envelope and inhibits infection in oral epithelial cells. Antiviral Research, [S.L.], v. 158, p. 25-33, out. 2018. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.antiviral.2018.07.025.

9. CHI, Ching-Chi et al. Interventions for prevention of herpes simplex labialis (cold sores on the lips). Cochrane Database Of Systematic Reviews, [S.L.], 130 p., 7 ago. 2015. Wiley. http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd010095.pub2.

10. CLARKSON, Earl; MASHKOOR, Fatima; ABDULATEEF, Saif. Oral Viral Infections. Dental Clinics Of North America, [S.L.], v. 61, n. 2, p. 351-363, abr. 2017. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2016.12.005.

11. COLE, Shannon. Herpes Simplex Virus: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Nursing Clinics Of North America, [S.L.], v. 55, n. 3, p. 337-345, set. 2020. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2020.05.004.

12. DANTAS MARTINS, Helder Domiciano et al . Acute herpetic gingivostomatitis in adult patients. Rev Cubana Estomatol, Ciudad de La Habana , v. 55, n. 4, p. 1-6, dic. 2018 . Disponible en

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072018000400010&lng=es&nrm=iso>. accedido en 28 oct. 2020.

13. DIEBOLD, Stephanie; OVERBECK, Michael. Soft Tissue Disorders of the Mouth. Emergency Medicine Clinics Of North America, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 55-68, fev. 2019. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2018.09.006.

14. ESCALONA, Laura et al. Detection of EBV, CMV and HSV-1 in subgingival samples of HIV positive and negative patients with chronic periodontitis. Journal Of Oral Research, [S.L.], v. 5, n. 4, p. 168-174, 30 jun. 2016. Facultad de Odontologia, Universidad de Concepcion. http://dx.doi.org/10.17126/joralres.2016.036.

15. ESTRADA-PEREIRA, Gladys Aída et al. Diagnóstico clínico y citopatológico del virus del herpes simple bucal en pacientes con trasplante de riñón. Medisur, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 95-102, abr. 2019. Disponível em: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3816. Acesso em: 15 set. 2020.

16. FATAHZADEH, Mahnaz. Oral Manifestations of Viral Infections. Atlas Of The Oral And Maxillofacial Surgery Clinics, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 163-170, set. 2017. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.cxom.2017.04.008.

17. FERNÁNDEZ-LÓPEZ, Claudia et al. Lesiones otorrinolaringológicas secundarias al sexo oral. Acta Otorrinolaringológica Española, [S.L.], v. 68, n. 3, p. 169-180, maio 2017. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2016.04.003.

18. FLORES-HIDALGO, Andres et al. Considerations in the diagnosis of oral hairy leukoplakia—an institutional experience. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology And Oral Radiology, [S.L.], v. 125, n. 3, p. 232-235, mar. 2018. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2017.10.017.

19. GARZINO-DEMO, Paolo et al. Oral Localization of Kaposi Sarcoma. Journal Of Craniofacial Surgery, [S.L.], v. 28, n. 6, p. 545-547, set. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). http://dx.doi.org/10.1097/scs.0000000000003838.

20. GREENSPAN, Js et al. Hairy leukoplakia; lessons learned: 30-plus years. Oral Diseases, [S.L.], v. 22, p. 120-127, abr. 2016. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/odi.12393.

21. GUIDRY, Jt et al. Epstein-Barr virus in the pathogenesis of oral cancers. Oral Diseases, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 497-508, 18 abr. 2017. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/odi.12656.

22. HARRIS, John Brock; HOLMES, Amy P. Neonatal Herpes Simplex Viral Infections and Acyclovir: An Update. J Pediatr Pharmacol Ther., [s. l.], v. 22, n. 2, p. 88-93, Mar./Abril 2017. DOI 10.5863/1551-6776-22.2.88. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5410863/. Acesso em: 26 set. 2020.

23. HETTMANN, Andrea et al. Infectious Agents Associated with Head and Neck Carcinomas. Advances In Experimental Medicine And Biology, [S.L.], p. 63-80, 2015. Springer International Publishing. http://dx.doi.org/10.1007/5584_2015_5005.

24. HUANG, Chiung-Tang; CHEN, Hsin-I; LIN, Sheng-Fung. Chronic mucocutaneous herpes simplex virus. Kaohsiung Journal of Medical Sciences, [s. l.], v. 31, p. 335-336, 11 maio 2015. DOI

https://doi.org/10.1016/j.kjms.2015.04.005. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/j.kjms.2015.04.005. Acesso em: 15 set. 2020.

25. IGUERAS, Scarlette Hernández et al. Virus en patología pulpar y periapical. Revisión de la literatura. Endodoncia, Madrid, v. 33, n. 22, p. 37-43, jun. 2015.

26. IVANOVSKA-STOJANOSKA, Marija et al. Detection of Virus Herpes Simplex Type 1 in Patients with Chronic Periodontal Disease. Open Access Macedonian Journal Of Medical

Sciences, [S.L.], v. 6, n. 9, p. 1737-1741, 24 set. 2018. ID Design 2012/DOOEL Skopje. http://dx.doi.org/10.3889/oamjms.2018.307.

27. KAUR, Rupinder et al. A rare case report and appraisal of the literature on spontaneous tooth exfoliation associated with trigeminal herpes zoster. Oral And Maxillofacial Surgery, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 331-336, 6 maio 2016. Springer Science and Business Media LLC. http://dx.doi.org/10.1007/s10006-016-0561-6.

28. KHAN, Nabeel et al. The Severity of Herpes Zoster in Inflammatory Bowel Disease Patients Treated With Anti-TNF Agents. Inflammatory Bowel Diseases, [S.L.], v. 24, n. 6, p. 1274-1279, 7 mar. 2018. Oxford University Press (OUP). http://dx.doi.org/10.1093/ibd/izx115.

29. KHOSROPANAH, Hengameh et al. Quantification of Epstein-Barr Virus and Human Cytomegalovirus in Chronic Periodontal Patients. Jundishapur Journal Of Microbiology. [S.L.], 30 jun. 2015.

30. LUBIÁN LÓPEZA, Simón et al. Parálisis facial neonatal: identificación del virus del herpes simple 1 en el líquido cefalorraquídeo. caso clínico. Archivos Argentinos de Pediatria, [S.L.], v. 116, n. 3, p. 468-470, 1 jun. 2018. Sociedad Argentina de Pediatria. http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.e468.

31. MAINVILLE, Gisele N.; MARSH, William L.; ALLEN, Carl M.. Oral ulceration associated with concurrent herpes simplex virus, cytomegalovirus, and Epstein-Barr virus infection in an immunocompromised patient. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology And Oral Radiology, [S.L.], v. 119, n. 6, p. 306-314, jun. 2015. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2014.10.019.

32. MARTINS, Helder Domiciano Dantas et al. Acute herpetic gingivostomatitis in adult patients. Revista Cubana de Estomatología, [S.L.], v. 55, n. 4, p. 1-6, maio 2018.

33. MAYA, Antonio et al. Sarcoma de Kaposi en región oral y maxilofacial, una neoplasia olvidada. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 22-26, jan. 2018. Inspira Network Group. http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2017.02.002.

34. MELO, Jéssica Rivera de et al. Exuberant recurrent herpes labialis in immunocompromised patient – case report. Rsbo, [S.L.], 28 jan. 2015.

35. MINOZZO, Carla Eloisa et al. Gengivoestomatite herpética aguda na primeira infância. [S.L], abr. 2017.

36. MÜNSTEDT, Karsten. Bee products and the treatment of blister-like lesions around the mouth, skin and genitalia caused by herpes viruses—A systematic review.

Complementary Therapies In Medicine, [S.L.], v. 43, p. 81-84, abr. 2019. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2019.01.014.

37. NAGAKEERTHANA, Sunder; RANGARAJ, Murugaiyan. Oral sores: a rare presentation of Herpes zoster. Geriatric Care, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 22-23, 2016. DOI https://doi.org/10.4081/gc.2016.5964. Disponível em: https://www.pagepressjournals.org/index.php/gc/article/view/5964/5789. Acesso em: 27 set. 2020.

38. NAKAMURA, Gabriele Prospero et al. Oral ulcerative lesions in a post-liver-transplantation patient. Autopsy And Case Reports, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 1-5, 2019. Editora Cubo. http://dx.doi.org/10.4322/acr.2018.046.

39. NEWTON, Robert et al. Determinants of Gammaherpesvirus Shedding in Saliva Among Ugandan Children and Their Mothers. The Journal Of Infectious Diseases, [S.L.], v. 218, n. 6, p. 892-900, 12 maio 2018. Oxford University Press (OUP). http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiy262.

40. OTERO, Renata A. et al. LACK OF ASSOCIATION BETWEEN HERPESVIRUS DETECTION IN SALIVA AND GINGIVITIS IN HIV-INFECTED CHILDREN. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, [S.L.], v. 57, n. 3, p. 221-225, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0036-46652015000300007.

41. PEREIRA, Gladys Aída Estrada et al. Terapias oncoespecíficas en pacientes con virus del herpes simple bucal. Medisan, Santiago de Cuba, v. 2, n. 21, p. 165-172, set. 2017.

42. PETTI, Stefano; LODI, Giovanni. The controversial natural history of oral herpes simplex virus type 1 infection. Oral Diseases, [S.L.], v. 25, n. 8, p. 1850-1865, nov. 2019. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/odi.13234.

43. QUEIRÓS, Catarina; DA COSTA, João Borges. Oral Transmission of Sexually Transmissable Infections: A Narrative Review. Acta Med Port, [s. l.], v. 32, n. 12, p. 776-781, Dez 2019. DOI https://doi.org/10.20344/amp.12191. Disponível em: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/12191/5812. Acesso em: 12 set. 2020.

44. SANTOSH, Arvind Babu Rajendra; MUDDANA, Keerthi. Viral infections of oral cavity. Journal of Family Medicine and Primary Care, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 36-42, 28 jan. 2020. DOI 10.4103/jfmpc.jfmpc_807_19. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7014888/#:~:text=Viral%20infections%20of%20the%20oral,of%20patients%20and%20diagnostic%20challenges. Acesso em: 27 set. 2020.

45. SHARIATI, Matin et al. Association between oral lichen planus and Epstein–Barr virus in Iranian patients. Journal Of Research In Medical Sciences, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 24-28, 2018. Medknow. http://dx.doi.org/10.4103/jrms.jrms_438_17.

46. SHAH, Rucha et al. Prevalence of herpesviruses in gingivitis and chronic periodontitis: relationship to clinical parameters and effect of treatment. Journal Of Indian Society Of Periodontology, [S.L.], p. 279-285, 2016. Medknow. http://dx.doi.org/10.4103/0972-124x.179896.

47. SILVA, Amanda Perse da. Desenvolvimento de métodos de diagnóstico, silenciamento gênico e caracterização molecular do vírus herpes simples tipo 1 e herpesvírus humano tipo 6 em pacientes imunocomprometidos do Rio de Janeiro. 2015. 129 f. Monografia (Especialização) - Curso de Biologia Celular e Molecular, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

48. SPEICHER, David J. et al. Diagnostic challenges of oral and cutaneous Kaposi's sarcoma in resource-constrained settings. Journal Of Oral Pathology & Medicine, [S.L.], v. 44, n. 10, p. 842-849, 17 mar. 2015. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/jop.12315.

49. TONOYAN, Lilit et al. New Viral Facets in Oral Diseases: the ebv paradox. International Journal Of Molecular Sciences, [S.L.], v. 20, n. 23, p. 5861-5877, 22 nov. 2019. MDPI AG. http://dx.doi.org/10.3390/ijms20235861.

50. VALE, Daniela Assis do et al. Retrospective analysis of the clinical behavior of oral hairy leukoplakia in 215 HIV-seropositive patients. Brazilian Oral Research, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 0-0, 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107bor-2016.vol30.0118.

51. VARIANI, Giliane Cristina Cantelli Ronaldi et al. AVALIAÇÃO DO EFEITO DE POMADA DE PRÓPOLIS PARA TRATAMENTO DE HERPES LABIAL RECORRENTE – UM ESTUDO PILOTO. Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 13-18, 31 mar. 2017. Universidade Paranaense. http://dx.doi.org/10.25110/arqsaude.v21i1.2017.6071.

52. VERDASCA, Filipa Ribeiro. Transmissão da Infeção HSV-1 da Criança para a Mãe Durante a Amamentação: um caso de gengivostomatite herpética. Gazeta Médica, [S.L.], p. 71-75, 25 maio 2018. Academia CUF. http://dx.doi.org/10.29315/gm.v5i1.145

Capítulo 26

10.37423/220505906

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AOS AGROTÓXICOS DA CLASSE DOS FUNGICIDAS EM UMA POPULAÇÃO DE VITICULTORES

Renata Sano Lini — *Universidade Estadual de Maringá*

Nadya Garcia de Oliveira — *Universidade Estadual de Maringá*

Bruna Giovana Nery — *Universidade Estadual de Maringá*

Raul Gomes Aguera — *Universidade Estadual de Maringá*

Laís Fernanda Ferreira da Silva — *Universidade Estadual de Maringá*

Samuel Botião Nerilo — *Universidade Estadual de Maringá,*

Sílvia Capelari — *Instituto de Desenvolvimento Rural do Paraná*

Magda Lúcia Félix de Oliveira — *Universidade Estadual de Maringá*

Simone Aparecida Galerani Mossini — *Universidade Estadual de Maringá*

Resumo: A exposição crônica aos agrotóxicos pode levar ao desenvolvimento de doenças, e a escassez de informações sobre manifestações clínicas na exposição a longo prazo é uma preocupação atual. Este trabalho teve como objetivo analisar o uso crônico de agrotóxicos da classe dos fungicidas por viticultores de um município do Paraná, região sul do Brasil. Foram entrevistados 192 agricultores familiares, que residiam em 66 propriedades, com instrumentos desenvolvidos segundo o protocolo de avaliação das intoxicações crônicas por agrotóxicos da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Entre os participantes, 45,8% trabalhava há mais de 20 anos na viticultura, utilizando continuamente os fungicidas e apenas 6,8% relatou uso de todos os equipamentos de proteção recomendados para a aplicação dos agrotóxicos. Foram relatados sintomas como irritação cutânea pruriginosa (20,5%) e tremores (12,1%) que podem estar associados a exposição crônica aos fungicidas ditiocarbamatos. A população agricultora familiar carece de assistência à saúde, fato relatado também pela população estudada, evidenciando falhas no serviço de atenção e a necessidade de novas estratégias e tecnologias de acesso a esse grupo.

Palavras-chave: Exposição ocupacional; Agroquímicos; Fungicidas industriais; Saúde pública.

1. INTRODUÇÃO

Agrotóxicos são amplamente utilizados no combate de pragas e doenças para elevar a produtividade agrícola e o Brasil ocupa posição de destaque como consumidor de agrotóxicos no mundo. Segundo o boletim anual do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (2018), mais de 549.000 toneladas de insumo ativo foram consumidos no país em 2018.

O uso excessivo destes produtos acarreta prejuízos à saúde dos agricultores que os manipulam, muitas vezes, sem a proteção adequada (Furlong, et al., 2015; García-García, et al., 2016). No ano de 2019, foram registrados 5.700 casos de intoxicações agudas por agrotóxicos agrícolas, e a maior parte dos eventos se concentraram nas regiões Sul e Sudeste do país (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019). Um indicador que geralmente apresenta subnotificação nas estatísticas dos sistemas de informação de saúde do Brasil, é a prevalência de intoxicação crônica por agrotóxicos (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013). A literatura aponta a relação da exposição crônica ao aparecimento de doenças como Parkinson (Gunnarsson & Bodin, 2019; Mostafalou & Abdollahi, 2013; Van der Mark, et al., 2012; Yan, et al., 2018), distúrbios da tireoide (Mostafalou & Abdollahi, 2013; Medda, et al., 2017; Nascimento, et al., 2018) e problemas respiratórios (Mostafalou & Abdollahi, 2013; Buralli, et al., 2018; Ye, et al., 2017).

Apesar do grande número de estudos envolvendo o aparecimento de doenças e o uso prolongado de agrotóxicos, é difícil encontrar na literatura pesquisas relacionadas às manifestações clínicas em exposição crônica (Lopes & de Albuquerque, 2018). De acordo com o Dossiê elaborado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (Carneiro, 2015), a exposição prolongada à classe dos fungicidas pode causar alterações psicomotoras (tremores), respiratórias (tosse persistente), e dermatológicas (irritação cutânea pruriginosa). A presença destes sinais geralmente antecede o aparecimento de doenças de maior gravidade, e torna importante monitorar a saúde de trabalhadores rurais expostos por vários anos.

São poucos estudos que relacionam o uso prolongado de fungicidas com o aparecimento de sintomas clínicos. Além disso, as pesquisas envolvendo esta classe de agrotóxicos geralmente se limitam a apenas um produto da classe, como o estudo de Medda, et al. (2017) que percebeu relação entre o uso de mancozebe (um fungicida) e efeitos na glândula tireoide de agricultores da Itália.

A cultura da uva, em locais de clima quente e úmido, exige uso intensivo de agrotóxicos principalmente da classe dos fungicidas. Os agricultores que trabalham com essa cultura, quando não utilizam os equipamentos de proteção adequados, estão diariamente expostos aos fungicidas (Mossini, et al., 2017; Rocha, et al., 2015). Neste contexto, a presente proposta foi analisar o uso crônico de fungicidas por viticultores de uma região no noroeste do Paraná.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo seguiu as recomendações metodológicas descritas por Pereira et al. (2018), que traz orientações para melhorar a qualidade de pesquisas científicas. Trata-se de um estudo observacional transversal, na modalidade de estudo de caso, com abordagem qualitativa e quantitativa, realizado em propriedades agrícolas e com agricultor familiar envolvido na cultura da uva, em Marialva – PR, abrangendo a tríade observação-entrevista-coleta de material biológico.

O estado do Paraná é um grande produtor de uva, e dentre os municípios produtores, Marialva é um território vitivinícola com produção de uva convencional, consolidado em nível estadual e nacional e conhecido como a Capital da Uva Fina. O município possui, aproximadamente 35.000 habitantes e localiza-se na região noroeste do Paraná, e apesar de grande produção agrícola, a viticultura realizada no município possui particularidades como a pequena propriedade, a mecanização de baixa tecnologia e principalmente a utilização de mão de obra familiar (Zeneratti, 2019).

O protocolo de avaliação das intoxicações crônicas por agrotóxicos foi utilizado como referencial para contextualização, elaboração do instrumento utilizado para entrevista e discussão dos dados. Este material foi criado como parte de ações da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná para enfrentar a problemática do uso de agrotóxicos, de forma que auxilia os profissionais da área da saúde a direcionar o atendimento, o diagnóstico e a vigilância de casos de intoxicação crônica (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

A seleção dos participantes foi realizada de forma intencional, em parceria com técnicos do Instituto de Desenvolvimento Rural do Paraná (IDR-Paraná) de Marialva, que forneceu a listagem de produtores de uva cadastrados em seu banco de dados.

Dos 76 produtores cadastrados, 48 aderiram à investigação. No entanto, durante o período de deslocamento de membros da equipe de pesquisa de campo nas propriedades rurais dos trabalhadores investigados, para inspeção das condições ambientais e contato inicial com as famílias, 18 viticultores que não estavam cadastrados no banco de dados do IDR-Paraná, solicitaram inclusão

na pesquisa e foram incluídos, totalizando 66 participantes. Consignados os trabalhadores e familiares que conviviam nas propriedades, os participantes no estudo foram 192 pessoas.

A coleta de dados foi realizada durante o ano de 2017, por meio de entrevistas e com o mínimo de duas visitas técnicas às propriedades rurais, com observação não participante, agendada previamente com o produtor. Para a entrevista foram desenvolvidos dois instrumentos, um que continha informações sociodemográficas, presença de doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas, hábitos de vida (tabagismo e consumo de álcool), forma e tempo de contato com agrotóxicos, e uso de equipamento de proteção individual.

O instrumento 2 envolvia informações relacionadas à propriedade de produção familiar como o percentual e a indicação do uso de agrotóxicos, forma de aplicação/ armazenamento/ descarte das embalagens dos agrotóxicos, além de políticas sociais percebidas pela família. Todos os resultados autorreferidos foram compilados para planilhas do software Excel®, onde foi realizada análise descritiva simples.

Para o levantamento de informações sobre o uso de agrotóxicos, foi utilizada a listagem de produtos, com denominação comercial, indicados pelo IDR-Paraná de Marialva aos viticultores, e no momento da entrevista foi perguntado se os mesmos utilizavam estes produtos na propriedade rural. Para o detalhamento do grupo químico e classificação toxicológica dos agrotóxicos foi utilizado o site da Agência de Defesa Agropecuária do Paraná (2019a).

Além da entrevista, também foi realizada a análise da atividade enzimática da colinesterase em sangue total, único parâmetro reconhecido pela legislação brasileira para o monitoramento biológico da exposição ocupacional a agrotóxicos (Ministério do Trabalho e Emprego, 1978). Para esta análise, o sangue foi coletado em tubos de coleta a vácuo de 6,0 mL heparinizados da marca VACUETTE®. Após, as amostras foram enviadas ao Laboratório de Toxicologia da Universidade Estadual de Maringá, sob refrigeração, onde foram processadas e posteriormente submetidas à análise. Quando necessário, as amostras foram congeladas a -20 °C. A determinação da atividade enzimática foi realizada seguindo o método descrito em Ellman, et al. (1961) modificado por Harlin & Ross (1990). A absorbância da reação foi medida em 412nm em espectrofotômetro UV-visível (Shimadzu UV-1601PC).

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, parecer nº 2.068.991.

3. RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta características dos 192 participantes. A maioria eram homens, com média de idade de 47,2±13,1 anos, sendo a faixa etária entre 46 e 60 anos predominante. A maioria possuía ensino fundamental, e poucos possuíam ensino superior; e acima da metade dos viticultores eram "autônomos", caracterizados pela ausência de contribuição com o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. As famílias eram constituídas, em média, por 2,9±1,2 pessoas com renda familiar média de R$2.240,60 (salário mínimo da época R$ 937,00) (Brasil, 2016).

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas de agricultores familiares (n=192) ocupacionalmente expostos a fungicidas. Marialva- PR, 2017.

Variáveis	n (%)	Média ± DP
Idade (anos)		47,2±13,1
18-30	23 (12,0)	
31-45	66 (34,4)	
46-60	69 (35,9)	
>60	34 (17,7)	
Sexo		
Masculino	108 (56,3)	
Feminino	84 (43,8)	
Escolaridade		
Ensino Fundamental C e I	104 (54,2)	
Ensino Médio C e I	75 (39,1)	
Ensino Superior C e I	4 (2,1)	
Não frequentou	4 (2,1)	
NR/NS	5 (2,6)	
Situação no mercado de trabalho		
Aposentado	10 (5,2)	
Autônomo	139 (72,4)	
Empregado não registrado	25 (13,0)	
Empregado registrado	2 (1,0)	
NR/NS	16 (8,3)	
Contribuição do INSS		
Sim	36 (18,8)	
Não	150 (78,1)	
NR/NS	6 (3,1)	
Pessoas na família		2,9±1,2
1 a 5	166 (86,5)	
Mais que 5	4 (2,1)	

NR/NS	22 (11,5)	
Renda familiar (reais)		2.240,60±1.153,80
<1.000	18 (9,4)	
1.000 a 1.999	61 (31,8)	
2.000 a 2.999	50 (26,0)	
≥3.000	39 (20,3)	
NR/NS	24 (12,5)	

n: Quantidade de pessoas; %: Percentual; DP: Desvio padrão; C: Completo; I: Incompleto; NR: Não respondeu; NS: Não sabe. Fonte: Autores.

Os agrotóxicos utilizados pelos viticultores com a respectiva porcentagem de uso, estão listados na Tabela 2, segundo composto ativo, grupo químico e classificação toxicológica segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2015). Todos pertencem à classe dos fungicidas, com exceção da cianamida que é um regulador de crescimento. Todos os fungicidas apresentaram alto percentual de uso, sendo o grupo químico dos ditiocarbamatos o mais citado. É importante destacar que as substâncias listadas se referem àquelas utilizadas no momento da entrevista (exposição recente), porém os entrevistados relataram que estes agrotóxicos são utilizados por eles para a cultura da uva há muitos anos.

Tabela 2: Utilização de fungicidas recomendados para a cultura de uva. Propriedades de agricultores familiares (n=66), Marialva-PR, 2017

		Toxicológica	
Tiofanato metilico	Benzimidazol	V	95,8
Propiconazol e Difenoconazol	Triazol	V	95,3
Piraclostrobina e Metiram	Estrobilurina e Ditiocarbamato	IV	95,3
Mancozebe	Ditiocarbamato	V	93,7
Oxicloreto de cobre	Inorgânico	V	92,1
Benalaxil e Mancozeb	Acilalaninato e Ditiocarbamato	V	88,9
Cimoxanil e Mancozebe	Acetamida e Ditiocarbamato	V	88,4
Fosetyl	Fosfonato	Não Classificado	83,7
Fenamidona	Imidazolinona	V	77,9
Metalaxil-M e Clorotanil	Acilalaninato e Isoftalonitrila	III	72,1
Folpete	Dicarboximida.	V	70,0
Tebuconazol	Triazol	V	66,3
Iprodiona	Dicarboximida	V	65,3
Mancozebe	Ditiocarbamatos	V	59,5
Hidróxido de cobre	Inorgânico	V	46,8
Azoxistrobina e Difenoconazol	Estrobilurina e triazol	V	36,3
Captana	Dicarboximida	IV	26,3

III: Moderadamente tóxico; IV: Pouco tóxico; V: Improvável de causar dano agudo; Não classificado: Produto não classificado como tóxico. Fonte: Autores.

A principal forma de aplicação dos agrotóxicos era por mecanização de baixa tecnologia, pulverizador mecanizado (trator), em 61,7% (n=41) das propriedades. Com relação à orientação para uso de agrotóxicos, 75,0% (n=49) dos produtores disseram que seguiam a indicação de um engenheiro agrônomo na hora da compra. 93,2% (n=62) dos viticultores relataram utilizar o receituário agronômico para a compra dos agrotóxicos e também seguiam as instruções contidas no receituário. Porém, apenas 13,6% (n=9) dos participantes armazenavam os agrotóxicos em local seguro - armário trancado específico para produtos químicos em construção distante da casa onde residem. Em grande parte das propriedades (n=52; 78,3%), os agrotóxicos eram armazenados, juntamente com outros produtos químicos, em local externo à residência, porém não trancado. Os participantes disseram que as embalagens vazias, em 81,7% (n=54) dos casos, eram recolhidas no Centro de Triagem e Reciclagem de Agrotóxicos de Marialva.

Grande parte dos participantes trabalhava há mais de 20 anos na agricultura (n=88; 45,8%), e eram expostos cotidianamente aos agrotóxicos por meio do trabalho (n=174; 90,6%). Poucos (n=13; 6,8%) relataram fazer o uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado de forma integral. A Tabela 3 demonstra o perfil do uso de EPI por esta população.

Tabela 3: Perfil do uso de EPI por população de agricultores familiares (n=192) exposta aos fungicidas. Marialva-PR,2017.

EPI	Percentual
Usam todos os recomendados	6,8
Não usam	38,5
Usam parcialmente	
Luvas	54,7
Botas	46,4
Máscara	38,5
Macacão	25,5
Viseira	12,0

EPI: Equipamento de Proteção Individual. Fonte: Autores.

Com relação ao histórico de agravos e doenças, grande parte dos viticultores relatou hipertensão arterial sistêmica (n=61; 31,8%), transtorno mental menor/ansiedade (n=52; 27,1%) e seis deles relataram neoplasias (3,0%), com realização de cirurgia reparadora de mama, pele, próstata, útero, linfoma (virilha) e intestino.

Os viticultores referiram, no momento da entrevista, outros problemas de saúde crônicos (n=78; 40,6%) e estavam fazendo uso de medicamentos, prescritos ou por automedicação (n=89; 46,4%).

9,9% (n=19) eram tabagistas, e 50,0% (n=96) usuários de bebida alcoólica, embora parte deles não informou o uso nocivo.

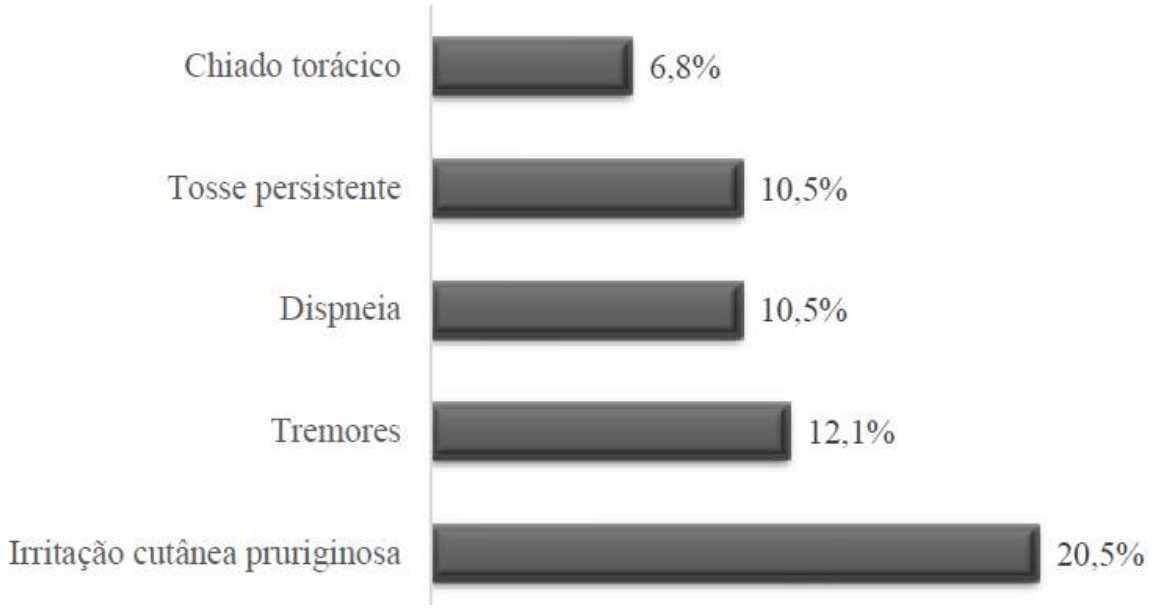
Em relação ao atendimento em saúde, grande parte utilizava o Sistema Único de Saúde (SUS), em hospitais públicos (n=29; 43,3%), ou em unidades básicas de saúde (n=17; 25,0%). Quanto à saúde familiar, apenas 3,3% (n=2) dos agricultores proprietários informaram que pelo menos um membro da família "adoeceu" em 2016, e 10,0% (n=7) declararam que algum familiar necessitou de internamento neste mesmo ano. Em 8,3% (n=6) das propriedades houve morte de pelo menos um familiar também em 2016.

Com relação à percepção dos viticultores quanto às políticas sociais existentes na região envolvendo a agricultura, mais da metade (n=35; 52,5%) sentem-se desamparados, e 59,0% (n=39) relataram sentir-se abandonados. A saúde foi o serviço público em que quase a metade dos produtores (n=30 45,9%) disseram ser pior atendidos. Grande parte (n=55; 83,6%) relatou não receber visita domiciliar periódica de agentes comunitários de saúde, e 86,9% (n=57) não tinham assistência de equipes de Saúde da Família.

Alguns participantes (n=22; 11,5%) relataram já ter se intoxicado de forma aguda com os agrotóxicos utilizados para a cultura da uva, sendo que em 3,1% (n=6) dos casos, a intoxicação ocorreu mais de uma vez. Dos trabalhadores que se intoxicaram, 40,9% (n=9) não procurou qualquer atendimento médico, e daqueles que foram assistidos em serviços de saúde (n=13), em 27,3% (n=4) casos aconteceu em hospital público do município.

As queixas de saúde relatadas pelos viticultores e que poderiam estar associadas à exposição crônica a fungicidas, foram organizadas na Figura 1. A alteração dermatológica/ irritação cutânea pruriginosa foi a queixa mais autorreferida, seguido de alterações psicomotoras/tremores, e sintomas associados ao sistema respiratório. Os agricultores familiares referiram crença de que doenças como câncer e hipotireoidismo teriam relação com uso de agrotóxicos.

Figura 1: Doenças e sintomas citados pelos viticultores que podem estar relacionados à intoxicação crônica por ditiocarbamatos (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).



Fonte: Autores.

Com relação a atividade da enzima colinesterase em sangue total dos viticultores, a média encontrada para os homens foi de 4.4±0.7µmol/ml/min e para as mulheres 4.1±0.5µmol/ml/min. Como os viticultores não ficam afastados da aplicação de agrotóxicos por pelo menos 30 dias, não foi possível realizar a porcentagem de inibição da enzima como estabelecido na legislação brasileira.

4. DISCUSSÃO

Viabilizar o conhecimento sobre uso de agrotóxicos é uma etapa fundamental para regular o uso destes produtos entre os agricultores, o embasamento científico desconstrói algumas crenças e auxilia a mudança de atitudes dos agricultores que são resistentes a alterações na rotina da prática da agricultura convencional.

Assim como observado em outros estudos (Buralli, et al., 2018; Raksanam, et al., 2014; Viana, et al., 2017) a maioria dos trabalhadores envolvidos com o cultivo da uva na região estudada apresentava baixo nível de escolaridade. Estudos, como o de Raksanam, et al. (2014), inferem que o baixo nível de escolaridade atrapalha no entendimento das instruções de segurança contida nas embalagens. Apesar de uma porcentagem significativa de viticultores possuir baixa escolaridade, este fato não foi relacionado com o entendimento dos viticultores acerca do conteúdo das embalagens dos agrotóxicos, porém, pode estar associado com a falta de cuidado com a manipulação dos produtos.

Antes da reclassificação toxicológica realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 2017, a maioria dos produtos utilizados pelos viticultores eram classificados como “extremamente tóxico”, mas após a reclassificação, a categoria V, que se refere aos produtos que são improváveis de causar dano agudo, prevaleceu (Tabela 2) (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2015). A cianamida apresentou maior percentual de uso entre os agricultores. Este regulador de crescimento, utilizado para quebra do período de dormência da planta, é extremamente tóxico sendo que a intoxicação aguda pode causar efeitos severos (Agência de Defesa Agropecuária do Paraná, 2019b). Dentre os fungicidas, a classe dos ditiocarbamatos é a que se fez mais presente no uso da viticultura. Cabe ressaltar que esta classe de fungicida apresenta o metal manganês em sua formulação, sendo este um conhecido causador de problemas neurológicos (Salgado, et al., 1987).

O fato de grande parte desta população seguir a indicação do engenheiro agrônomo e fazer uso do receituário agronômico no momento da compra do agrotóxico, demonstra que os produtores são assistidos por profissionais capacitados mesmo sendo pequenos produtores. Diferente do encontrado por Soares & Porto (2012) que em seu estudo, também realizado no estado do Paraná, observou que pequenas propriedades do estado não tinham assistência técnica adequada.

O armazenamento dos agrotóxicos deve ser feito fora da casa e em local trancado para evitar acidentes (Alencar, 2010). Os entrevistados em sua maioria, mantinham os agrotóxicos em local fora da casa, porém não em local trancado. Quanto ao destino final das embalagens de agrotóxicos, o recomendado é que não sejam descartadas em lixo comum (Brasil, 1989). A maioria dos participantes dão o destino correto às embalagens. A aplicação do agrotóxico por pulverizador mecanizado, associado à entrega das embalagens vazias para o local correto, e a utilização do receituário agronômico por grande parte dos viticultores, revela que a população estudada possui acesso e segue as orientações técnicas fornecidas por profissionais da área.

A maioria dos viticultores se expõe aos agrotóxicos cronicamente, já que grande parte trabalha com agricultura há mais de 20 anos. Tendo em vista esse tempo prolongado de exposição, é preciso levar em conta que estes trabalhadores podem ter sido expostos a uma diversidade de agrotóxicos, e ter o conhecimento exato de todos é extremamente difícil. Outro fator preocupante é o uso do EPI por pequena parte da população, gerando um quadro de exposição crônica agravado pela falta de proteção. Apesar da utilização do EPI recomendado ser uma forma do trabalhador rural se proteger ao manusear os agrotóxicos, a falta do uso destes equipamentos também foi observada em outros

estudos brasileiros que demostram como os agricultores sabem da importância do EPI, entretanto não o utilizam (Sousa, et al., 2016; Viana, et al., 2017).

A maioria dos agrotóxicos, citados por esta população, demanda o uso de macacão, botas, avental, máscara, óculos, touca árabe e luvas. Os viticultores relataram que não fazem uso de todos estes equipamentos por conta do desconforto causado, muitos mencionaram que sentem muito calor e dificuldade em se movimentar enquanto estão trabalhando com os equipamentos.

Já que a falta de adesão ao uso do EPI é um problema observado em outros estudos, é necessário pensar em outros meios de proteger o trabalhador rural. Uma alternativa para promover a segurança, seria substituir e/ou associar o uso dos agrotóxicos a métodos alternativos, como por exemplo, o controle biológico. O IDR-Paraná de Marialva tem orientado os trabalhadores rurais entrevistados a reduzir o número de princípios ativos utilizados na plantação da uva, associando métodos alternativos e evitando o uso de mais de um agrotóxico com a mesma finalidade.

Alguns agricultores relataram casos de intoxicação ocupacional aguda. Pesquisa realizada nesta mesma região do Paraná revela que as intoxicações ocupacionais geralmente ocorrem no meio agrícola e que o agrotóxico representa o agente com maior potencial letal entre os casos de internação hospitalar por intoxicação (Hungaro, et al., 2015). Felizmente os acontecimentos informados não foram letais, e menos da metade dos intoxicados procuraram atendimento médico.

Diferente da intoxicação aguda, a intoxicação crônica dificilmente é identificada e notificada. Faltam instrumentos clínicos que auxiliem o profissional de saúde a diagnosticar este tipo de intoxicação e isso leva a subnotificação destes casos (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013). Alguns dos sintomas relatados pela população de agricultores familiar podem estar relacionados com a exposição crônica aos ditiocarbamatos, porém, são sintomas inespecíficos (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013). Também a presença de algumas doenças relatadas pelos participantes pode estar relacionada com a atividade laboral, os casos de câncer principalmente. As revisões bibliográficas de Kim, et al. (2017) e Mostafalou & Abdollahi (2013) mostram que doenças como asma, diabetes, Parkinson, leucemia e cânceres, podem estar associadas com a exposição crônica aos agrotóxicos.

Com relação ao biomarcador de exposição aos agrotóxicos, como não foi possível determinar o valor de atividade basal dos viticultores, foram utilizados valores de referência obtidos por Nerilo, et al. (2010) em seu estudo com populações expostas e não expostas aos inseticidas inibidores da colinesterase (valor de referência para homens: 5,6µmol/ml/min a 7,0 µmol/ml/min e para mulheres: 4,9 µmol/ml/min a 6,3 µmol/ml/min). Este estudo foi escolhido por ser o único, do conhecimento dos

autores, que apresenta valores de referência para colinesterase em sangue total para a população que reside na região de interesse. A média encontrada neste estudo, tanto para homens quanto para mulheres, ficou abaixo dos valores de referência encontrados no estudo de Nerilo, et al. (2010). Este fato não era o esperado, já que não é recomendado o uso de inseticidas inibidores da colinesterase para a cultura da uva. Uma explicação para o ocorrido seria a exposição ambiental desses viticultores, devido à proximidade das fazendas com outras lavouras que não a uva. Outra seria o uso de mancozebe, um estudo relata que este fungicida, pode apresentar uma fraca atividade anticolinesterásica (Kimura, et al., 2005).

Com relação aos resultados envolvendo a percepção do agricultor familiar quanto as políticas sociais, foi difícil encontrar pesquisas que abordassem esta questão, portanto houve ineficácia na discussão deste tópico. Um dos raros estudos encontrado na literatura brasileira foi de Scardoelli, et al. (2011) que concluiu, em sua pesquisa realizada nesta mesma região, que a alta incidência de intoxicações envolvendo o trabalho com agrotóxicos merece atenção especial, desenvolvimento de estratégias preventivas e planejamento de ações direcionadas para o trabalhador rural.

Os resultados apresentados demonstraram que grande parte desta população depende do SUS, não tem assistência por parte da saúde pública do município, e relataram que a saúde é o serviço público em que a população tem o pior atendimento. Fato que agrava a situação em que a intoxicação crônica não é identificada e muito menos notificada.

O estudo de Buralli, et al. (2018) envolvendo agricultores do estado do Rio de Janeiro, também relatou falhas nos serviços oferecidos por parte da saúde pública. De acordo com o autor, a lei brasileira determina que os trabalhadores rurais devem passar por exames e consultas médicas periódicas, porém na realidade isso não acontece. Os resultados obtidos neste trabalho reforçam que os agricultores não recebem o monitoramento de saúde adequado por parte do poder público.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das limitações de um estudo de caso municipal e da amostragem intencional, esta pesquisa apresenta pontos fortes como: (a) evidência de sintomas relacionados à exposição crônica aos fungicidas entre os participantes do estudo, e ausência de monitoramento com periodicidade pela saúde pública; (b) foi utilizado um documento validado para a elaboração dos instrumentos de coleta de dados e discussão dos resultados (c) o município de estudo é caracterizado por produção familiar;

(d) este trabalho apresenta a percepção dos trabalhadores rurais quanto ao serviço público oferecido pelo município (e) os dados referentes à percepção dos trabalhadores acerca das políticas sociais e saúde, foram apresentados para autoridades da prefeitura do município.

Os resultados obtidos com esta pesquisa reforçam a importância do monitoramento ocupacional periódico dos agricultores, visto que essa população se expõe aos agrotóxicos sem a proteção adequada por muito anos, e apresenta sinais e sintomas que podem estar relacionados a esta exposição.

A falta do uso de EPI por trabalhadores rurais ocorre em outras partes do país e do mundo, portanto, somente a orientação quanto ao perigo não é suficiente para conscientizar esta população a fazerem uso dos equipamentos de proteção. O ideal é seguir para práticas de redução do uso dos agrotóxicos, como o IDR-Paraná de Marialva faz com esta população de viticultores, associando medidas alternativas e diminuindo o uso dos agrotóxicos para assim reduzir a exposição.

Vale ressaltar a importância de novos estudos com esta população e também com outras populações envolvendo a agricultura familiar, já que outros estudos relataram falhas em serviços da área de saúde pública. Sugerimos ações de capacitação às equipes de saúde da atenção primária, que podem ser programadas em cooperação com o município a fim de reduzir os riscos e danos à saúde dos trabalhadores rurais.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, Brasília, Brasil); Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI, Curitiba, Paraná, Brasil); Unidade de Gestão do Fundo do Paraná (SETI/UGF, Curitiba, Paraná, Brasil) número do protocolo [35591.433.38503.22082016] Programa de Extensão "Universidade Sem Fronteiras" (USF) e Instituto de Desenvolvimento Rural do Paraná (IDR-PARANÁ, Marialva, Paraná, Brasil).

REFERÊNCIAS

Agência de Defesa Agropecuária do Paraná (2019a). Agrotóxicos no Paraná. http://celepar07web.pr.gov.br/agrotoxicos/pesquisar.asp

Agência de Defesa Agropecuária do Paraná (2019b). Agrotóxicos- Outros. Dormex. http://www.adapar.pr.gov.br/arquivos/ File/defis/DFI/Bulas/Outros/dormex160218.pdf

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2015). Consulta Pública n° 87, de 2 de outubro de 2015. http://inmetro.gov.br/barreirastecnic as/pontofocal/textos/regulamentos/BRA_648.pdf

Alencar, J. A. (2010). Sistema de Produção - Cultivo da Videira. Normas gerais sobre o uso de agrotóxicos: Embrapa.

Brasil. (1989). Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7802.htm.

Brasil. (2016). Decreto nº 8.948, de 29 de dezembro de 2016. Que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Diário Oficial da União.

Buralli, R. J., Ribeiro, H., Mauad, T., Amato-Lourenço, L. F., Salge, J. M., Diaz-Quijano, F. A., Leão, R. S., Marques, R. C., Silva, D. S., & Guimarães, J. R.

D. (2018). Respiratory Condition of Family Farmers Exposed to Pesticides in the State of Rio de Janeiro, Brazil. Int J Environ Res Public Health, 15(6). https://doi.org/10.3390/ijerph15061203

Carneiro, F. F. (2015). Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde: EPSJV/Expressão Popular.

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. (2019). Intoxicação Exógena – Notificações registradas no SINAN NET – Brasil.

http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/Intoxbr.def

Ellman, G. L., Courtney, K. D., Andres, V., Jr., & Feather-Stone, R. M. (1961). A new and rapid colorimetric determination of acetylcholinesterase activity.

Biochem Pharmacol, 7, 88-95. https://doi.org/10.1016/0006-2952(61)90145-9

Furlong, M., Tanner, C. M., Goldman, S. M., Bhudhikanok, G. S., Blair, A., Chade, A., Comyns, K., Hoppin, J. A., Kasten, M., Korell, M., Langston, J. W., Marras, C., Meng, C., Richards, M., Ross, G. W., Umbach, D. M., Sandler, D. P., & Kamel, F. (2015). Protective glove use and hygiene habits modify the associations of specific pesticides with Parkinson's disease. Environ Int, 75, 144-150. https://doi.org/10.1016/j.envint.2014.11.002

García-García, C. R., Parrón, T., Requena, M., Alarcón, R., Tsatsakis, A. M., & Hernández, A. F. (2016). Occupational pesticide exposure and adverse health effects at the clinical, hematological and biochemical level. Life Sci, 145, 274-283. https://doi.org/10.1016/j.lfs.2015.10.013

Gunnarsson, L. G., & Bodin, L. (2019). Occupational Exposures and Neurodegenerative Diseases-A Systematic Literature Review and Meta-Analyses. Int J Environ Res Public Health, 16(3). https://doi.org/10.3390/ijerph16030337

Harlin, K. S., & Ross, P. F. (1990). Enzymatic-spectrophotometric method for determination of cholinesterase activity in whole blood: collaborative study. J Assoc Off Anal Chem, 73(4), 616-619.

Hungaro, A. A., Correia, L. M., Santos Silvino, M. C., Moura Rocha, S., Ferreira Martins, B., & de Oliveira, M. L. F. (2015). Pesticide poisoning: records of a toxicological assistance sentinel service. Ciencia, Cuidado e Saude, 14(3).

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (2018). Relatórios de comercialização de agrotóxicos/ Boletins anuais/ Boletim de 2018. https://www.ibama.gov.br/agrotoxicos/relatorios-de-comercializacao-de-agrotoxicos

Kim, K. H., Kabir, E., & Jahan, S. A. (2017). Exposure to pesticides and the associated human health effects. Sci Total Environ, 575, 525-535. https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2016.09.009

Kimura, K., Yokoyama, K., Sato, H., Nordin, R. B., Naing, L., Kimura, S., Okabe, S., Maeno, T., Kobayashi, Y., Kitamura, F., & Araki, S. (2005). Effects of pesticides on the peripheral and central nervous system in tobacco farmers in Malaysia: studies on peripheral nerve conduction, brain-evoked potentials and computerized posturography. Ind Health, 43(2), 285-294. https://doi.org/10.2486/indhealth.43.285

Lopes, C. V. A., & de Albuquerque, G. S. C. (2018). Agrochemicals and their impacts on human and environmental health: a systematic review. Saúde em Debate, 42, 518-534.

Medda, E., Santini, F., De Angelis, S., Franzellin, F., Fiumalbi, C., Perico, A., Gilardi, E., Mechi, M. T., Marsili, A., Citroni, A., Leandri, A., Mantovani, A., Vitti, P., & Olivieri, A. (2017). Iodine nutritional status and thyroid effects of exposure to ethylenebisdithiocarbamates. Environ Res, 154, 152-159. https://doi.org/10.1016/j.envres.2016.12.019

Ministério do Trabalho e Emprego (1978). Norma regulamentadora NR 7 - Programa de controle médico de saúde ocupacional. Publicada na Portaria SEPRT n.º 6.734, de 10 de março de 2020. https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-07.pdf.

Mossini, S. A. G.; Nishiyama, P. & Machado, P. A. L. (2017). Agrotóxicos - aspectos gerais e implicações para a saúde humana. Em: Villalobos JUG, Fazolli SA, editors. Agrotóxicos. um enfoque multidisciplinar. EDUEM p. 63-83.

Mostafalou, S., & Abdollahi, M. (2013). Pesticides and human chronic diseases: evidences, mechanisms, and perspectives. Toxicol Appl Pharmacol, 268(2), 157-177. https://doi.org/10.1016/j.taap.2013.01.025

Nascimento, S., Göethel, G., Gauer, B., Sauer, E., Nardi, J., Cestonaro, L., Correia, D., Peruzzi, C., Mota, L., Machry, R. V., Furlanetto, T. W., Saint' Pierre, T., Gioda, A., Arbo, M. D., & Garcia, S. C. (2018).

Exposure to environment chemicals and its possible role in endocrine disruption of children from a rural area. Environ Res, 167, 488-498. https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.07.039

Nerilo, S. B. (2010). Atividade da acetilcolinesterase e butirilcolinesterase de indivíduos expostos e não expostos a inseticidas inibidores da colinesterase (Dissertação). Universidade Estadual de Maringá.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J. & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da Pesquisa Científica. UFSM.

Raksanam, B., Taneepanichskul, S., Robson, M. G., & Siriwong, W. (2014). Health risk behaviors associated with agrochemical exposure among rice farmers in a rural community, Thailand: a community-based ethnography. Asia Pac J Public Health, 26(6), 588-595. https://doi.org/10.1177/1010539512466426

Rocha, G. H., Lini, R. S., Barbosa, F., Jr., Batista, B. L., de Oliveira Souza, V. C., Nerilo, S. B., Bando, E., Mossini, S. A. G., & Nishiyama, P. (2015). Exposure to heavy metals due to pesticide use by vineyard farmers. Int Arch Occup Environ Health, 88(7), 875-880. https://doi.org/10.1007/s00420-014-1010-1

Salgado, P. E. T.; Larini, L. & Lepera, J. S. (1987) Metais. Em: Larini L. Toxicologia. Segunda edição. Manole p. 114-135.

Scardoelli, M. G. C., Buriola, A. A., de Oliveira, M. L. F., & Waidman, M. A. P. (2011). Intoxicações por agrotóxicos notificadas na 11ª regional de saúde do estado do Paraná. Ciência, Cuidado e Saúde, 10(3), 549-555.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Vigilância em Saúde, Centro Estadual de Saúde do Trabalhador. (2013). Protocolo de avaliação das intoxicações crônicas por agrotóxico crônicas por agrotóxico. Curitiba.

Soares, W. L., & Porto, M. F. (2012). Pesticide use and economic impacts on health. Rev Saude Publica, 46(2), 209-217. https://doi.org/10.1590/s0034- 89102012005000006

Sousa, J. A., Feitosa, H. O., Carvalho, C. M., Pereira, C. F., Feitosa, S. O., & Silva, S. L. (2016). Percepção dos produtores rurais quanto ao uso de agrotóxicos.

Revista Brasileira de Agricultura Irrigada, 10(5), 976-989.

Van der Mark, M., Brouwer, M., Kromhout, H., Nijssen, P., Huss, A., & Vermeulen, R. (2012). Is pesticide use related to Parkinson disease? Some clues to heterogeneity in study results. Environ Health Perspect, 120(3), 340-347. https://doi.org/10.1289/ehp.1103881

Viana, L. S., Queiroz, I. F. R., Ribeiro, M. A., Albuquerque, I. M. A. N., & Neto, F. R. G. X. (2017). Contextualizando a realidade do uso de agrotóxicos na agricultura familiar. Extensão em Ação, 1(13), 54-68.

Yan, D., Zhang, Y., Liu, L., Shi, N., & Yan, H. (2018). Pesticide exposure and risk of Parkinson's disease: Dose-response meta-analysis of observational studies.

Regul Toxicol Pharmacol, 96, 57-63. https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2018.05.005

Ye, M., Beach, J., Martin, J. W., & Senthilselvan, A. (2017). Pesticide exposures and respiratory health in general populations. J Environ Sci (China), 51, 361- 370. https://doi.org/10.1016/j.jes.2016.11.012

Zeneratti, F. L. (2019). Cooperativismo e recriação camponesa: contribuições e limites dos modelos de cooperativismo empresarialista e camponês na mesorregião norte central paranaense (resumo de tese). Bol. geogr. 37(3), 279-280.

Capítulo 27

10.37423/220505913

INDICADORES DO PMAQ-AB E O DESEMPENHO DAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO NORTE MINEIRO

DULCE PIMENTA GONÇALVES — *SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS*

Maria Clara Lélis Ramos Cardoso — *Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.*

Thatiane Laís Santos Silva — *Faculdades Pitágoras (FIP-MOC). Montes Claros, MG, Brasil*

Tatiana Almeida de Magalhães — *SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS*

Priscilla Durães de Carvalho — *SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS*

Priscila Pimenta Oliveira Aguiar — *SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS*

Aline Lara Cavalcante Oliva — *SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS*

Leonardo Félix Oliveira — *SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS*

Daniella Cristina Martins Dias Veloso — *SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS*

Alisson Araújo — *Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), Campus Centro Oeste Dona Lindu. Divinópolis, MG,*

Resumo: Introdução: A Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade e a residência Multiprofissional em Saúde da Família contribuem, para além do aprendizado, à qualidade do atendimento à comunidade, e a avaliação desse processo mantém a qualidade do serviço, sendo os indicadores instrumentos que permitem planejamentos em saúde. Objetivo: Avaliar o desempenho da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade e residência Multiprofissional em Saúde da Família da Atenção Básica pelo monitoramento dos indicadores de qualidade do PMAQ-AB. Métodos: Realizou-se estudo transversal com análise da série histórica de dados secundários do PMAQ-AB (2011 a 2013) referentes aos indicadores do 1º e 2º ciclo das equipes com residentes e ou egressos da residência da Atenção Básica. Realizou-se análise descritiva, com frequência absoluta e relativa, e média e desvio padrão dos dados. Resultados: 38,6% das equipes no 1º ciclo e 34,66% do 2º ciclo apresentavam egressos da residência. Atendimentos de pré-natal média de 8,75 (±2,24), gestantes com pré-natal em dia, média de 91,43% (±8,91). Crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo, 82,51% (±13,17) e 93,91% (±6,59) de crianças menores de um ano com vacina em dia. Pessoas com diabetes 60,27% (±16,28) e hipertensão 61,31% (±12,04). Conclusão: O estudo evidenciou predominância de avaliação positiva das equipes avaliadas acerca dos indicadores da saúde da mulher, criança, produção geral e avaliação externa, porém alcançou baixo desempenho no indicador de doenças crônicas.

Palavras-chave: Indicadores Básicos de Saúde; Internato e Residência; Avaliação dos Serviços de Saúde; Avaliação de Desempenho Profissional.

INTRODUÇÃO

A Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade (RMMFC) e residência Multiprofissional em Saúde da Família possibilitam aos profissionais, além do aprendizado, uma integração efetiva do processo ensino, serviço e comunidade, tendo como objetivos a mudança de paradigmas acerca das práticas profissionais e da própria organização do processo laboral, adquirindo uma segurança profissional e consciência das prioridades de saúde local de modo a proporcionar melhores condições de trabalho e elevar o padrão de qualidade do atendimento institucional beneficiando a comunidade.[1-3] Além disso, as residências também podem valorizar o profissional e melhorar a qualidade dos indicadores de saúde[4] que poderão auxiliar na criação de estratégias para as ações de melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), tanto para as equipes participantes quanto para os gestores das três esferas de governo.[5]

Na AB, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem objetivo a promoção, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos com a população adstrita com ações que podem reduzir e controlar as morbidades dos usuários, garantindo a acessibilidade e qualidade das práticas cotidianas,[6-9] é o cenário perfeito as residências que atuam em equipes multiprofissionais em saúde da família e comunidade.

Para garantir a qualidade da assistência à saúde da AB, criou-se a necessidade de mecanismos de avaliação do processo e qualificação do trabalho,[10] e o Ministério da Saúde (MS) instituiu, pela Portaria nº 1.654/ 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), com o objetivo de qualificar a AB através de padrões de qualidade com indicadores de saúde comparáveis a nível local, regional e nacional, a fim de refletir na maior eficácia dos serviços de saúde com identificação de gargalos nos processos de trabalho das equipes multiprofissionais e no acesso à saúde por parte dos usuários. Dessa maneira, há de se promover uma melhoria da qualidade da assistência à comunidade, bem como uma maior transparência das ações governamentais.[7,11-13]

O PMAQ-AB é organizado em quatro fases avaliativas e inter-relacionadas, que inclui processos de autoavaliação, desenvolvimento de ações e reavaliação/repactuação.[7,11] Ao final desse processo, é possível reconhecer o resultado através dos indicadores de saúde de cada equipe participante,14 e, estes, são fortes instrumentos para monitoramento e análise da realidade da assistência em saúde da APS.[15]

Considerando a seriedade de dados nacionais que permitam uma melhor avaliação do desempenho das Residências para a AB, este estudo vai ao encontro das políticas de gestão dos serviços de saúde prestados pelos profissionais com residência/pós-graduandos e a integração das instituições de ensino superior aos serviços de assistência à saúde, uma vez que existe uma lacuna no conhecimento desses dados no município, bem como a escassez do mesmo na literatura brasileira sobre uma resposta efetiva da formação multiprofissional na saúde e qualificação desses residentes.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo avaliar o desempenho da RMMFC e residência Multiprofissional em Saúde da Família na APS do município de Montes Claros-MG, através do monitoramento dos indicadores do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB e sua comparação com a média do município, estado e Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa referente aos indicadores considerados resultados produzidos no 1º e 2º ciclo de implantação, considerados resultados produzidos do PMAQ-AB de equipes com RMMFC e residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de Montes Claros, localizado ao norte de estado de Minas Gerais. O município contempla a macrorregião norte de saúde e possuía 361.915 habitantes e uma área equivalente a 3.582 km2 à época da avaliação do PMAQ,16 com cobertura populacional estimada de 71,4% da Atenção Básica.17

A população de estudo foram as equipes da ESF que atuavam residentes (RMMFC/Multiprofissional em Saúde da Família) ou egressos dessas residências e que participaram do 1º ciclo de vigência do PMAQ-AB (2011-2012) e ou do 2º Ciclo PMAQ-AB (2013-2014) no município. Em 2011, no 1º ciclo, existiam no município 63 equipes de Saúde da Família, sendo que, dessas, 44 (69,84%) foram avaliadas pelo PMAQ-AB. Já no 2º ciclo em 2013 existia um total de 75 equipes, e 100% delas passaram pela referida avaliação. Portanto, fizeram parte desse estudo 17 equipes do 1º e 26 equipes do 2º ciclo que atenderam aos critérios de inclusão.

As informações para a análise dos indicadores caracterizam-se como secundárias e são provenientes da base de dados do e-gestor Atenção Básica do MS - PMAQ-AB, com período de coleta compreendido entre março e julho de 2017. Avaliou-se a série histórica de dados secundários (2011 a 2013) dos indicadores de desempenho de qualidade do Relatório Descritivo do PMAQ-AB do 1º e 2º ciclo. Foram utilizados os seguintes indicadores como seguintes varáveis*: I - Avaliação dos indicadores de desempenho* (organizados em quatro itens: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Doenças Crônicas e

Produção geral) e II - *Avaliação externa dos padrões de qualidade* das Equipes de Atenção Básica organizados em cinco dimensões, porém para este estudo serão utilizadas três dimensões (Valorização dos Padrões de Qualidade; Acesso e Qualidade da Atenção e Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do usuário).[11,12]

Foram realizadas análises descritivas com a apresentação de médias e desvio padrão para as variáveis dos indicadores de desempenho, bem como frequências absolutas e relativas para as variáveis da avaliação externa das equipes. Os resultados obtidos, no período avaliado pela série histórica (2011 a 2013), foram comparados com os respectivos parâmetros mínimos estabelecidos pelo PMAQ-AB/MS de acordo com a média aritmética de cada indicador avaliado, assim como também comparações com as médias Municipal, Estadual e Federal.18 Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do programa SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0.

Este estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) pelo parecer número 2.074.086 e com o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros para obtenção dos dados.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam para uma avaliação positiva das equipes que participantes da AB, pois no geral apontaram média superior do município, estado ou Brasil em alguns indicadores do PMAQ-AB.

Foram aferidos quatro indicadores de *Avaliação de desempenho* do PMAQ-AB (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Doenças Crônicas e Produção geral) e três dimensões da *Avaliação externa dos padrões de qualidade* das Equipes de AB (valorização dos padrões de qualidade; acesso e qualidade da atenção; e acesso, utilização, participação e satisfação do usuário).

O primeiro componente avaliado neste estudo são os Indicadores da Saúde *da Mulher*, que alcançaram, em sua maioria, um desempenho satisfatório em quase todos os indicadores de qualidade do PMAQ (Tabela 1).

A média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada das equipes avaliadas neste estudo foi superior às médias do município, estado e Brasil (Tabela 1). Estudo prévio apontou que a proporção de mulheres que realizaram seis ou mais consultas durante a gestação foi maior entre as de mais idade, as brancas, as de renda mais alta, moradoras na Região Sul do Brasil e em municípios de menor porte.19 Um estudo de base nacional mostrou que existe uma universalidade de acesso no que diz

respeito à cobertura da assistência pré-natal no Brasil, com valores elevados em todas as regiões do país e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas, contudo, a adequação dessa assistência é ainda baixa.[20]

Quanto ao indicador de Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, as equipes pesquisadas apresentaram resultados próximos à média do estado, o que demonstra o alto nível das equipes, uma vez que o estado está acima da média nacional em quase todos os quesitos avaliados.

Tabela 1. Média e Desvio Padrão dos indicadores do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB do Saúde da Mulher das equipes com resi- dentes e/ou egressos das Residências RMMFC ou Multiprofissional em Saúde da Família do município de Montes Claros/MG.

Indicadores Avaliados	Média/desvio padrão Residentes/Egressos Residência		Médias dos indicadores nas três esferas referente ao 2º Ciclo		
	1º Ciclo*	2º Ciclo**	Município	Estado	Brasil
Saúde da Mulher					
Proporção Gestantes cadastradas (sobre as estimadas)	49,68 (±11,89)	47,94 (±16,12)	48,55	57,16	52,25
Média de atendimentos de pré-natal por gestante	** *	8,75 (±2,24)	8,18	6,20	7,14
Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	89,93 (±8,95)	86,11 (±8,96)	86,32	86,52	83,73
Proporção de gestantes com pré-natal em dia	91,43 (±8,91)	92,44 (±6,52)	92,01	93,22	92,00
Proporção de gestantes com vacina em dia	94,40 (±7,28)	92,14 (±8,69)	92,00	94,37	93,67
Proporção de gestantes com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais	79,26 (±35,92)	0,16 (±0,08)	0,016	0,05	0,06

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2017; * 1º ciclo-participaram 17 equipes; ** 2º ciclo- participaram 26 equipes; *** Sem avaliação nesse indicador.

Destaca-se que no parâmetro de 80% ou mais de cobertura infere-se a captação precoce das gestantes, fator essencial para um bom prognóstico gestacional, evitando condições que causam vulnerabilidade à saúde da gestante e consequentemente da criança.[11]

Estudo prévio realizado em Montes Claros-MG acerca do monitoramento do indicador Saúde da Mulher em equipes com Residência aponta que a maioria das equipes pesquisadas (52,9%) apresentou resultado satisfatório em relação ao indicador "Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre" garantindo a longitudinalidade do cuidado.[21]

No que se refere ao indicador de Proporção de Gestantes com vacina em dia, as equipes selecionadas obtiveram proporções bem próximas ao do município, estado e Brasil. Estudo anterior revelou que a atualização da vacina antitetânica em gestantes foi significativamente maior entre as de mais idade, as não brancas, as residentes em municípios de médio porte e com menor índice de desenvolvimento humano (IDH).[19]

Com relação à realização de exames preventivos (citopatológico) em gestantes, na faixa etária 15 anos ou mais, notou-se uma desproporção acentuada na média (79,26) do 1º ciclo em relação à média (0,16) do 2º ciclo, dificultando uma comparação dos resultados com as três esferas do governo (Tabela 1). É possível que a modificação na forma de calcular esse indicador ocorrida entre 2011 a 2013 tenha colaborado para tal dificuldade.

Outra justificativa para essa discrepância nos resultados entre o 1º e 2º ciclo seria que, para a faixa etária de 15 anos ou mais, não há parâmetro consensual para análise deste indicador, pois o parâmetro de 0,3 refere-se exclusivamente à população-alvo do programa (25 a 64 anos), dentro da frequência preconizada pelo MS.[22] Ressalta-se que, além o câncer de colo de útero em mulheres mais novas ter menor incidência, evidências científicas apontam que o rastreamento desse tipo de câncer em mulheres com mais jovens tem menor eficiência do que em mulheres com maior idade.[5,23]

Quanto aos indicadores de *Saúde da Criança* (Tabela 2), as equipes avaliadas nesse estudo declinaram seus desempenhos no quesito proporção de crianças menores de dois anos pesadas de 74,46% no 1º ciclo para 65,58% no 2º ciclo, bem como números médios de consultas médicas para menores de um e cinco anos que ficaram abaixo dos parâmetros estadual e nacional (Tabela 2).

Tabela 2. Média e Desvio Padrão dos indicadores do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB do Saúde da Criança das equipes com residentes e/ou egressos das Residências RMMFC ou Multiprofissional em Saúde da

Média de consultas puericultura/criança	***	6,16 (±3,53)	6,20	4,65	5,24
Indicadores Avaliados	**Média/desvio padrão Residentes/Egressos Residência**		**Médias dos indicadores nas três esferas referente ao 2º Ciclo**		
	1º Ciclo*	**2º Ciclo****	**Município**	**Estado**	**Brasil**
Saúde da Criança					
Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo	82,51 (±13,17)	83,93 (±11,32)	82,11	76,79	73,76
Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia	93,91 (±6,59)	91,07 (±7,57)	92,14	95,79	95,42
Proporção de crianças menores de dois anos pesadas	74,46 (±16,41)	65,58 (±16,05)	67,92	86,07	87,24
Média de consultas médicas para menores de um ano	***	2,59 (±1,78)	2,89	4,10	3,75
Média de consultas médicas para menores de cinco anos	***	1,98 (±0,88)	1,93	2,14	2,23

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2017; * 1º ciclo-participaram 17 equipes; ** 2º ciclo-participaram 26 equipes; *** Sem avaliação nesse indicador.

Um estudo realizado no município de Montes Claros-MG afirma que existe uma sobrecarga de atividades no serviço de referência, no caso a ESF,[24] assim como outros estudos que também corroboram com esses achados.[25,26] Os resultados insatisfatórios nesse indicador podem estar relacionados à complexidade da assistência à saúde da criança, o que evidencia a existência de lacunas

e limites no cuidado, nas relações organizacionais e administrativas, no fortalecimento das políticas públicas estaduais e municipais.[27]

Outro fator que pode estar relacionado a este achado é a possível influência das áreas sem cobertura do profissional Agente Comunitário de Saúde no município, no período da avaliação do PMAQ-AB, haja vista que este profissional é responsável em fazer a ligação da população com a equipe e a busca ativa desta, focando na promoção e na prevenção de agravos de doenças.

Os demais indicadores de *Saúde da Criança* neste estudo tiveram resultados próximos às demais média municipal, ou maiores que as médias do estado e do Brasil, estes dados corroboraram os resultados de um estudo desenvolvido em um município do Rio de Janeiro.[28]

Nos indicadores relacionados à *Atenção às Doenças Crônicas* não transmissíveis (Tabela 3) nota-se que a proporção de diabéticos cadastrados pelas equipes polo avaliadas sofreu mudança positiva do 1º para o 2º ciclo, passando de 57,52% (±13,69) para 60,27% (±16,28). Este resultado está próximo dos parâmetros preconizados pelo MS,[29] que recomenda que pelo menos 65% dos diabéticos estimados deveriam ser acompanhados pelas equipes de atenção básica, entretanto, os resultados dos indicadores deste estudo ainda são menores quando comparados com as médias estadual e nacional.

A proporção de hipertensos cadastrados neste estudo encontra-se acima da média do município, que foi de 58,19%, contudo, apresenta-se abaixo das médias estadual e nacional. Estudo realizado em Santa Catarina expõe o aumento da carga de doenças crônicas para a população brasileira, bem como os prejuízos para a população em virtude das complicações à saúde.[30]

Em resumo, os indicadores de *Doenças Crônicas*: *Hipertensão e Diabetes*, das equipes avaliadas do município de Montes Claros tiveram números inferiores às médias estadual e nacional em todos os indicadores avaliados. Na proporção de pessoas diabéticas e hipertensas cadastradas, os números encontrados por essas equipes superaram as demais do município, mas, mesmo assim, estiveram bem abaixo das médias estadual e federal (Tabela 3).

Tabela 3. Média e Desvio Padrão dos indicadores do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB de Doenças Crônicas das equipes com residentes e/ou egressos das Residências RMMFC ou Multiprofissional em Saúde da Família do município de Montes Claros/MG.

Indicadores Avaliados	Média/desvio padrão Residentes/Egressos Residência		Médias dos indicadores nas três esferas referente ao 2º Ciclo		
	1º Ciclo*	2º Ciclo**	Município	Estado	Brasil
Doenças Crônicas					
Proporção de pessoas com diabetes	57,52 (±13,69)	60,27 (±16,28)	59,81	76,46	73,68
Proporção de pessoas com hipertensão	61,31 (±12,04)	59,47 (±16,03)	58,19	77,97	74,00
Média de atendimentos por diabético	***	3,95 (±2,24)	4,29	4,59	5,33
Média de atendimentos por hipertenso	***	2,87 (±1,63)	3,19	3,29	3,93

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2017; * 1º ciclo-participaram 17 equipes; ** 2º ciclo-participaram 26 equipes; *** Sem avaliação nesse indicador.

Quanto ao indicador de *Atendimentos para Diabéticos e Hipertensos*, as equipes avaliadas se mantiveram abaixo das médias municipal, estadual e federal no 2º ciclo (Tabela 3). Dessa forma, esse resultado pode estar relacionado à influência das ações específicas da grade curricular do residente e que compromete um terço do tempo disponível das atividades da AB. Cabe ressaltar que essas ações são exclusivas da Residência e não fazem parte das atividades estabelecidas para a AB.

Por fim, a adequação destes indicadores está associada a uma maior qualificação das equipes de saúde para os atendimentos específicos às doenças, melhoria nas condições dos atendimentos e dos acessos, além da realização de atividades de conscientização sobre a doença com a concomitante busca ativa dos pacientes.[11]

Com relação aos indicadores de desempenho para a área estratégica *Produção Geral* (Tabela 4), nota-se que os resultados obtidos no município estão acima das médias estadual e nacional, com exceção da média do 1º ciclo de consultas médicas por demanda agendada. Para as equipes avaliadas nos dois ciclos, os resultados obtidos no 1º ciclo são superiores aos do 2º em quase todos os indicadores, havendo supremacia apenas na porcentagem de consultas médicas de demanda agendada (Tabela 4).

Tabela 4. Média e Desvio Padrão dos indicadores do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB de Produção Geral das equipes com residen- tes e/ou egressos das Residências RMMFC ou Multiprofissional em Saúde da Família do município de Montes Claros/MG.

Indicadores Avaliados	Média/desvio padrão Residentes/Egressos Residência		Médias dos indicadores nas três esferas referente ao 2º Ciclo		
	1º Ciclo*	2º Ciclo**	Município	Estado	Brasil
Produção Geral					
Média de consultas médicas por habitante	***	1,24 (±0,00)	1,24	1,50	1,44
% consultas médicas por cuidado continuado/programado	26,00 (±22,22)	19,72 (±10,96)	16,96	18,70	21,46
% consultas médicas de demanda agendada	37,41 (±20,84)	54,08 (±17,03)	52,34	50,76	50,19
% consultas médicas de demanda imediata	40,12 (±21,57)	26,19 (±17,93)	30,69	30,54	28,35

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2017; * 1º ciclo-participaram 17 equipes; ** 2º ciclo- participaram 26 equipes; *** Sem avaliação nesse indicador.

Quanto ao indicador de *Produção Geral*, que avalia as médias e proporções de consultas por médico, seja por demanda agendada, programada ou imediata, o número médio de consultas por habitante sugerida nos parâmetros assistenciais do SUS é de 2 a 3 consultas por habitante/ano.[31] Levando em consideração esse dado, a média de consultas médicas por habitante avaliada somente no 1º ciclo para as equipes deste estudo está abaixo da média do estado e do Brasil. Nessa mesma lógica, a proporção de consultas médicas do cuidado continuado/programado e a proporção de consultas de demanda imediata tiveram redução considerável. Relacionado a esse achado, sugerem-se dificuldades organizacionais das equipes voltadas para a continuidade do cuidado no município pesquisado.

Nesse mesmo contexto, convém ressaltar o aumento médio de consultas agendadas, passando de 37,41% no 1º ciclo para 54,08% no 2º ciclo, o que reforça a hipótese da necessidade de um planejamento das ações frente às equipes polo de Residência, pois mesmo com um cronograma apertado de atividades exclusivas da Pós-graduação/Residência, acredita-se que o aumento da proporção desse tipo de atendimento de um ciclo para o outro reforça o compromisso dos residentes em garantir as consultas da ESF, sem prejuízo para a comunidade.

No quesito *Valorização dos Padrões de Qualidade*, observou-se que os números apresentaram melhora de um ciclo para o outro, o que comprova que, após os resultados obtidos no 1º ciclo, as equipes foram reformuladas e apresentaram ganhos de eficiência e de qualificação profissional que proporcionaram uma melhor avaliação do seu indicador. Esta mesma dimensão, avaliada em estudo anterior no município de Três Rios-RJ, obteve resultado superior quando comparada à do estado e do município, totalizando 90% de conceitos ótimos.[28] Em relação ao indicador de *Educação Permanente*,

as equipes avaliadas neste estudo alcançaram bom desempenho. Estudo prévio sobre educação permanente e qualificação profissional desenvolvido em Montes Claros-MG com as equipes da AB apontou benefícios da educação permanente para o processo de trabalho dos profissionais e a atenção à saúde da comunidade, foi possível constatar, no geral, uma avaliação positiva, no entanto, com necessidade de avanços principalmente nas equipes de zona rural.[32] Do mesmo modo, um estudo realizado a partir de dados do PMAQ-AB que avaliou as equipes de ESF revelou que a avaliação positiva das equipes é sugestiva de que há associação entre educação permanente na saúde da AB.33

Contrapondo os achados dessa investigação, em um estudo de autoavaliação da qualidade da ESF na macrorregião do Nordeste de Minas Gerais, a educação permanente esteve entre os indicadores com pior avaliação.34 Convém destacar que os resultados observados neste estudo podem ser justificados pela oferta de cursos de especialização de *Lato Sensu* e as Residências área de Medicina Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, além de Programas de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde e Cuidados Primários em Saúde.[35]

No indicador da *Educação Permanente*, não foram encontrados resultados medianos ou abaixo da média no 2º ciclo, estando a maioria muito acima da média.

Para os indicadores de *Avaliação Externa* neste estudo, nenhuma das equipes avaliadas foi desclassificada ou obteve resultados considerados insatisfatórios. Possivelmente, este indicador está alinhado com o compromisso da gestão e das equipes em atender todos os critérios de avaliação exigidos pelo Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que os indicadores *Organização da Agenda e de Prontuários dos pacientes* foram bem avaliados com maiores percentuais nos quesitos acima da média e muito acima da média nos dois ciclos avaliados, contrapondo ao indicador *Coordenação do Cuidado* na rede de atenção, que, mesmo com a melhora, permaneceu, na sua grande maioria, sendo considerado mediano ou abaixo da média, o que permite inferir que uma qualificação para os coordenadores das equipes se faz necessária. Estudo prévio em um município do Rio de Janeiro aponta resultado semelhante no indicador Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção, em que as equipes foram avaliadas como regulares ou boas, não atingindo níveis de satisfação máxima.[28].

Quanto à avaliação da *Satisfação do Usuário*, neste estudo, houve uma evolução significativa da classificação acima da média do 1º para o 2º ciclo. Estudo anterior com dados secundários de satisfação quanto aos serviços de saúde de 65.392 usuários de cinco regiões brasileiras apontou que,

quando o usuário relata que consegue resolver seus problemas na própria UBS, sente-se respeitado pelos profissionais de saúde.36 Desse modo, o protagonismo dos usuários torna-os avaliadores reais, amplifica seus direitos como cidadãos e os envolvem também na corresponsabilização da produção do cuidado à saúde, podendo influenciar no modo da oferta dos cuidados e possibilitar uma maior qualidade e resolutividade.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou predominância de avaliação positiva das equipes polo/egressos da Residência quanto aos indicadores *Saúde da mulher*; *Saúde da criança*; *Produção geral* e *Avaliação externa*. Embora alguns indicadores necessitem ser qualificados e melhor trabalhados, sobretudo os indicadores relacionados às Doenças Crônicas e alguns de Saúde da Criança e Produção Geral, foi possível constatar a relevância do contexto ensino-serviço-comunidade estabelecido através das Residências e o retorno que a articulação entre esses componentes pode oferecer para a melhoria da assistência, bem como para o planejamento e gestão da AB, haja vista que, no estudo em questão, grande parte dos indicadores avaliados superaram as médias estadual e nacional e apresentaram uma evolução nos resultados alcançados do

1º para o 2º ciclo de avaliação.

Entretanto, há que se considerar como limitação do estudo o delineamento transversal, uma vez que o campo da saúde é uma construção com múltiplas variáveis a se controlar, necessitando, portanto, de estudos subsequentes, preferencialmente longitudinais, que avaliem o impacto dos Programas de Residência para a Atenção Básica no município, incluindo outros instrumentos de avaliação.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaram não haver.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da aquisição, análise estatística, redação e reisão preliminar, e aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG e equipe do Mestrado Profissional de Ensino e Saúde-EnSa/UFVJ.

REFERÊNCIAS

1. Ferraz F. Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional [dissertação]. Florianopólis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

2. Haddad MCFL. A residência de enfermagem na formação profissional. Ciênc Cuid Saúde. 2012;11(2):223-5.

3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [acesso 2017 Ago]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/

4. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(16):161-77. https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

6. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, orgs. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo. Hucitec; 2006. p. 783-836.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ): Material instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

8. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

10. Yamamoto TS, Machado MTC, Silva Júnior AG. Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. Trab Educ Saúde. 2015;13(3):617-38. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00058

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

12. Cavalcanti PCS, Oliveira Neto AV, Sousa MF. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? Saúde Debate. 2015;39(105):323-36.

13. Portela LR, Dias, MAS, Vasconcelos MIO. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: análise da Autoavaliação em Sobral, Ceará. Sanare (Sobral, Online). 2013;12(1):40-5.

14. França T. Sistema de Informação em Atenção Básica: um estudo exploratório [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

15. Paschoal AS, Mantovani de Fátima M, Meier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):478-84. https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019

16. Montes Claros. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Montes Claros; 2015.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. AMAQ: autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

18. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde Debate. 2014;38(n. esp):94-108.

19. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad Saúde Pública. 2017;33(3):e00195815.

20. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014;30(Suppl 1):S85-S100.

21. Alves CR, Andrade MC, Santos CLS. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. Saúde Debate. 2016;40(111):268-78. https://doi.org/10.1590/0103-1104201611121

22. Machado GAB. Organização do processo de trabalho vivenciada pelas Equipes de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) [Monografia]. Formiga: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; 2013. 44 f.

23. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Screening and adenocarcinoma of the cervix. Int J Cancer. 2009;125(3):525-9. https://doi.org/10.1002/ ijc.24410

24. Leão CDA, Caldeira AP, de Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2011;11(3):323-34. https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013

25. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil de Programa Saúde da Familia em la región sur de Porto Alegre, Brasil [Tese]. Alicante: Universidad de Alicante, Departamento de Salud Pública; 2004.

26. Ribeiro L da CC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. Cad Saúde Pública. 2010;26(12):2316-22. https://doi.org/10.1590/S0102- 311X2010001200010

27. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Vieira CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Rev Bras Enferm. 2014;67(6):1000-7. https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620

28. Barbosa MR. Análise do 1º ciclo do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina; 2014.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

30. Machado LE, Campos R. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. Rev Saúde Meio Ambiente. 2014;3(2):53-61.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Parâmetro para programação das ações básicas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

32. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Educação permanente e qualificação profissional para atenção básica. Saúde Pesqui. 2017;10(1):101-9.

33. Pinto HA, Ferla AA, Ceccim RB, Florêncio AR, Barbosa MG, Stédile NLR, et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Divulg Saúde Debate. 2014;51:145-60.

34. Cardoso AVL, Chain APN, Mendes RIP, Ferreira e Ferreira E, Vargas AMD, Martins AMEBL, et al. Assessment of the management of the Family Health Strategy via the tool Assessment for Quality Improvement in municipalities of Minas Gerais, Brazil. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(4):1267-84. https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.01832014

35. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Morais AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. Saúde Debate. 2014;38(100):26-34.

36. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(6):1829-44. https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015

Capítulo 28

10.37423/220505924

É NORMAL DAR À LUZ EM CASA: A BUSCA PELA REVALORIZAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR COMO ESPAÇO ADEQUADO PARA O MOMENTO DO PARTO

Rúbia Laniêdja Oliveira Silva — *Faculdade de Tecnologia e Ciência da Bahia*

Reginaldo Santana Lima — *Faculdade de Tecnologia e Ciências da Bahia*

Resumo: Objetivou-se com o presente estudo evidenciar a revalorização do ambiente domiciliar como espaço adequado para o momento do parto. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo bibliográfica/narrativa, fundamentada na dimensão exploratória. As fontes para busca dos referenciais envolveram a base de dados Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e o buscador eletrônico *Google Scholar*. O domicílio enquanto local de cuidado no parto traz vários elementos que favorecem um dos principais requisitos para o resgate da humanização no processo de nascimento: a autonomia da mulher. No domicílio ela se torna sujeito ativo de seu parto, resgatando para si o próprio parto e o controle sobre seu corpo, tendo a oportunidade de atuar, de fazer suas escolhas com segurança, sem se inibir. No domicílio a mulher se sente segura, rodeada de pessoas que a amam, podendo expressar seus sentimentos e ser autêntica nos seus comportamentos e condutas. Com esta revisão verifica-se que o domicílio pode ser singular e importante espaço para o cuidado, pois a partir do conhecimento das características específicas deste ambiente e de seus membros é possível que os profissionais que assistem a gestante/parturiente desenvolvam ações de cuidado mais contextualizadas e efetivas.

Palavras-chave: Parto domiciliar; Humanização do parto; Assistência ao parto.

1. INTRODUÇÃO

O parto é uma etapa na vida da mulher, um processo natural na história da população humana. A gestação e o parto constituem uma das experiências humanas mais significativas e impactantes para o corpo feminino, que podem ter resultados positivos ou negativos e influenciar experiências futuras (Mattos, Vandenberghe & Martins, 2016). Segundo Barros et al. (2011) durante a trajetória de vida, a mulher passa por diversos processos que favorecem mudanças em seu comportamento e, nesse sentido, o parto constitui um evento de grandes transformações para a parturiente, devendo ser dada a ela autonomia e capacidade de decisões sobre o seu corpo no momento de parir seu filho.

Até o século XVIII, o parto era considerado um ritual de mulheres e não um ato médico, já que ficava a cargo das parteiras. No final do século XIX, os médicos obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado, o que se efetivou na metade do século XX. O cenário do parto domiciliar alterou-se foi extinto paulatinamente, uma vez que a medicina transformou esse evento, que é fisiológico, em um evento patológico, que necessita na maioria das vezes de tratamento medicamentoso e cirúrgico, com predominância da assistência hospitalar ao parto, tornando-o, a partir daí, um ato institucionalizado (Denipote et al., 2020; Medeiros et al., 2020). Para Dias e Deslandes (2006) a medicalização do processo negou a capacidade autônoma parturitiva da mulher e definiu para ela um papel passivo na gestação e no nascimento, o que ocasionou a necessidade de hospitalização e de procedimentos médicos.

O Brasil vivencia hoje uma epidemia de operações cesarianas, com taxas superiores às recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (2015), que seria entre 10 e 15%. De acordo com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (2015), em 2015 as cesáreas atingiram a marca de 56%, sendo 40% no setor público. No setor privado a situação é ainda mais alarmante, com taxas de 88% em 2012 e 85% em 2015, que correspondem a duas vezes mais que o setor público e duas vezes mais que a média nacional.

Referindo-se ao número excessivo de cesáreas realizadas no Brasil, Rattner (2009) afirma que este passou a ser o método “normal” de parir, contribuindo para o aumento da morbimortalidade materna e perinatal, bem como para a elevação dos gastos desnecessários de recursos financeiros e humanos.

Constata-se que se constituiu um processo de desnaturalização do parto onde se subentende, no discurso biomédico, a incapacidade da mulher de parir.

Diante desta realidade, o Ministério da Saúde do Brasil, em consenso com a tendência dos principais organismos internacionais da área da saúde e dos movimentos de humanização, elegeu como tática a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) que, no contexto do parto e nascimento, tem conformidade com o Programa de Humanização do Pré- natal e Nascimento e com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O Programa se respalda na premissa de retomar o parto enquanto evento fisiológico e devolver o protagonismo da mulher, buscando promover um nascimento mais humano, digno e respeitoso (Brasil, 2017). Nesse movimento de humanização, com base nas evidências científicas houve a necessidade de modificar as rotinas, as condutas e a estrutura física dos hospitais, além da sensibilização dos profissionais com vistas à oferta de uma assistência humanizada com redução de intervenções desnecessárias.

Há 11 anos, Nascimento et al. (2010) já relatavam em seu estudo as grandes mudanças no cenário da assistência obstétrica, com retomada de valores que vão além dos aspectos científicos e tecnológicos, apontando para o resgate do modelo histórico do nascimento, trazendo novamente o ambiente domiciliar como local propício para o parto. Neste contexto, enfermeiros obstetras despontam na ascensão ao parto domiciliar planejado, no intento de retomar a qualidade da assistência à parturição para a parturiente e para o recém-nascido.

Atualmente, a assistência ao parto apresenta esse movimento de mudanças para as práticas culturais menos intervencionistas. Observa-se a busca por parte da gestante pelo parto em casa, conhecido por parto domiciliar planejado, em grandes capitais do Brasil. A residência apresenta-se para essas parturientes como um ambiente seguro e viável para darem à luz (Cursino & Benincasa, 2020; Santos et al., 2020; Mocheuti et al., 2020).

Diante do ressurgimento deste novo quadro assistencial, Mattos, Vandenberghe e Martins (2016) enfatizam em sua pesquisa que o parto domiciliar planejado refere-se aos nascimentos que acontecem em domicilio, de forma intencional e programada pela mãe, juntamente com o profissional responsável pela assistência a ser prestada que a acompanhou previamente no pré-natal, prevenindo, assim, os riscos associados ao seu parto. Esta modalidade de nascimento permite maior controle do ambiente, por parte da parturiente e familiares, envolvidos no evento do parto.

O interesse de estudo pela temática surgiu mediante vivências durante trabalhos executados em centros obstétricos, com a identificação de lacunas entre o que foi visto na teoria e o que é colocado em prática nesses ambientes. Constatou-se que na assistência diária não havia, por parte dos profissionais, a observância do documento criado pela Organização Mundial da Saúde que versa sobre

as “boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, que recomenda que o parto vaginal de baixo risco deve ser realizado com o mínimo possível de intervenções para evitar uma vivência traumática tanto para a mãe quanto para o bebê. Diante dessa perspectiva, o parto domiciliar surge como uma opção diferenciada, em que a mulher participa ativamente de todas as decisões referentes ao seu parto e permite uma relação de confiança e afetividade entre o profissional que a assiste e a família envolvida. Ancorando-se no que foi brevemente explanado, o objetivo do presente estudo foi evidenciar a revalorização do ambiente domiciliar como espaço adequado para o momento do parto.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo bibliográfica/narrativa, fundamentada na dimensão exploratória. A pesquisa bibliográfica abrange toda bibliografia tornada pública em relação ao tema de estudo, onde são consideradas para construção do estudo publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, entre outros. São considerados até meios de comunicação orais como rádio, gravação em fita magnética e audiovisuais como filmes e televisão. Sua função e colocar o pesquisador em contato direto com o que foi escrito, dito ou filmado (Marconi & Lakatos, 2017).

As fontes para busca dos referenciais envolveram a base de dados Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e o buscador eletrônico *Google Scholar*.

A busca por materiais em mais de uma fonte ocorreu para ampliar o leque de acessos à construção da revisão bibliográfica/narrativa. Na procura pelos referenciais adotaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “parto domiciliar”, “humanização do parto” e “assistência ao parto”. Incluíram-se referenciais (artigos, monográficas, dissertações, teses e outros produtos técnicos sobre o tema estudado) disponíveis na íntegra e nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. Decidiu-se não aplicar recorte temporal na busca dos referenciais.

Os referenciais foram escolhidos buscando-se produções que atendessem ao objetivo determinado pelo estudo e tema explorado. Assim, os entendimentos que se realizaram dos referenciais ficaram sujeitos ao viés de seleção, com interpretações e análise crítica subjetivos a cargo dos autores da revisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O parto é um evento cultural que teve início com a existência da mulher na humanidade. Embora o corpo feminino seja preparado fisiologicamente durante a gestação para a expulsão do concepto, ao longo da história o parto sofreu implicações sociais e culturais (Possati et al., 2017; Silva et al., 2019).

O modelo de assistência ao nascimento, culturalmente teve início com a presença da parteira, cujo conhecimento era exclusivamente prático, adquirido mediante experiências dos seus próprios partos, por acompanharem as parteiras ou por acompanharem suas próprias mães, passando a arte de partejar por diversas gerações. Os partos eram sempre realizados em domicílio, permitindo a presença e participação da família durante todo processo, mas ao longo dos anos a prática obstétrica passou por grandes mudanças no processo de assistir ao parto (Fabrizzio et al., 2019; Lima et al., 2021).

As parteiras possuem uma forma particular de saber e fazer. Na sua atuação fazem uso de conhecimentos tradicionais, baseados em experiências repassadas oralmente de mãe para filha. Os conhecimentos são advindos de crenças, tradições, misticismo, fruto de uma prática empírica e repetida. O saber da parteira não está relacionado à educação formal, mas às experiências acumuladas ao longo dos anos (Cardoso & Nascimento, 2019; Kappaun & Costa, 2020).

O Ministério da Saúde, a partir de 2000, adotou várias iniciativas para melhorar a atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Dentre elas, encontrava-se o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que reconduziu a melhorias do parto e do nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais na pauta de discussão com gestores estaduais e municipais, como uma responsabilidade do Sistema Único de Saúde e uma atribuição da Atenção Básica. Este programa visava resgatar e valorizar os saberes tradicionais, articulando-os com os científicos, ao considerar a riqueza cultural e da biodiversidade como elementos importantes para a produção de saúde, além de novos conhecimentos e de tecnologias (Brasil, 2010).

Davim e Menezes (2001) e Kruno e Bonilha (2004) relatam em seus estudos que, diferentemente das parteiras tradicionais, a atuação do enfermeiro obstetra teve seu início voltado para a atenção ao parto hospitalar, visando cumprir os propósitos do Ministério da Saúde sob outra abordagem, mas com atenção à mulher e à criança. Neste sentido, o enfermeiro obstetra apresentou-se como um profissional relevante na redução da mortalidade materno-infantil, bem como na prestação de uma assistência ao parto de qualidade.

A tecnologia e os estudos científicos proporcionaram avanços na melhoria da qualidade da assistência obstétrica. Entre esses avanços encontra-se a operação cesariana, procedimento anteriormente realizado apenas em mulheres mortas com o objetivo de salvar a vida da criança. Observa-se, contudo, que esse método passou a ser usado sem maiores justificativas, o que provoca uma medicalização excessiva em um ato que deveria ser natural, fisiológico, pertinente a qualquer mulher (Silva et al., 2020).

Estudos recentes (Denipote et al., 2020; Lessa et al., 2018) mostram que, assim como a parteira tradicional em regiões rurais, o enfermeiro obstetra vem crescendo como profissional autônomo no atendimento a partos domiciliares em regiões urbanas. Este profissional tem associado o seu trabalho ao modelo das parteiras tradicionais. A assistência mais efetiva seria, portanto, centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades de instituições e de profissionais.

Para Mattos, Vandenberghe e Martins (2016) os preconceitos culturais sobre o parto ideal foram formados ao longo dos anos, no imaginário das pessoas. Construiu-se uma ideia de que o parto “bom” seria aquele sem dor, no ambiente hospitalar, com a garantia das tecnologias modernas. Neste sentido, a sociedade e os profissionais de saúde constroem pontos de vista acerca da assistência ao parto. Esta visão do parto como um procedimento cirúrgico de alta complexidade não deixa espaço para o parto domiciliar planejado.

A humanização da assistência demanda do profissional enfermeiro uma visão empática e holística, no sentido de compreender o outro. A humanização foi imposta como política pública de saúde, iniciando pelo ambiente hospitalar e, posteriormente, dirigida a todos os níveis de atenção à saúde. A política ganhou força social pela humanização do parto e nascimento, que influenciou a transformação da prática de muitos enfermeiros na assistência ao parto (Limeira et al., 2018).

Frank e Pelloso (2013) afirmam em seu estudo que, na visão dos profissionais, o domicílio enquanto local de cuidado no parto traz vários elementos que favorecem um dos principais requisitos para o resgate da humanização no processo de nascimento: a autonomia da mulher. No domicílio ela se torna sujeito ativo de seu parto, resgatando para si o próprio parto e o controle sobre seu corpo, tendo a oportunidade de atuar, de fazer suas escolhas com segurança, sem se inibir. No domicílio a mulher se sente segura, rodeada de pessoas que a amam, podendo expressar seus sentimentos e ser autêntica nos seus comportamentos e condutas.

Segundo Mattos, Vandenberghe e Martins (2016) em alguns países a escolha pelo parto domiciliar planejado está associado às razões econômicas, uma vez que o sistema de saúde destes países é de difícil acesso à população, sendo o domicílio escolhido por algumas famílias devido ao baixo custo. A confiança junto ao profissional, a tradição do trabalho de algumas enfermeiras e a preservação da cultura do parto domiciliar acabam conquistando maior espaço, comparado ao parto institucionalizado.

Embora em alguns países como Holanda, Canadá e Austrália o parto domiciliar represente um evento não somente reconhecido, como também estimulado pelo sistema público de saúde, no Brasil percebemos um cenário completamente diferente. O parto domiciliar, em nossa realidade nacional, ainda é visto com muito preconceito por grande parte de nossa sociedade, principalmente devido à divulgação de conceitos equivocados sobre o tema (Sanfelice et al., 2014).

Ainda nesse contexto, Sanfelice et al. (2014) acrescentam que, nestes países, o parto domiciliar é considerado uma modalidade de assistência tão segura quanto o parto hospitalar, evidenciada como uma experiência mais satisfatória às mulheres e suas famílias e, acima de tudo, representa um serviço potencialmente menos oneroso ao Estado. Essas questões compõem as principais justificativas para que o governo apoie e incentive a realização do parto domiciliar nos países de primeiro mundo.

Ao contrário do que ocorre nos países de primeiro mundo, no Brasil, as mulheres que optam pelo parto domiciliar são socialmente reconhecidas como irresponsáveis, desinformadas e adeptas de um modismo. Da mesma forma, os profissionais que optam em oferecer esse atendimento acabam sendo explicitamente coagidos pelos conselhos de classe, perseguidos e desmoralizados (Denipote et al., 2020; Santos et al., 2019).

O resgate do parto domiciliar e sua ascensão na atualidade remete à existência de uma oposição à condição e à concepção dominante na sociedade. Este modelo de atenção ao nascimento reconhece uma maior autonomia de profissionais que assistem a parturiente, como o enfermeiro obstetra. Isto não está ligado ao fato de desvincular-se do médico obstetra, e sim às conquistas do espaço de atuação de outras categorias profissionais (Frank & Pelloso, 2013; Oliveira et al., 2021).

Na assistência domiciliar o profissional precisa ir além do conhecimento científico e prestar um cuidado totalmente humanizado marcado pelo afeto, pelo calor humano, companheirismo, inspirando confiança e segurança e preocupando-se com o bem-estar e conforto da mulher, isto contribui para um a evolução positiva do parto em uma atmosfera harmoniosa (Brasil, 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial da Saúde reconhece que o melhor lugar para o parto é aquele em que a mulher se sinta segura. Este ambiente pode ser o domicílio, o centro de parto normal ou o hospital-maternidade. A residência é um ambiente seguro para o nascimento, desde que seja uma decisão da mulher e família.

Após extensa leitura dos materiais de estudo, constata-se que o atendimento ao parto domiciliar é um modelo ainda pouco conhecido pela sociedade brasileira, o que contribui para a construção de uma percepção preconceituosa e errada a seu respeito, fato que dificulta a sua disseminação.

Pôde-se entender que o cenário que envolve o parto domiciliar planejado está sendo ampliado muito vagarosamente no Brasil. Sabe-se que, anteriormente, este modelo de atenção ao parto era mais centrado nas práticas culturais de comunidades isoladas, por parteiras tradicionais em algumas regiões carentes do país ou zonas rurais. Porém, o modelo atual tem como território os grandes centros urbanos, onde predomina a inserção de profissionais como o enfermeiro obstetra.

Com esta revisão verifica-se que o domicílio pode ser singular e importante espaço para o cuidado, pois a partir do conhecimento das características específicas deste ambiente e de seus membros é possível que os profissionais que assistem a gestante/parturiente desenvolvam ações de cuidado mais contextualizadas e efetivas.

É relevante pontuar que existem informações e evidências científicas que fundamentam a proposta de assistência ao parto qualificada à mulher no processo parturitivo em domicílio. Também, reforça-se a posição de que são necessárias e urgentes a criação de políticas de saúde que permitam a inserção do parto domiciliar nos sistemas de saúde, público e privado, e ainda a criação de resoluções que amparem o resgate do domicílio como cenário de nascimento, como direito à cidadania da mulher brasileira.

REFERÊNCIAS

Barros, W. L. L., Costa, E., Boeckmann, L. M. M., Reis, P. E. D., Leon, C. G. R. M. P., & Funghetto, S. S. (2011). Humanizing delivery: a reality in a birth center? Revista de Enfermagem da UFPE, 5(1), 67-74.

Brasil (2015). Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde.

Cardoso, M. A. S., & Nascimento, R. (2019). O dom e a dádiva entre parteiras do Amapá: uma abordagem etnográfica. Saúde e Sociedade, 28(1), 235-249. Cursino, T. P.; & Benincasa, M. (2020). Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4), 1433-1444. Davim, R. M. B., & Menezes, R. M. P. (2001). Assistência ao parto normal no domicílio. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 9(6), 62-68.

Denipote, A. G. M., Lacerda, M. R., Selleti, J. D. N., Tonin, L., & Souza, S. R. R. K. (2020). Parto domiciliar planejado no Brasil: onde estamos e para onde vamos? Research, Society and Development, 9(8), e837986628.

Dias, M. A. B., & Deslandes, S. F. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cadernos de Saúde Pública, 22(12), 2647-2655.

Fabrizzio, G. C., Schmalfuss, J. M., Silveira, L., Peiter, C. C., Santos, J. L. G., Erdmann, A. L. (2019). Práticas obstétricas de uma parteira: contribuições para a gestão do cuidado de enfermagem à parturiente. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 9, e2892.

Frank, T. C., & Pelloso, S. M. (2013). A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. Revista Gaúcha de Enfermagem, 34(1), 22-29.

Kappaun, A., & Costa, M. M. M. (2020). A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. Revista Paradigma, 29(1), 71-86.

Kruno, R. B.; & Bonilha, A. L. L. (2004). Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. Revista Gaúcha de Enfermagem, 25(3), 396-407.

Lessa, H. F., Tyrrell, M. A. R., Alves, V. H., Rodrigues, D. P. (2018). A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural desmedicalizada. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 10(4), 1118-1122.

Lima, C. M., Pavoski, J., Silvestre, G. C. S. B., Nascimento, G. N. X., Magalhães, D. S. S., Ferro, R. B. C. (2021). Modelo de assistência ao parto normal: atuação das parteiras no Brasil. Enfermagem Brasil, (20)1, 109-123.

Limeira, J. B. R., Souza, G. C., Souza, M. B., Vieira, A. S., Alexandre, A. C. S., & Leite-Salgueiro, C. D. B. (2018). A importância da humanização do parto realizada pelos enfermeiros obstetras para as parturientes: revisão integrativa. Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 12(42), 308-321.

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2017). Metodologia do trabalho científico. (8a ed.), Atlas.

Mattos, D. V., Vandenberghe, L., Martins, C. A. (2016). The obstetric nurse in a planned household birth. Revista de Enfermagem da UFPE, 10(2), 568-575.

Medeiros, M. L., Santos, T. M., Oliveira, M. P. L. C., Costa, A. W. S., Oliveira, E. N., Silva, M. A. R., & Oliveira, R. F. (2020). O resgate da cultura dos partos domiciliares: uma revisão integrativa de literatura. Research, Society and Development, 9(4), e40942792.

Mocheuti, K. N., Zamboni, S. D., Silva, R. A., Rocha, R. P. S., Silvestre, G. C. S. B., & Borges, A. P. (2020). Os significados atribuídos pela mulher ao trabalho das enfermeiras obstetras no parto domiciliar planejado. Research, Society and Development, 9(10), e019108237.

Nascimento, N. M., Progianti, J. M., Novoa, R. I., Oliveira, T. R., & Vargens, O. M. C. (2010). Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. Escola Anna Nery, 14(3), 456-461.

Oliveira, T. R., Barbosa, A. F., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Dulfe, P. A. M., & Maciel, V. L. (2020). Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades do cuidado da enfermeira obstétrica. Texto & Contexto Enfermagem, 29, e20190182.

Organização Mundial da Saúde (2015). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. OMS.

Possati, A. B., Prates, L. A. Cremonese, L., Scarton, J., Neumaier, J., Alves, C. N., et al. (2017). Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Escola Anna Nery, 21(4), 1-6.

Rattner, D. (2009). Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 13(1), 595-602. Sanfelice, C. F. O., Abbud, F. S. F., Pregnolatto, O. S., Silva M. G., Shimo, A. K. K. (2014). Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 15(2), 362-370.

Santos, F. S., Sousa, L. C., Siqueira, L. S., Fontoura, I. G., Dias, I. C. C. M., & Santos Neto, M. (2020). Percepções de puérperas sobre a assistência ao parto normal humanizado. Revista Científica de Enfermagem, 10(32), 217-228.

Santos, L. C. (2019). Parto domiciliar planejado: uma revisão bibliográfica. Revista Artigos.Com, 3, e1201.

Silva, T. M. A., Góis, G. A. S., Filgueiras, T. F., & Candeia, R. M. S. (2019). Significados e práticas da equipe de Enfermagem acerca do parto humanizado: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 26(1), 90-94.

Silva, T. P. R., Dumont-Pena, E., Moreira, A. D., Camargos, B. A., Meireles, M. Q., Souza, K. V. et al. (2020). Fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas: estudo transversal. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(4), e20180996.

Capítulo 29

10.37423/220505925

A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CURA E REABILITAÇÃO DA CRIANÇA COLOSTOMIZADA E SEUS FAMILIARES

Reginaldo Santana Lima — *Faculdade de Tecnologia e Ciência da Bahia*

Rúbia Laniêdja Oliveira Silva — *Faculdade de Tecnologia e Ciências da Bahia*

Resumo: O objetivo desse artigo é de identificar as dificuldades vivenciadas por crianças colostomizadas e os impactos biopsicossociais na vida dessa criança e seus familiares e a contribuição da enfermagem no processo de saúde doença. A escolha do tema se deu devido ao convivio com crianças colostomizadas em uma unidade de saúde em pediatria da cidade de Salvador, para tal, foi realizada uma revisão de literatura do tipo qualitativa exploratória e descritiva, dando enfoque às alterações fisiológicas, sociais e psicológicas tanto da criança quanto de seus familiares e a qualidade da assistência de enfermagem prestada a esse grupo. A enfermagem tem importante papel na promoção da autonomia da criança e seus familiares, minimizando os impactos gerados em decorrência de uma colostomia.

Palavras chaves: colostomia; impactos psicossocias; enfermagem

1 INTRODUÇÃO

O estudo desenvolvido tem como proposta identificar as dificuldades vivenciadas por crianças colostomizadas, seus impactos biopsicossociais e identificar as contribuições de enfermagem nesse processo saúde doença para esse cliente e seus familiares. A escolha do tema se deu a partir do convívio com crianças colostomizadas e seus familiares dentro de uma unidade de saúde em pediatria, onde, observou-se a carência vivida por esse grupo de pessoas, a falta de apoio das equipes multidisciplinares, a qualidade da assistência de enfermagem, despertando a necessidade de desenvolver um trabalho direcionado para esse grupo. Tendo como pergunta de investigação: qual a contribuição da enfermagem no processo de cura e reabilitação da criança colostomizada e seus familiares?

Algumas patologias como tumores em região do cólon e do reto, má formações anorretais e anormalidades da eliminação fecal levam a realização de um procedimento cirúrgico denominado tecnicamente de estoma, que é a abertura criada por meios artificiais entre uma cavidade corporal e a superfície corporal, segundo Schwartz (2011, p. 295) *A palavra estoma significa "boca" e tem origem grega.* A abertura cirúrgica do cólon por meio de um estoma é chamada de colostomia, procedimento realizado com o objetivo de permitir a drenagem do conteúdo intestinal através da parede abdominal, ou seja, é um desvio feito para permitir a saída fecal.

As ostomias são classificadas da seguinte forma: 1ª classificação quanto ao tipo de permanência, podendo ser temporária quando permanece por um tempo determinado ou permanente quando será utilizada por toda a vida. A 2ª classificação quanto a confecção cirúrgica e o tipo da construção, podendo ser: *em alça* quando uma alça intestinal é exteriorizada, onde é realizada uma abertura proximal e outra distal; *terminal* quando normalmente é permanente; *duas bocas* quando é feita a confecção de dois estomas terminais e *dupla boca* quando são unidos o estoma terminal e o distal em uma única abertura. A 3ª classificação é quanto ao segmento exteriorizado do intestino, Schwartz (2011, p. 296) apresenta essa classificação da seguinte forma: " íleo (ileostomia), cólon direito, cólon transverso (transversostomia), cólon esquerdo, cólon sigmóide (sigmoidostomia)". Brunner & suddarth (2008, 1070) descreve que a natureza da secreção "varia com o sítio [...] na colostomia sigmóide, as fezes são sólidas. Na colostomia descendente, as fezes são semimacias. Na colostomia transversa, as fezes são macias. Na colostomia ascendente, as fezes são líquidas".

A enfermagem deve manter alguns cuidados no pré e pós-operatório para a abertura da colostomia, no pré-operatório é indicado que o cliente faça uma limpeza do intestino, que seja fornecido uma

dieta líquida, em alguns casos é recomendada uma nutrição parenteral para reposição dos nutrientes depletados, vitaminas e minerais, introduzir uma antibioticoterapia antes da cirurgia a fim de reduzir as bactérias intestinais, o intestino ainda é limpo com laxativos, enemas ou irrigações colonicas na noite anterior e na manhã da cirurgia.

Brunner & Suddarth (2008, p. 1071) “alerta para o quadro clínico do cliente, caso este já esteja hospitalizado, a fundamental importância para manter o controle do balanço hídrico (BH), a administração dos antieméticos conforme prescrição médica”. E ainda [...] “os líquidos plenos ou leves podem ser tolerados ou o cliente pode ser colocado em dieta zero e se necessário pode ser feito uma sondagem para evitar distensão abdominal”, a enfermagem deve ainda monitorar a distensão abdominal, os sons intestinais, nível de dor e rigidez.

Durante o pós-operatório imediato o estoma deve ser observado, analisando cor, tamanho, avaliar aderência do dispositivo, efetuar troca no prazo de 48 a 72 horas após a cirurgia. No pós-operatório mediato estimular o auto cuidado observa a condição da pele periostomal e o sistema coletor, no pós-operatório tardio orientar quanto aos cuidados de higiene, troca e manipulação, cuidados com a bolsa coletora, encaminhamento para acompanhamento multiprofissional, treiná-lo na identificação precoce de sinais de complicações mais frequentes que são isquemias e necrose, separação ou deslocamento, mucocutâneo, retração, estenose, hérnia paraestomacal, prolapso, dermatite, foliculite, edema, abscesso periestomal e estimular ao retorno das atividades cotidianas.

A necessidade de realização de uma estomia no primeiro momento se apresenta como a solução de um problema que afeta á criança, mas que cria para os familiares e o paciente uma série de conflitos com impactos biopsicossociais. Toda a rotina familiar é alterada devido ao grau de dependência da criança aos seus progenitores, levando-os a uma maior fragilidade no caso da criança que apresenta uma condição crônica de saúde, onde, de acordo com sua faixa etária ela vai ter que lhe dar com a patologia e mais a colostomia. Segundo Schwartz, (2011, p.300) “vivemos em uma sociedade que reverencia o belo e o perfeito. O impacto da colostomia na imagem corporal gera sentimentos cujo enfrentamento varia para cada indivíduo, dentro de sua capacidade de aceitação. A criança quando alcança a fase pré-escola dita dos três aos seis anos de idade e na fase escolar dos seis aos dez anos, já começa a perceber seu corpo e sofrer os preconceitos da sociedade.

Durante esse processo a responsabilidade do cuidar fica a cargo dos progenitores, de maneira que esses familiares necessitam de orientação prévia, de uma capacitação para realizar esse cuidado, além do apoio emocional que eles devem precisar devido aos impactos emocionais e físicos que essa família

irá sofrer atribuída a essa nova realidade. O papel da família é fundamental na rotina de cuidados e impactos na qualidade de vida da criança colostomizada, onde, permite intervir e contribuir nas adaptações do grupo familiar, respeitando a individualidade de cada membro, suas necessidades, preservando a integridade do grupo, sem deixar de atender a criança que tem sua integridade física e mental alterada.

Pesquisas dentre elas a de Barreire (2002), Cascais (2006) e Maruyama (2005) revelam que os membros da família tem forte influência na condição do quadro clínico da doença na criança, mas eles também são afetados diretamente por essa nova experiência de vida, fatores como a interação social, às ações, às crenças, os valores, às atitudes, o valor que a família tem como fortaleza para seus membros são afetados nesse momento, impactando na saúde da família.

Cabe a equipe multiprofissional definir a melhor conduta a ser adotada, sendo a ostomia o tratamento escolhido, o paciente e seus familiares deveram ser orientados, suas duvidas esclarecidas, seus medos a cerca da autoimagem, o convívio social e o relacionamento, compartilhados com esses profissionais para uma melhor aceitação e adaptação a sua nova condição.

Em 1993 o Comitê Executivo da Associação Internacional dos Ostomizados (IOA), publicou e revisou em 1997 a Declaração Internacional dos Direitos dos Ostomizados, garantindo a pessoa ostomizada uma qualidade de vida satisfatória após a realização de sua cirurgia, definiu que a ostomia, deve ser feita no local apropriado, que o paciente deve obter assistência de um profissional médico experiente, deve ser prestada uma assistência de enfermagem especializada, que tenha atendimento integral no pré e pós-operatório, no âmbito hospitalar e residencial, recebendo orientações desde o uso de produtos e serviços, que promova o benefício da pessoa ostomizada e seus familiares, permitindo minimizar impactos no padrão de vida desse grupo.

O enfermeiro desempenha importante papel no prognóstico favorável da criança colostomizada, estimulando o autocuidado, orientando quanto ao uso dos dispositivos, rotina de higienização e troca das bolsas, o que contribui diretamente na qualidade de vida desse cliente e seus familiares, diminuindo os riscos de complicações e permitindo uma maior autonomia e retorno as rotinas diárias dessa criança. A enfermagem ainda pode atuar na psicoprofilaxia, como a própria palavra indica deve-se atuar na prevenção, minimizando circunstâncias que venham promover prejuízos ao psiquismo da criança, visto que, durante esse processo pré e pós-operatório para uma abertura de colostomia a criança apresenta diversas manifestações entre elas as emoções, fantasias, o estresse pela falta de

conhecimento ao desconhecido, atitudes e ações que estão diretamente ligados a sua atual realidade. Segundo Atkinson e Murray (1989, p. 560) “a pessoa hospitalizada traz todas as necessidades básicas para a experiência de hospitalização”, o enfermeiro deve perceber no cliente e seus familiares fatores que afetem a sua segurança.

A abertura de uma colostomia pode desencadear uma serie de problemas na criança, o enfermeiro, fazendo uso da taxonomia da NANDA, que define e classifica os diagnósticos de enfermagem deve buscar traçar os diagnósticos de enfermagem e atuar junto a eles com o apoio da equipe multidisciplinar se for necessário, para controlar, reduzir ou neutralizar os problemas que estejam afetando as necessidades humanas básicas desse grupo. A identificação desses diagnósticos fundamenta o enfermeiro para planejar suas ações e práticas, durante a assistência de enfermagem prestada a essa clientela. Dorothea Orem na sua teoria do autocuidado apresenta um sistema de enfermagem em que o planejamento realizado pelo profissional enfermeiro baseia se nas necessidades de autocuidado e na capacidade de execução dessas atividades pelo paciente ou seu cuidador. Segundo Cardoso & Carvalho (2011, p. 490) *a enfermeira pode evitar, por meio do ensino ao cliente, danos e consequências desastrosas. Essas complicações podem ser precoces e tardias.*

O enfermeiro e sua equipe são os profissionais que passam um maior tempo com essa criança e seus familiares dentro da unidade, permitindo uma maior e melhor relação entre esse cliente e toda a equipe multidisciplinar. Traçar um plano de alta para essa criança é de extrema importância e o enfermeiro deve perceber as condições sociais dessa clientela, onde, elas saem de uma unidade estruturada com todo suporte para um ambiente de cuidados domiciliar, nos quais muitos são precários. Brunner & Suddarth (2009, p. 16) explica que “o planejamento da alta começa com a admissão do paciente, de modo a prepará-lo o mais precoce para a possível necessidade de cuidados domiciliar de acompanhamento”.

Segundo De Paula (2011, P. 463) “os enfermeiros deparam com a angústia, as incertezas, as repugnâncias e o medo dos pais para com o filho estomizado. Isso leva a constatar que – na atualidade – é impossível ignorar a família da criança estomizada como sujeito de cuidado”, fazendo com que o profissional de enfermagem tenha uma visão holística a cerca da família, permitindo ter um conhecimento geral das suas necessidades e planejar junto com essa família as ações de cuidados.

A Resolução Cofen nº 311/2007 que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no capitulo 1º, Art. 5º tratando das responsabilidades e deveres do profissional de enfermagem apresenta o seguinte texto: *Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade,*

dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade, mostranto o importante papel que o enfermeiro tem que ter como pessoa e profissional, garantindo uma assistência de enfermagem segura, de qualidade e sem danos a sua clientela (COREN,2013).

Esse trabalho tem como objetivo aprofundar o conhecimento e avaliar a contribuição do enfermeiro para uma melhor intervenção durante a sua assistência de enfermagem no processo de cura e reabilitação dos impactos e dificuldades vivenciadas por crianças colostomizadas e seus familiares.

2 METODOLOGIA

O trabalho em questão é uma pesquisa bibliográfica exploratória-descritiva e qualitativa, que permitiu a aproximação dos pesquisadores ao tema proposto e após a analise dos dados incorporar o entendimento do assunto. Segundo Gil, (2007, p. 41) “na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem levantamento bibliográfico”.

O presente estudo foi baseado na análise de livros, artigos e textos eletrônicos no Scielo, selecionados no período de janeiro de 2014 á outubro de 2014, onde, foram utilizados os seguintes descritores: Cuidados no pré e pós- operatórios, cuidados de enfermagem aos pacientes ostomizados, segurança do paciente, procedimentos cirúrgicos, impactos a criança colostomizadas. A análise dos dados permitiu a construção desse material científico, dando subsídios para que profissionais de enfermagem e da equipe multidisciplinar possam promover uma assistência melhor as crianças colostomizadas e seus familiares.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O processo cirúrgico para a abertura de colostomia em uma criança é bastante impactante na sua vida, onde este e seus familiares precisam aprender a lhe dar com essa nova condição e qualidade de vida. Barreire, Oliveira e Kazama (2002), explica que a criança “pode ter sua personalidade violentada através da perda de segurança e dano ao próprio desenvolvimento, refletindo, consequentemente, na sua vida adulta”. A fase escolar é a mais conflituosa e marcante para a criança, nesse período ela começa a desenvolver suas relações sociais e o seu convívio com outras crianças pode promover reações positivas e negativas.

“O vínculo do profissional de enfermagem junto a essa criança e seus familiares deve ser estabelecido o mais precocemente possível, permitindo uma melhor relação de confiança” (BARREIRE, 2002), contribuindo para minimizar os impactos emocionais, psicológicos, preparando a família para o

enfrentamento da patologia e mais a aceitação da colostomia, o enfermeiro deve atuar a partir da admissão de enfermagem, ainda no pré-operatório na construção da colostomia com o processo educacional, preparando sua clientela para o autocuidado, orientando para os locais, tipos de serviços e socialização com grupos que vivenciam a mesma realidade para facilitar a adaptação.

O enfermeiro deve conhecer a realidade social dessa familia, pois, ao identificar os problemas ele possa dar o diagnóstico de enfermagem conciso, planejando os cuidados de enfermagem para os periodos de pré-operatório, no pós-operatório imediato e pós-operatório tardio, envolvendo a criança e seus familiares nesse processo de cura e reabilitação, respeitando também a liberdade e limetes de cada membro. Para Lunney (2013, p. 115) *o diagnóstico na enfermagem exige competências nos domínios intelectual, interpessoal e técnico,* nesse caso, não basta que o profissional tenha só a sua graduação, é preciso que ele esteja em constante capacitação, seja um profissional humano e dedicado.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O impacto na vida da criança e seus familiares durante o processo de cura e reabilitação de uma patologia não é facilmente absorvido, principalmente quando essa condição é externada na imagem corporal do individuo, onde, ele passa a sofrer ações de rejeição da sociedade. “Enquanto alguns sugerem que o estoma é devastador para a imagem corporal na infância e na adolescência, outros acreditam que a doença é a causa” (BARREIRE, 2002). No estudo sobre o impacto da ostomia no processo de viver humano o autor, apresenta condições diversas para essa realidade entre elas: *algumas percebem o afastamento de “amigos” pós-ostomia, enquanto outras se afastam, por se sentirem “estigmatizadas” nas relações sociais* (CASCAIS, 2006). Outra condição gerada nas pessoas colostomizadas é o isolamento, devido à falta de orientação, de apoio familiar e multidisciplinar, comprometendo o enfrentamento da patologia e tornando mais complexo para a criança e seus familiares o convívio e o seu tratamento. A família é fundamental nesse processo, seu apoio determina uma melhor aceitação da ostomia, contribuindo na reabilitação e adaptação da atual realidade dessa criança (CASCAIS, 2006).

O apoio psicossocial não deve partir somente dos familiares, é preciso envolver todos ligados no convívio direto ou indireto dessa criança e seus familiares. O suporte emocional promovido pela família, pelos amigos, pelo profissional qualificado na área, mais o apoio da equipe multidisciplinar,

permitirá uma melhor aceitação da sua imagem corporal e a melhora da autoestima (SCHWARTZ, 2011, P. 300).

Os cuidados de enfermagem prestados dentro de uma unidade de saúde durante o Pós-Operatório Imediato - POI de abertura da colostomia, logo, serão substituídos pelos cuidados dos familiares, o profissional de enfermagem que presta essa assistência nesse período deve orientar e capacitar a criança e seus familiares para a importância da realização e os riscos da não realização dos cuidados. As ações específicas para os cuidados no POI estão diretamente ligadas ao autocuidado, à condição da pele na região do estoma, a higienização, e ao sistema coletor, o enfermeiro nesse período deve já inserir o cliente nesse processo ou um familiar que vai está responsável pelo cuidado do mesmo (SCHWARTZ, 2011, p. 298).

A enfermagem dentro das suas atribuições deve desenvolver ações para contribuir não somente na parte do cuidado físico, mas no aspecto psicossocial, *compreender as modificações que ocorrem na vida da pessoa que vive com ostomia e como ela vivência todo esse processo, para prestar um apoio mais afetivo* (CASCAIS, 2006). A qualidade de vida dessa criança será quantificada e qualificada baseada nas condutas e ações prestadas a partir dos primeiros momentos do POI, sendo a segurança o principal fator. Segurança da qualidade dos dispositivos, segurança na troca da bolsa, garantia de poder sair sem apresentar problemas gastrintestinais passando vergonha e constrangimento em público, esses são os principais fatores que afetam a criança e seu familiar durante a fase de adaptação da colostomia. Segundo Cascais (2006) “cerca de metade dos pacientes, não retomam suas atividades de lazer ou retomam apenas parcialmente, devido à insegurança, vergonha, ou problemas físicos”.

A saúde pública no Brasil ainda tem sérios problemas assistenciais, que vão desde a capacitação profissional até a falta de estrutura física, fatores que comprometem diretamente a qualidade da saúde dos clientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e redes privadas. No sistema público, a falta de estrutura nas unidades dos centros urbanos, a falta de profissionais qualificados geram a superlotação nas unidades de saúde das capitais, onde, clientes com patologias que podem ser diagnosticadas e tratadas na atenção primária são conduzidas para as unidades nas capitais, comprometendo a qualidade da assistência, onde, os profissionais de saúde ficam sobrecarregados com a demanda, aumentando o nível de exposição aos erros e riscos, para ele e seus clientes. Na rede privada problemas como a má remuneração do profissional de saúde, que o leva a buscar outro vinculo a fim de melhorar sua renda e o coloca em um nível de estresse maior, que consequentemente irá afetar na qualidade da assistência por ele prestada. Podemos identificar a dificuldade que alguns planos de

saúde colocam para realização de determinados exames, utilizados na confirmação do diagnóstico de determinadas patologias, permitindo o diagnóstico e tratamento precoce, promovendo um melhor resultado no processo de cura e reabilitação desse cliente.

A constante capacitação dos profissionais de enfermagem vai permitir uma melhor assistência para essa criança colostomizada e seus familiares, onde, seu grau de conhecimento e a sua vivencia com a prática vai permitir uma melhor análise da qualidade de vida e os problemas que afetam as necessidades humanas básicas desse grupo.

Fazendo uso da taxonomia da NANDA foi realizada uma relação de diagnósticos de enfermagem direcionados para a criança colostomizada, dentre eles podemos citar: constipação; risco de infecção; integridade da pele prejudicada; recuperação de cirurgia retardada; resposta alérgica ao látex; isolamento social; tristeza crônica; resiliência individual prejudicada e distúrbio da imagem corporal. Foi feita uma relação de diagnósticos direcionados para os familiares dentre eles citamos os seguintes: paternidade ou maternidade prejudicada; tensão no papel do cuidador; controle familiar ineficaz do regime terapêutico; conflito no papel de pai/mãe e foi realizada uma relação de diagnósticos que podem afetar a criança e seus familiares, dentre os quais selecionamos os seguintes: baixa autoestima; enfrentamento familiar comprometido; risco de dignidade humana comprometido; processo familiares disfuncionais; risco de solidão; pesar e sentimento de impotência.

Percebe-se que o profissional de enfermagem não esta restrito a prática assistencial, que seu campo de atuação vai além dos cuidados ao corpo físico, que dentro da sua assistência ele deve promover ações que tratam do psicossocial de seus clientes e sues famílias, que sua responsabilidade como cuidador perpassa a estrutura da unidade de saúde, que ele tem a família como não só um agente no processo de cuidar, como, um agente que merece e precisa de cuidados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abertura de uma colostomia na criança é um processo gerador de impactos físicos e psicossociais, marcante para ela e sua família, onde, a enfermagem deve a partir do primeiro contato com sua clientela buscar promover uma relação de confiança, fortalecendo esse vínculo para garantir uma melhor assistência durante esse período de cura e reabilitação.

A enfermagem deve a partir dos primeiros momentos com essa criança e seus responsáveis promover ações que possibilitem uma melhor aceitação da atual condição da criança colostomizada. Deve envolver seus responsáveis no processo de cuidar dessa criança, respeitando os limites, as condições

de cada membro da família e que esse membro além da criança precisa de cuidados durante esse período.

Criação de leis, de normas, programas assistêciais que garantam uma assistência de qualidade e segura a criança colostomizada, da criação de orgãos de fiscalização atuantes, permitindo a constância dos direitos desse grupo da população.

Para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem é preciso uma maior valorização do profissional de enfermagem, e podemos pontuar algumas ações que está diretamente ligada à essa valorização, dentre elas, estão: melhores salários que permite ao profissional manter apenas um vínculo e redução da sua carga de estresse, redução da jornada de trabalho reduzindo seus níveis de exposição e níveis de erros durante a sua prática assistencial, capacitação e qualificação desse enfermeiro direcionando sua formação para a sua área de atuação, implantação e padronização de procedimentos assistenciais dentro das unidades de saúde, condições estruturais e materiais necessárias para prestar uma assistência segura e de qualidade.

O cuidar é uma prática do profissional de enfermagem, na qual, ele estudou, se capacitou, desenvolveu e desenvolve estudos para melhorar e fundamentar constantemente a qualidade de seu trabalho, entretanto, as ações de cuidar podem e deve ser compartilhada com os cuidadores, ação que vai refletir diretamente no fruto e objetivo do seu trabalho, que é a reabilitação e cura do seu cliente.

Certo que esse trabalho vai permitir a estudantes e profissionais de enfermagem, aos portadores de colostomia e seus familiares, a pessoas direta e indiretamente ligadas ao convívio com crianças colostomizadas, uma visão melhorada da qualidade da assistência de enfermagem e a contribuição que o profissional de enfermagem deve promover para sua clientela, no caso a criança colostomizada e seus familiares. Foi possível perceber nos trabalhos estudados durante esse período, que mesmo tendo um discurso universal sobre a participação da equipe multidisciplinar no processo de cura e reabilitação da criança colostomizada, fica a cargo da enfermagem prestar total assistência permitindo ao enfermeiro manter e ter uma visão holística dessa criança e seus familiares.

REFERÊNCIAS

BARREIRE, Olcinei A. Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. Jornal de Pediatria – vol. 79, nº 1, 2003.

LUNNEY, Margaret. Coleta de dados, julgamento clínico e diagnósticos de enfermagem:como determinar diagnósticos precisos. In: BARROS, Alba Lucia Bottura Leite; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro; AVENA, Marta; NAPOLEÃO, Anamaria Alves; BRASIL, Virginia Visconde. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA, Definições e classificações 2012 – 2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BRUNNER & SUDDARTH, SMELTZER, Suzanne C. [et al.]Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2009. P. 1071.

CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira. O Impacto da Ostomia no Processo de Viver Humano. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, p. 163-7, jan – mar, 2007.

Declaração Internacional dos Direitos dos Ostomizados.

http://www.abraso.org.br/declaracao_ioa.htm Acessado em 21/03/2014

GAMBOA, Nidia Sandra Guerrero. Pespectivas atuais e futuras no atendimento a crianças estomizadas. In: MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tárzia.

Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional. Martinari, 2011. P. 461 – 485.

GIL, A. C., COMO ELABORAR PROJETOS DE PESQUISA. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 1991.

LEGISLAÇÃO BÁSICA DE ENFERMAGEM, Coren. Ba. Maio de 2013 – 3ª edição.

MARUYAMA, Sônia Ayoko Tao. O Processo de Adoecer do Portador de Colostomia por Câncer. Rev. Latino-am Enfermagem, p. 216-22, março-abril, 2005.

MEEKER, Magaret Huth; ROTHROCK, Jane C.. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ao PACIENTE CIRÚRGICO. 10ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1997.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. Fundamentos de Enfermagem. 5ª. Ed. Rio de Janeiro. Guanabara, 2004. p. 82.

SCHWARTZ, Maria da Penha. Estomias. In: SILVA, Roberto Carlos Lyra da. FERIDAS FUNDAMENTOS E ATUALIZAÇÕES EM ENFERMAGEM. Yendis, 2011. P. 293 – 306.

UTIYAMA, Edivaldo M.; RASSLAN, Samir; BIROLINI, Dario. PROCEDIMENTOS BÁSICOS EM CIRURGIA. Ed. São Paulo: Manoela, 2008.

Capítulo 30

10.37423/220505932

AUTISMO E CONFORTO AMBIENTAL

Marcia Urbano Troncoso — *Universidade de Brasília*

Neusa Cavalcante — *Universidade de Brasília*

Resumo: O presente artigo trata de chamar a atenção para as necessidades dos autistas, no que se refere à sua relação com o ambiente construído. Apoiado em depoimentos de especialistas, familiares e dos próprios portadores desse especial transtorno e acreditando que a arquitetura e o urbanismo podem contribuir para a adaptação e o desenvolvimento desses indivíduos especiais, busca-se refletir sobre quais diretrizes devem orientar projetos de espaços ao ar livre mais adaptados e inclusivos. Entendendo que as necessidades dos portadores de Transtorno do Espectro Autista (TEA) envolvem, sobretudo, questões de caráter sensorial, admite-se que as soluções destas dizem respeito também ao campo da ergonomia e do conforto ambiental, vistos aqui sob uma ótica ampliada.

Keywords: *Autism, Sensory perception, Environmental comfort.*

1. INTRODUÇÃO

Segundo dados atuais do *Center of Disease Control and Prevention (CDC) 1*, nos últimos 30 anos, a incidência de casos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) aumentou 600%. Em 2008, estimava-se, nos Estados Unidos, 1 caso para cada 88 crianças e, em apenas dois anos, essa proporção cresceu 30%, passando, em 2010, para 1 caso a cada 68. Este quadro demonstra a urgência da oferta de espaços inclusivos, internos e externos, para indivíduos que passam a maioria do tempo isolados no interior de suas casas, inseguros, com pouca autonomia, e dependendo de cuidadores para sobreviver.

No entanto, a despeito da alta incidência de casos, não existem discussões sobre o problema da acessibilidade e do conforto desses indivíduos nas cidades contemporâneas. Por outro lado, muitas obras recentes, escritas por especialistas, familiares ou pelos próprios portadores do transtorno, têm trazido à luz uma série de informações importantes, que, servindo de subsídio para esse debate, podem contribuir para a elaboração de projetos de espaços arquitetônicos e urbanísticos mais adequados e inclusivos.

Após um breve retrato sobre as características dos fenômenos que afetam os portadores de TEA, pretende-se nesse artigo levantar a hipótese de que uma linguagem arquitetônica lúdica e abstrata poderia dialogar melhor com os autistas, no sentido de gerar uma empatia destes com seu entorno espacial, passando maior segurança e prazer ao se conectarem com o mundo a sua volta. Além disso, como as necessidades dos portadores de TEA envolvem questões de caráter sensorial, não seria errado admitir que as soluções destas dizem respeito também ao campo da ergonomia e do conforto ambiental, vistos então sob uma ótica ampliada.

2. DESENVOLVIMENTO

A comunicação do ser humano com seu entorno é feita por meio dos cinco sentidos: visão, audição, olfato, paladar e tato. E foi a evolução dessas formas de perceber o meio ambiente que ajudou a nossa espécie a sobreviver no planeta. Mas o que acontece quando estas percepções funcionam de forma diferente do que é considerado normal? Em seu livro *O cérebro autista: pensando através do espectro*, Temple Grandin (2014) afirma que nove entre dez pessoas com autismo apresentam um ou mais transtornos sensoriais que interferem na sua capacidade de gostar e sentir prazer em um mundo difícil de ser codificado.

> Suspeito que os pesquisadores simplesmente não entendem a urgência do problema. Eles não conseguem imaginar um mundo onde roupas que pinicam o fazem sentir-se pegando fogo, ou onde uma sirene soa como se alguém

> estivesse perfurando meu crânio com uma furadeira... como socializar pessoas que não toleram o ambiente onde devem se mostrar sociáveis..? (GRANDIN, 2016, p. 80)

Compreender o contexto de uma situação pode ser algo muito complicado quando o cérebro não consegue decifrar bem as sensações percebidas pelo nosso corpo. Em sua obra *How can I talk if my lips don't move?: inside my autistic mind* (2011), Mukhopadhyay relata que possui dois eus, um atuante, estranho e cheio de energia, e outro pensante.

Enxergando-se como peças, como uma mão ou uma perna, afirma que costumava girar em círculos para poder juntar as partes num todo. De fato, para compensar algumas alterações cerebrais, as pessoas com TEA tendem a repetir suas ações em uma busca obstinada pelo equilíbrio, o que os faz muitas vezes desenvolver talentos.

> Eu procurava simplesmente um mundo de coerência bem provido de referências fixas. A mudança constante que era preciso enfrentar por toda parte nunca me dava tempo de me preparar. É por isso que eu encontrava tanto prazer em fazer e refazer as coisas. (WILLIAMS, 2012, p. 90)

Focadas na tarefa de organizar, ou completar uma sequencia, as crianças autistas utilizam padrões racionais, repetitivos e contínuos, que contribuem para garantir certa estabilidade em um mundo tão dinâmico. Em *The believing brain*, o psicólogo Michael Shermer afirma que a mente humana possui uma tendência a encontrar padrões mesmo quando eles não existem. Segundo ele, o cérebro evoluiu para ligar pontos do nosso mundo formando padrões de sentido que expliquem por que as coisas acontecem. Esse comportamento pode se observado em crianças com TEA que passam horas alinhando seus brinquedos, viajando em mundos paralelos, ou apenas admirando o leve movimento das bolhas de sabão, semelhantes na forma e brilho, que magicamente flutuam pelo ar, demonstrando encanto com a beleza das formas simples e abstratas como os círculos e as linhas.

Representar estes padrões, alinhamentos em projetos ou mesmo reforçar a ideia de continuidade em espaços circulares poderia ser um caminho para uma comunicação mais prazerosa destes usuários com o espaço arquitetônico. Segundo Tuan,

> O meio ambiente construído como linguagem tem o poder de definir e aperfeiçoar a sensibilidade. Pode aguçar e ampliar a consciência. Sem arquitetura, os sentimentos sobre o espaço permanecem difusos e fugazes... A forma construída tem o poder de aumentar a consciência do sentido de interior e exterior, intimidade e exposição, vida privada e espaço público. (1977, p. 119)

Os poucos projetos mais específicos para esse público concentram-se, quase que exclusivamente, em ambientes internos de escolas, clínicas ou centros de terapia, sendo que menos ainda tem se pesquisado sobre a importância do ambiente, principalmente externo, para o conhecimento delas

sobre o mundo. Além disso, não há uma clara conscientização sobre as diferenças existentes entre os pequenos habitantes das cidades: enquanto as crianças neurotípicas comuns compreendem mais facilmente a partir do todo, as autistas costumam focar mais as partes e os detalhes, o que decorre de características que perturbam suas percepções, limitando, muitas vezes, sua apropriação do mundo.

A expressão usada por Williams, *Parem o mundo, eu quero descer!,* mostra bem como pessoas com TEA se sentem vivendo no caos de uma metrópole, dentro do ritmo intenso das ruas de uma cidade, ou tolerando apenas os ruídos de seu bairro.

Apesar de a exploração dos espaços ao ar livre ser algo complicado, e muitas vezes nada prazeroso, para um pequeno autista, o seu isolamento do mundo não deve servisto como uma boa solução.

> Pais e cuidadores precisam colocar as crianças no mundo, porque elas não vão se interessar por coisas com as quais não tem contato... Seus pais os deixaram cair numa rotina que nunca varia e não traz experiências novas... Até os autistas com problemas graves precisam ver o mundo... serve estar perto de casa. Não em casa, mas perto de casa. É essencial que a criança saia de casa... (GRANDIN, 2016, p. 194)

Crianças adoram a liberdade, mas precisam da presença de um adulto para livrá-las da ameaça e da sensação de medo que o próprio espaço aberto pode passar. Assim protegidas, desfrutam melhor de sua aventura ao explorar o desconhecido.

Partindo-se do princípio que a insegurança acomete a todos os pequenos, pode-se afirmar que esse sentimento é potencializado no caso de uma criança com TEA, pois que o distúrbio provoca muita confusão na percepção das informações e na interpretação de seus sentidos. E o meio ambiente urbano, cheio de ruídos, odores e poluições visuais, torna-se um cenário caótico que provoca instabilidade nesses seres hipersensíveis.

Superar medos e sair da rotina para aumentar o grau de tolerância ao que seja fora do comum são estratégias que devem ser estimuladas não só no trato com os autistas, mas com todas as crianças, com o intuito de promover, de forma ampla, a inclusão e a aceitação ao diferente. As crianças deveriam se incomodar menos ao ver um coleguinha sentindo prazer em repetir inúmeras vezes o mesmo movimento giratório.

Ao invés de julgar, por que não participar do ato lúdico e simplesmente girar com ele? Essa seria uma atitude mais compreensiva e inclusiva do que impedir que o colega siga sozinho com sua estereotipia. Respeitar as pausas de um autista também seria outro bom exemplo de inclusão, em ocasiões em que este preferir sair para se isolar por alguns minutos em um lugar distante. O tempo é extremamente

necessário para acalmar os sentidos e recuperar o foco de um portador de TEA, pois as atividades sociais, cheias de informações, deixam-nos muito estressados, obrigando-os a se recolherem momentaneamente em seu mundo particular.

Para eles, a segurança de estar só, como dentro de uma concha, é como um grande sonho.

> As conchas em espiral não existem somente pela beleza, há outra coisa. Deves compreender que existem vários peixes que têm o focinho tão comprido que comeriam a maioria dos peixinhos se a casa deles fosse reta; mas, quando são assaltados à porta por seus inimigos, ao fugirem para dentro retiram-se em círculos, seguem o trajeto da linha espiral e o fazem de tal modo que seus inimigos não lhes podem fazer mal. (BARCHELARD, 2000, p. 138)

Alguns cuidadores tentam fazer uma ponte entre o isolamento do mundo circunspecto do autista com outros círculos sociais, mas esse processo de interseção entre os dois mundos demanda muita cautela.

> [...] o ser é sucessivamente condensação, que se dispersa explodindo, e dispersão, que reflui para um centro. O exterior e o interior são íntimos: estão sempre prontos a se inverter, a trocar sua hostilidade. Se há uma superfície-limite entre tal interior e tal exterior, essa superfície é dolorosa dos dois lados. (BARCHELARD, 2000, p. 221)

Essa dor da transição entre o espaço interior e o exterior poderia ser bastante amenizada por meio de projetos arquitetônicos adequados. Com exceção de creches ou playgrounds, poucos lugares são planejados para crianças. Em seu livro *Espaço e lugar: a perspectiva da experiência* (1983), Tuan chama a atenção para o caráter brincalhão e experimental dos movimentos infantis. Observa ainda como os opostos são claramente identificados por crianças com pouco mais de dois anos, deduzindo que a habilidade espacial do corpo precede o conhecimento mental do espaço. Ao movimentar o corpo, a criança absorve lentamente a noção de fenômenos gêmeos opostos, vivenciando experiências tais como: cima/baixo, frente/trás, claro/escuro, interior /exterior etc.

Ainda segundo o autor, no início da vida o ser humano não consegue distinguir entre o eu e o meio ambiente, pois não percebe o mundo fora de si. O primeiro ambiente que o bebê descobre, inicialmente com a boca, depois com as mãos e, posteriormente, com os olhos, é a mãe. Somente em seguida reconhece o interior de sua casa como o lugar de seus brinquedos. Assim, nos primeiros anos de vida, o “aqui” tem um significado maior do que o “lá”, pois só com o tempo as crianças vão perceber o jardim e a rua como o exterior. Para os autistas, existe uma grande dificuldade em se posicionar no ‘lá’, ou seja, no lugar do outro.

A palavra autismo, formada por *auto (do gr. - referente a si mesmo*) + *ismo* (*sufixo que indica ação ou estado*), reforça a escassa interação dos indivíduos portadores do distúrbio com seus semelhantes,

pois eles se identificam mais com o ‘aqui’, preferindo a segurança de ambientes mais conhecidos como o interior de suas casas. Enquanto, para a maioria dos bebês, o quarto representa um lugar seguro, fora de casa, esse jovem explorador, solto na amplidão do vazio, experimenta uma mistura de medo e liberdade.

Assim, a criança começa a distinguir o lugar como ‘pausa’ e o espaço como ‘movimento’.

Experimentar desde cedo os opostos, entre o interior/exterior, pausa/movimento, é de extrema importância para uma coerente estruturação corporal.

Crianças portadoras de TEA não podem ficar limitadas a esta fundamental educação espacial e, por isso, os tratamentos voltados ao autismo deveriam alternar os contatos entre espaços públicos e privados. Muito embora os espaços fechados ajudem essas crianças a focar e aumentar seu tempo de concentração, os familiares e terapeutas não podem deixar de incentivar os movimentos ao ar livre.

Surge assim um alerta, ou talvez um problema a ser pensado com mais cautela: uma linguagem arquitetônica lúdica e abstrata poderia dialogar melhor com os autistas, no sentido de gerar uma empatia destes com seu entorno espacial, passando maior segurança e prazer ao se conectarem com o mundo a sua volta? Que características deveriam ter os ambientes para permitir maior conforto às crianças autistas?

Acredita-se que a arquitetura possua uma capacidade de tocar a sensibilidade humana, podendo ser utilizada como instrumento terapêutico na inclusão de crianças com transtornos de comportamento. Encontros e ocasiões prazerosas são funções fundamentais que não podem ser esquecidas por arquitetos e urbanistas ao projetar cidades e edifícios capazes de beneficiar a interação social e o aprendizado.

No caso dos espaços internos, um esforço nesse sentido vem sendo feito, desde 2008, por Mostafa que, com intuito de formular diretrizes para o projeto, enumera sete requisitos fundamentais para ambientes residenciais voltados à essa demanda: acústicos, sequenciamento espacial, espaço de fuga, compartimentalização, transições, zoneamento sensorial e segurança. No que diz respeito à audição, o ambiente acústico deve ser pensado de forma a minimizar o ruído de fundo, o eco e a reverberação. O que a autora chama de sequenciamento espacial diz respeito à organização lógica das áreas internas, baseada na programação horária de uso desses espaços. Segundo Mostafa, deve-se poder fluir, o mais perfeitamente possível, de uma atividade para a outra por meio de uma circulação unidirecional com o mínimo de interrupções. O objetivo do espaço de fuga, que pode ser um pequeno abrigo em uma

área tranquila de um comodo ou em todo um edifício, é proporcionar aos autistas um descanso da superestimulação encontrada nos seus ambientes de vivência. Ele deve ser um ambiente sensorialmente neutro, com estimulação mínima que pode ser personalizada pelo usuário para fornecer as condições ambientais necessárias a cada caso.

A compartimentalização se refere à necessidade de que cada ambiente possua uma função clara e uma apropriada qualidade sensorial, ou seja, *"a place for everything and everything in its place"* (Mostafa, 2008, p. 204). A zona de transição ajuda o usuário a recalibrar suas energias sensoriais no caso de mudar de um determinado nível de estímulo para outro. Por meio do zoneamento, pretende-se que os ambientes sejam projetados de acordo com as percepções sensoriais dos usuários ao invés de serem baseados em zonas funcionais ordinárias e generalizantes. Finalmente, a autora recomenda um cuidado especial com a segurança dos ambientes projetados para crianças autistas, as quais possuem um sentido alterado em relação ao seu entorno.

No entanto, não existem ainda propostas específicas para os espaços ao ar livre adequados ao uso dos autistas. Os playgrounds a céu aberto são espaços de transição entre a casa e o caos urbano, que podem assegurar a proteção e o conforto dos quartos infantis cheios de brinquedos e, ao mesmo tempo, promover maior liberdade de movimento das crianças em seus bairros. O apelo ao **lúdico** constitui uma delicada fórmula para neutralizar a dor e a resistência observadas nos tratamentos de inclusão dos portadores de TEA.

Terapeutas e educadores mais sensíveis, como, os adeptos de programas de ensino estruturado para pessoas com autismo - Son-Rise, ABA (*Applied Behavior Analysis) e TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication related Handicapped Children)* - respeitam o processo criativo infantil, aproveitando-se dele para tentar ler os símbolos e as mensagens subliminares que as crianças conseguem passar em seus momentos lúdicos. De acordo com o método norte-americano *Son-Rise* – *Aprender brincando* –, a dinâmica parte do interesse particular de cada paciente, e o **prazer** constitui o ponto de partida para promover o contato de crianças com o próximo e o mundo. De maneira sistemática, os terapeutas avaliam primeiramente as mínimas motivações destas crianças, depois estudam quais recompensas as ajudariam a dar respostas mais eficientes.

As crianças sempre brincam com muita concentração. O **jogo** é capaz de absorver inteiramente o jogador, que se desconecta da realidade do dia a dia e mergulha em um mundo paralelo. Para Huizinga (1938), tanto as crianças como os animais brincam por prazer e daí resulta sua sensação de liberdade. Brincar é uma forma eficaz de aprendizagem, já que o jogo constitui uma manipulação de imagens,

uma certa 'imaginação' da realidade, ou seja, uma transformação desta realidade em imagens. Jogar é literalmente colocar para fora o que vemos dentro da nossa cabeça, ou seja, a imagem em ação.

> Eu provia minha própria educação. Vagava muitas vezes pelos arredores da escola. Cada escapadela me arrastava a outra aventura... Eu não ia a lugar nenhum em particular. Simplesmente ia. Subia as escadas das torres, brincava no elevador ... Brincava nas paradas de bonde... Aprendi uma porção de coisas desta maneira. (WILLIAMS, 2012, p. 126).

Aprender ao brincar e explorar o entorno de forma lúdica induz à necessidade de dialogar com o mundo, mesmo considerando a dificuldade que a maioria dos portadores de TEA têm de comunicar o que pensam por meio da fala.

> Eu quero falar para você agora sobre diferentes modos de pensar. Você tem que fugir da linguagem verbal. Eu penso em imagens. Eu não penso em linguagem falada. Agora a coisa sobre a mente autista é que ela se prende aos detalhes, e o cérebro normal ignora os detalhes. As pessoas estão deixando de fazer as coisas com as mãos. Eu estou realmente preocupada, pois muitas escolas têm tirado as aulas de trabalhos manuais, porque arte e aulas como estas, eram onde eu era excelente. (GRANDIN, 2010)

Maneiras de expressão mais lúdicas podem substituir a linguagem falada, contribuindo sobremaneira para que uma criança especial possa expor suas emoções. Brincar com a linguagem corporal no esporte ou no teatro; interagir com o ritmo da música, dançando ou tocando um instrumento; fazer esculturas, pinturas ou desenho são caminhos eficazes na busca de uma linguagem que se adapte ao perfil de cada ser humano.

Muitos tratamentos usam Terapias Ocupacionais na busca do equilíbrio dos sentidos de seus pacientes, sendo que alguns pais recorrem à musicalização ou às artes visuais como auxiliares no desenvolvimento da expressão de seus filhos.

Um dos primeiros registros da introdução da **arteterapia** em tratamentos psiquiátricos no Brasil ocorreu, no início da década de 1950, no Hospital Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro. Nas sessões de terapia ocupacional, chamou a atenção da psiquiatra Nise da Silveira a presença de uma linguagem universal nas representações gráficas de seus pacientes: o **círculo**. Em cartas ao mestre Jung, Nise comentou a curiosa repetição, nas pinturas de vários internos, do uso de mandalas, que surgiam, quase sempre, nas horas mais tranquilas, em que o cérebro, parecendo organizar melhor as ideias, fazia uso de formas geométricas, durante o prazeroso ato de pintar ao som de música clássica.

A tendência à **geometrização** também foi observada em 1926, pelo psicólogo alemão Heinrich Kluver, ao concluir que a maioria das alucinações visuais se encaixavam em algumas categorias da geometria básica, como quadrículas, triangulos e espirais. Outro pesquisador da Universidade da Califórnia, o

matemático Jack Cowan, em um artigo para a *New Scientist* (1983), destacou que, como as alucinações ocorriam independente dos olhos, a fonte das imagens não estava na retina, mas no próprio córtex visual.

> O que isso indica é que quando você vê padrões geométricos, a arquitetura do seu cérebro deve refletir esses padrões e, portanto, deve ser geométrica.(apud GRANDIN 2016, p. 162)

O gesto circular, símbolo universal e uma das formas geométricas mais representadas pelo ser humano, está presente nos desenhos de quase todas as crianças em suas primeiras garatujas. Os círculos surgem com o natural movimento dos braços e das mãos, e os pequenos parecem se encantar com a ideia de ver algo se fechando: linhas circulares, que marcam o diferente como um lugar; um objeto independente do vazio, que nasce da folha em branco.

Como uma forma pura e simbólica, o círculo adquire, no desenho infantil, vários significados, podendo expressar de sol até mesmo pessoas. Mais que uma tentativa de representar a realidade, exprime um sentimento. Muitos artistas tinham plena consciência de que atingiriam seu auge criativo quando resgatassem o seu espírito lúdico, ou quando voltassem a pensar como crianças, como confessou Picasso: "*Quando tinha 15 anos, sabia desenhar como Raphael, mas precisei uma vida inteira para desenhar como criança*" (apud VASCONCELLOS, 2007, p. 69).

Assim como esse pintor catalão que, rompendo com a tradição da pintura européia, introduziu o cubismo e as abstrações geométricas, principalmente após o contato com a arte africana, outros artistas da vanguarda do século XX buscaram novas formas de expressão artística, para fugir das limitações da representação figurativa da realidade e também na tentativa de melhor se identificar com o novo mundo que se anunciava.Worringer, em seu livro *Abstração e Natureza (1908),* sugere que a **linguagem abstrata**, após a Primeira Guerra, tenha surgido por receio ou fuga da realidade, em contraponto com as representações figurativas encontradas, sobretudo, em culturas onde as pessoas tiveram mais empatia com o mundo. De fato, muitos artistas, buscando fugir da crueldade do pós-guerra, mergulharam conscientemente na geometrização e na busca de uma **utopia** que os distanciasse do cenário de mortes e destruições. A decepção com um mundo capaz de produzir uma guerra entre povos irmãos levou muitos intelectuais e artistas a se debruçarem sobre a busca de uma nova linguagem para um novo homem, por meio da abstração e da geometrização.

A rejeição à realidade também constitui uma das características dos autistas, não no sentido consciente de expressar uma negação à agressão dos seres humanos, mas simplesmente para evitar a enorme quantidade de informação que o mundo real os apresenta. Viver no mundo dos sonhos,

onde imagens mais divertidas aparecem para dar sentido às suas utopias, pode ser uma maneira lúdica que encontram para sobreviver no dia a dia.

Formas abstratas, figuras geométricas e **padrões** repetitivos parecem ser elementos que adquirem o caráter de linguagem universal, de grande potencial, em seu mundo comunicativo, como descrito por William:

> Eu via de novo o mundo fragmentado e em pequenos pedaços. Só percebia figuras geométricas de motivos atraentes: triângulos verdes, quadrados dourados ou simplesmente o azul, no qual meu olhar mergulhava com deleite." (2012, p. 114)

Partindo desta hipótese, acredita-se que locais belos, lúdicos e abstratos, como os playgrounds de Van Eyck e algumas áreas de lazer nas quadras residenciais de Brasília, ou outros exemplos de parques contemporâneos, sirvam como modelos a serem estudados como contribuição e inspiração para futuros espaços mais inclusivos. Tem se observado que nos playgrounds mais abstratos, criados a partir de volumes geométricos simples, as formas adquirem a capacidade de se tornar um canal de comunicação universal, o que não somente contribui para desenvolver a imaginação das crianças em geral, como atende à necessidade dos portadores de TEA, no que diz respeito à possibilidade de interagir com o mundo.

Infelizmente, grande parte dos atuais espaços urbanos não são pensados para oferecer beleza e prazer ao público. Construções, em geral áridas e cheias de muros, reproduzem os tradicionais lotes individualizados que, privilegiando uma suposta segurança, contribuem para perpetuar a febre de criar condomínios desagregados do contexto urbano e de oferecer paraísos artificiais isolados. Os espaços externos acabam sendo subutilizados pelos escassos transeuntes, que preferem se deslocar no conforto do ar-condicionado de seus carros, restando à cidade apenas o papel de autopistas de rápida conexão.

Se passear pelo espaço urbano já não é uma tarefa naturalmente agradável para a maioria dos indivíduos, imaginem para portadores de TEA! Carros e motos barulhentas a toda velocidade pelas ruas, muros pichados, poluição visual pelo excesso de propagandas, calçadas quebradas, sombras escassas e praças abandonadas constituem fatores de constante ameaça. Os poucos playgrounds cercados, quase sempre 'depósitos' de crianças barulhentas, estão longe de ser uma área convidativa para os autistas, que evitam o contato com a multidão. Talvez por isso, alguns pais achem mais seguro manter seus filhos isolados em suas casas. Diante desse quadro, é importante fazer um alerta sobre a

importância de se criar um mundo, onde os pais também possam compartilhar momentos agradáveis ao ar livre com seus filhos.

Pode-se aprender muito com o importante conceito de A *Cidade como Playground* do arquiteto Aldo Van Eyck, para quem *"[...] a arquitetura tem que facilitar a atividade humana e promover a interação social."* (apud OUDENAMPSEN, 2009). Ao projetar mais de setecentos playgrounds, entre 1947 e 1978, o arquiteto holandês assumiu um compromisso com a criação de espaços que pudessem ajudar na interação entre adultos e crianças. Com o intuito de melhorar a qualidade de vida urbana para inúmeras crianças órfãs da Amsterdã do pós-guerra, seus equipamentos baseavam-se em formas simples e abstratas, de modo a permitir a fluidez da imaginação infantil. Com as interpretações em aberto, cada um dos pequenos usuários podia se apropriar subjetivamente do espaço intersticial, com composições não hierárquicas, que conduziam a uma arquitetura fluida de fácil adaptação à vida cotidiana de bairro.

> Van Eyck pensava na cidade ideal como um labirinto de pequenos territórios íntimos ou, mais poeticamente, como uma constelação casual de estrelas. Um playground em cada esquina era apenas um primeiro passo para a 'cidade lúdica', a cidade da brincadeira [...] Por mais que espaço e tempo sejam importantes, lugar e ocasião importam mais. Pois na mente do homem, o espaço é o lugar e o tempo é a ocasião. Como as pessoas podem fazer do espaço algo próprio e criar um 'sentido de lugar' subjetivo? O playground, espaço intermediário entre o público e o privado, é lugar e ocasião combinados. (ROSA, abr. 2013)

Assim como as formas geométricas de Van Eyck, pensadas para estimular a criatividade e a imaginação infantil, ambientes exemplares com características lúdicas perfeitamente inclusivas foram criados por arquitetos brasileiros. Entre 1950 e 1960, um dos períodos mais expressivos da cultura brasileira, mestres modernistas, como Lucio Costa, Oscar Niemeyer, Athos Bulcão e outros, acreditaram na possibilidade de conceber espaços residenciais agradáveis para os moradores da nova capital, utopia essa que se traduziu nas Unidades de Vizinhança.

Na Superquadra 308 Sul, que integra a primeira dessas unidades concluída na cidade, a redução da área de uso dos veículos foi possível graças à diminuição do número de blocos de onze para nove e da construção de garagens subterrâneas. Construídos sobre pilotis, os blocos liberam espaços livres e sombreados, que se articulam com praças, espelhos d'água, murais de azulejos, áreas verdes projetadas por Roberto Burle Marx, e passeios seguros e agradáveis, que dão acesso às escolas, à biblioteca pública, à igreja, às quadras de esporte e ao clube de vizinhança.

Atualmente considerada modelo, essa superquadra constitui um exemplo de que utopias podem se tornar realidades e de que é possível aliar urbanismo, arquitetura, paisagismo e arte na construção de espaços prazerosos e funcionais, que valorizem a paisagem e respeitem a escala de vizinhança. Passando maior segurança e criando sensações de abrigo em recantos e lugares onde o tempo se transforma em ocasião, essa escala, mais próxima da infantil, permite a vivência e o registro de experiências perceptivas, que ajudam na construção do conhecimento sobre o mundo.

A importância da menção desse espaço em Brasília deve-se ao estudo de caso que, baseado em observações sistemáticas, atesta a grande evolução no tratamento do filho de uma das autoras, de sete anos, portador de TEA. Pretende-se deixar aqui registrada uma lembrança aos colegas arquitetos, sobre a força transformadora que existe por trás das formas abstratas dos espaços arquitetônicos.

5. CONCLUSÃO

Um importante desafio que aqui se coloca é o de, dando continuidade ao trabalho de Mostafa, não somente avaliar como estender suas diretrizes para os espaços ao ar livre. Nesse sentido, cabe pensar soluções arquitetônicas e urbanísticas para espaços de vivência externa, onde possam ser minimizados os ruídos da cidade. Espaços esses que devem ser bastante organizados, e também compartimentalizados em função das atividades que ali serão desenvolvidas. Merece cuidado ainda a definição dos interstícios de transição entre atividades diferenciadas. Mais importante, no entanto, é estabelecer os locais de fuga necessários ao repouso mental das crianças autistas, mas que sem dúvida, são também locais privilegiados e que atraem as crianças em geral, pela capacidade de alimentar suas fantasias individuais.

Os primeiros passos, que já vem sendo dados, consistem em levantar e analisar, ergonomicamente e do ponto de vista do conforto ambiental, espaços existentes projetados com o intuito de servir de suporte às brincadeiras infantis. Em seguida, trata-se de verificar em que medida os critérios estabelecidos por Mostafa, ao serem confrontados com esses espaços, atendem aos requisitos específicos do público-alvo no que se refere à vivência ao ar livre. A partir daí, surgirão os pontos de apoio capazes de dar suporte às diretrizes de projeto para novos espaços do brincar e do aprender livres, abertos e inclusivos.

Do ponto de vista metodológico, a partir das informações colhidas tanto na bibliografia especializada quanto nas narrativas das próprias crianças autistas em relação a sua percepção do mundo, objetiva-se formular um instrumento, que possa dar subsídios para projetos de espaços livres mais lúdicos e

inclusivos. O próximo passo seria desenvolver algumas sugestões de partidos para alguns lugares específicos, previamente definidos no corpo da pesquisa.

4. REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Julia [et alli.]. Introdução à ergonomia: da prática à teoria. São Paulo: Blucher, 2009.

BACHELARD, Gastón. A poética do espaço. São Paulo: Brasiliense, 2000.

BATISTAS, Jairo. A imagem de Brasília nas crianças. Dissertação de mestrado. Brasília: UnB, 2003.

BERMAN, Tali F.; RAPPAPORT, Abby.

Brincar para crescer: 201 atividades projetadas para ajudar crianças especiais a desenvolver habilidades sociais fundamentais. Tubarão: Copiart, 2010.

FONSECA, Maria Elisa Granchi. Vejo e aprendo: fundamentos do Programa TEACCH. Ribeirão Preto: Book Toy, 2014.

GRANDIN, TEMPLE. O mundo necessita de todos os tipos de mentes. Entrevista TED, 2010.

https://www.ted.com/talks/temple_grandin_the_world_needs_all_kinds_of_minds/transcript?language=pt-br

GRANDIN, Temple; PANEK, Richard. O cérebro autista: pensando através do espectro. Rio de Janeiro: Record 2016.

HUIZINGA, Johan (1938). Homo ludens. São Paulo: Perspectiva, 2000.

LEBOYER, Marion. Autismo infantil. Fatos e modelos. Campinas: Papirus, 2005.

MOSTAFA, Magda. An architecture for autism: concepts of design intervention for the autistic user. Archnet-IJAR. International Journal of Architectural Research, vol. 2, issue 1, março 2008. http://www.archnetijar. net/index.php/IJAR/article/viewFile/182/2

_____ . An architecture for autism: application of the autism aspects design index to home environment. The International Journal of the Constructed Environment, vol. 20, 2014. Illinois: Common Ground Publishing.

https://www.researchgate.net/publication/285345382_An_Architecture_for_Autism_Application_of_the_Autism_ASPECTS_Design_Index _to_Home_Environments

OUDENAMPSEN, Merijn. A cidade como playground. Belo Horizonte: Revista Piseagrama nº. 03, 2009.

PALLASMAA, Juhani. As mãos inteligentes: a sabedoria existencial e corporalizada na arquitetura. Porto Alegre: Bookman, 2013.

ROSA, Marcos. Revisitando os playgrounds de Aldo van Eyck, 1947- 2011. Vitruvius. 074.02 ano 07, abr. 2013.

http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arqu iteturismo/07.074/4707

SANS, Paulo de Tarso Cheida. Pedagogia do desenho infantil. São Paulo: Alínea, 2007.

SHERMER, Michael. The believing brain: from ghosts and gods to politics and conspiracies---how we construct beliefs and reinforce them as truths. New York: Times Books, 2011.

TUAN, Yi-Fu (1977). Espaço e lugar: a perspectiva da experiência. São Paulo: Difel, 1983.

VASCONCELLOS, Marina da C. M. Quando a Psicoterapia Trava. São Paulo: Summus, 2007.

WILLIAMS, Chris. Convivendo com autismo e síndrome de Asperger: estratégias práticas para pais e profissionais. São Paulo: M. Books, 2008.

WILLIAMS, Donna. Meu mundo misterioso: testemunho excepcional de uma jovem autista. Brasília: Thesaurus, 2012.

WORRINGER, Wilhelm. Abstracción y naturaleza. México: Fondo de Cultura Económica, 1953.

Capítulo 31

10.37423/220505937

PHASES OF TYPICAL AND ATYPICAL CHILD DEVELOPMENT, CORRELATION IN CEREBRAL PALSY

Paola Naiury Domaresk — *Centro Universitário Campos de Andrade*

Vitoria Sousa — *Centro Universitário Campos de Andrade*

Amanda Meireles — *Centro Universitário Campos de Andrade*

Adna Cristina — *Centro Universitário Campos de Andrade*

Emanuele Lana — *Centro Universitário Campos*

Antonio Beira de Andrade Junior — *Centro Universitário Campos*

Abstract: Motor development is known for its constant evolution, as it allows a baby to develop his motor skills and perform complex and coordinated movements. Such knowledge on the subject is extremely important for the physical therapist, so that he is able to deal with certain situations, which include pathological conditions and developmental delays, requiring intervention and rehabilitation, thus making implications for cerebral palsy (CP).

Keywords: Cerebral palsy, Motor skills disorders, Child development

1. INTRODUCTION

Typical motor development is a continuous process of motor behavior, where evolution occurs throughout the life cycle. When this development occurs in the expected pattern, affecting motor behavior, it is considered an atypical development. The study of motor development is related to age, but we must remember the individuality of each individual in relation to movement abilities and skills [1].

CP is infantile encephalopathy, in the motor phase that manifests itself in the developmental phase of infantile encephalopathy (up to three years of age) [2].

The main factor that affects CP is the motor impairment where, consequently, the body biomechanics and the functional performance are physical [3].

In view of this, this study aimed to analyze the phases of typical and atypical child development; to promote the evolution of its treatment through the intervention and rehabilitation of the CP.

2. MATERIALS AND METHODS

To achieve the objective proposed in this study, articles were selected from the Scielo and Pubmed databases using keywords such as: Cerebral palsy, childhood motor skills, development. We found 40 articles, which were found in English and Portuguese and 37 were excluded because initially they were evaluation methods and not physiotherapeutic rehabilitation.

Remaining 3 articles for review with Qualis A1 in the large evaluation area 23 or with an impact factor greater than 3.0.

3. RESULTS

The research results were described in Table 1.

The child's development from the neuropsychosensory and motor point of view depends on the maturation process of the central nervous system (CNS), especially in the first year of life, they demonstrated that the maturation process is related to the degree of myelination, arborization and formation of synapses of the nerve cells in the CNS, which gradually inhibit primitive reflex activities, passing through a transition phase and, finally, assuming voluntary command of these activities, which will only remain in pathological conditions in patients with brain injury. The maturation of the CNS allows, in addition to inhibiting the primitive reflex activity present in premature newborns (NB), the

development of reactions of rectification, protection and balance (postural reflex activity), intellectual development and sensory functions in a harmonic and integrated [4].

Table 1. Summary From results obtained from articles selected.

Authors/Year	Participants	Age	methods	Results
Janssen L., Steenbergen B., 2011	13 children with PRAÇA and 24 children in development.	7 – 12 years old	The children had to pick up and carry a vertical cylinder to a lower shelf or for one shelf more high. THE result of these tests were used to confirm the hand preference that were relected by the participants.	The tests revealed that the height difference of grip in children with CP was significant for both at hands (hand favorite: M= 1.72 cm, t(23)=2.53, p=0.019; non-preferred hand M= 3.69 cm, t(23) =3.52, p=0.002), but not in children with PRAÇA unilateral (hand any less affected: M = 1.38, t(12)=1.51, p=0.16; hand more affected: M= 0.33, t(12) =0.25, p=0.81) These results suggest that the control children adapt their height from hold to the next target, in contrast with at children with PC.
Rosangela LM Vasconcelos et al.,2009	70 children / families	4 The 7.5 years old	Included in the study were all children within the age group proposal, with diagnosis confirmedof PC, the objectives of the study are identify the functional differences of children with CP with different levelsof motor dysfunction and correlate these differences with the domains of mobility, self-care and function Social.	The characteristics of the children evaluated are presented in Table 1. Of the 70 children, 46 (66.7%) were classified in the levels IV/V of GMFCS. The presence was observed of disturbances associated vision, speech and language disorders mental and convulsions in distribution fickleand heterogeneous at the various levels studied. Thosedisturbances were also evidenced, predominantly, us levels IV/V
Regina T. Harbor, Sarah AND. Berger., 2019	20 babies with delay in development and/or PRAÇA	8 The 34 months	Participated in one intervention withemphasis on problem solving motor base and an intervention focused on advancing skill motor through assistance to reach standards in movements ideas.	Participants in both groups obtained significant motor gains from the base, with no difference between the groups of intervention in measurement change scores of gross motor function. The participants of problem solving group showed earnings significant in the scores in resolutionearly problems for babies in relation to participants of group in standards in ideal moves. Overall, the participants increased the active touch of toys and increased The appearance simultaneous with The active touch.

At this level, motricity and tonus disorders are manifested by specific characteristics, such as lack of control over movements, adaptive changes in muscle length and, in some cases, can lead to bone deformities. This occurs in periods when the child has an accelerated pace of development, compromising the process of acquiring basic motor milestones (rolling over, sitting, crawling, walking) and also in activities of daily living (bathing, eating, dressing) [5].

It is known that the main alteration present in children with cerebral palsy (CP) is motor impairment, which causes several changes resulting from encephalopathy, with consequent changes in body biomechanics. In addition, the child may present cognitive, sensory, visual and auditory disorders that are added to the motor alterations [3].

Typical motor development is the constantly evolving set of characteristics. From birth, the child undergoes profound changes, going from a condition of total dependence controlled only by reflex movements, to becoming an independent being with its own desires. These changes occur mainly in the motor, sensory and psychic areas. Atypical motor development has the persistence of primitive reflexes, insufficiency of balance reactions, hypotonia, hypertonia or fluctuation, presence of tonic reflexes, stereotyped movements, poor without selectivity,

4. DISCUSSION

Authors should discuss the results and how they can be interpreted from the perspective of previous studies and of the working hypotheses. The findings and their implications should be discussed in the broadest context possible. Future research directions may also be highlighted.

5. CONCLUSIONS

This section is not mandatory but can be added to the manuscript if the discussion is unusually long or complex.

6. PATENTS

This section is not mandatory but may be added if there are patents resulting from the work reported in this manuscript.

Funding: “This research received no external funding”

Data Availability Statement: In this section, please provide details regarding where data supporting reported results can be found, including links to publicly archived datasets analyzed or generated during the study.

Conflicts of Interest: “The authors declare no conflict of interest.” Authors must identify and declare any personal circumstances or interest that may be perceived as inappropriately influencing the representation or interpretation of reported research results. Any role of the funders in the design of the study; in the collection, analyses or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in

the decision to publish the results must be declared in this section. If there is no role, please state “The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results”.

REFERENCES

[1] Gallahue DL, Ozmun JC, Goodway JD. Understanding Motor Development. (7th edition). Porto Alegre: Group A; 2013. [2] Fonseca LF, Lima CLA. Cerebral palsy . (2nd edition). São Paulo: MedBook Editora; 2008

[3] Rosangela LM Vasconcelos et al. Functional performance assessment of children with cerebral palsy according to levels of motor

impairment. Rev Brazil Fisioter , São Carlos, v. 13, no. 5, p. 390 7, Sept./Oct. 2009

[4] Olhweiler L, da Silva AR, Rotta NT. Study of primitive reflexes in normal preterm newborns in the first year of life. Arq

Neuropsiquiatr 2005; 63(2 A)

[5] Cunha, AB; P olido, GJ; Bella, GP; Garbllini, D. & Fornasari , AC, Relationship between postural alignment and motor performance in children w ith cerebral palsy. Maga zine Physiotherapy and Research , 16(1): 22 27, 2009.

[6] Janssen, L., Steenbergen , B. (2011). Typical and atypical (cerebral palsy) development of unimanual and bimanual grasp planning. Research in Developmental Disabilities 32, 963 97.

[7] FORT BELLAN, CD; CASTILHO WEINERT,VL Typical motor development, atypical development and correlations in cerebral palsy. In: Castilho WeinertLV, Forti Bellani CD, editors. Physiotherapy in N eurology. Curitiba, PR: Omnipax ; P. 350,

[8] Kirsten R Heinem an et al. Infant M otor Profile and cerebral palsy: promising associations . Developmental Medici ne & Child Neurology 2011, 53 (Suppl . 4): 40 45.