EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

MULTIDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE:

A NECESSIDADE DA INTEGRAÇÃO

VOLUME II

Frederico Celestino Barbosa

Multidisciplinaridade em saúde: a necessidade da integração

2ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

Copyright© 2023 por Editora Conhecimento Livre

2ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238M Multidisciplinaridade em saúde: a necessidade da integração / Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2023

415 f.: il
DOI: 10.37423/2023.edcl657
ISBN: 978-65-5367-262-8
Modo de acesso: World Wide Web
Incluir Bibliografia

1. competência 2. complemento 3. técnicas 4. conhecimentos I. Barbosa, Frederico Celestino II. Título

CDU: 613

https://doi.org/10.37423/2023.edcl657

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

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior
MSc Humberto Costa
MSc Thays Merçon
MSc Adalberto Zorzo
MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
PHD Willian Douglas Guilherme
MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto
MSc Walmir Fernandes Pereira
MSc Edisio Alves de Aguiar Junior
MSc Rodrigo Sanchotene Silva
MSc Wesley Pacheco Calixto
MSc Adriano Pereira da Silva
MSc Frederico Celestino Barbosa
MSc Guilherme Fernando Ribeiro
MSc. Plínio Ferreira Pires
MSc Fabricio Vieira Cavalcante
PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes
MSc Simone Buchignani Maigret
Dr. Adilson Tadeu Basquerote
Dra. Thays Zigante Furlan
MSc Camila Concato
PHD Miguel Adriano Inácio
MSc Anelisa Mota Gregoleti
PHD Jesus Rodrigues Lemos
MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo
MSc Karine Moreira Gomes Sales
Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares
MSc Pedro Panhoca da Silva
MSc Helton Rangel Coutinho Junior
MSc Carlos Augusto Zilli
MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior
Dra. Suely Lopes de Azevedo
MSc Francisco Odecio Sales
MSc Ezequiel Martins Ferreira
MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio

Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO
2023

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 10
DIAGNÓSTICO TARDIO DE MIASTENIA GRAVIS JUVENIL NA PEDIATRIA: RELATO DE CASO
Naiana Barbosa Santos
Fabiana da Silva
Marissa Rayanne Moreira Alencar
Valeria Cristina Silva Dantas Cajé
Ilma Ferreira de Oliveira
Indira Sampaio Roberto
Marília Milena Remigio da Costa
Glicia Florêncio Medeiros
Ana Carolina Ruela Pires
Naiara Barbosa Santos
DOI 10.37423/230107017

CAPÍTULO 2 14
URTICÁRIA AGUDA NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DAS PRINCIPAIS CAUSAS
Laís Lopes Melo Kummer
Maria Eduarda Sarmento Almeida
Júlia Victória Góis Dantas
Lucas Leite da Costa
Carolina Martins Lessa Barreto
Renato Leão Praxedes Araujo
Gabriel Quirino Lima
DOI 10.37423/230107018

CAPÍTULO 3 17
IMUNOTERAPIA NO TRATAMENTO DO GLIOBLASTOMA MULTIFORME: REVISÃO DE LITERATURA
Thaísa Helena Bocatti
Daniela Maria Queiroz Neiva Tomasi
Ana Clara Pinesso Ribeiro
Victor Andrade Batistella
Júlia Ueda Cortellini
Giuliana May Bachtold Gualdessi Zuccoli
Ana Cristina Da S. Do Amaral Herrera
DOI 10.37423/230107029

CAPÍTULO 4 21
SORRIR DENTES
Thais Verônica Caldeira de Magalhães
Marcilainy Ferreira Tosta
Natalina Galdeano Abud Chaud
Devid Pereira de Jesus
Érika Maria Neif
DOI 10.37423/230107030

CAPÍTULO 5 30
AVALIAÇÃO DO PERFIL GLICÊMICO E LIPÍDICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PROJETO SOCIAL DE UM LABORATÓRIO ESCOLA NA CIDADE DE CAMPO GRANDE/MS
Isabela Borges da Mota Silveira
Maria Fernanda dos Santos Greffe
Natania Coutinho
Michele Selzler
Thaís de Oliveira Anastácio
Vinícius Soares de Oliveira
DOI 10.37423/230107039

CAPÍTULO 6 32
OS OBSTÁCULOS DO ABORTO LEGAL ENFRENTADOS POR MULHERES VIOLENTADAS SEXUALMENTE.
Isadora Bucar Cardoso
Ana Carolina Ferreira Lago
Camila Mariano Tristão
Júlia Cândido Silva
Júlia Mariano Teixeira Marques
DOI 10.37423/230107057

CAPÍTULO 7 35
A OUVIDORIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: UMA APROXIMAÇÃO ENTRE A GESTÃO E OS USUÁRIOS
Sidney Medeiros de Oliveira
Fabiana Correia Bezerra
Paulo Tadeu Ferreira Teixeira
Ana Olívia de Oliveira Marinho
Francisca Sílva de Alencar
Samuel Ilo Fernandes de Amorim
Gislene Farias de Oliveira
DOI 10.37423/230107061

CAPÍTULO 8 49
IMPLICAÇÕES DO EXERCÍCIO AERÓBICO NA MELHORA DA FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA
EDWESS BARBOSA SILVA
MILEIDE BERNARDINO DE MORAES SANTANA
MILLENA BERNADINO DE MORAES
DOI 10.37423/230107064

CAPÍTULO 9 66
POLINEUROPATIA PERIFÉRICA PÓS BYPASS GÁSTRICO: UM RELATO DE CASO
ANA CECILIA ALVES SILVA MARQUES
EDSON ANTONACCI JUNIOR
STAEL MACHADO PORTO
BRUNO FARIA COURY
DOI 10.37423/230107069

CAPÍTULO 10 74
CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA DAS PESQUISAS BRASILEIRAS SOBRE SAÚDE MENTAL DE IDOSOS LONGEVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
Jonathan Bento Cavalcanti
Renato Américo Dantas Camilo de Souza
Liandra Barbosa Araújo
Luís Augusto Soares Castellon
Thiago Pelegrinelli Megna Francisco
Bárbara Vitória Pereira de Sousa
Vívian Martins Motta
Maria Gabriela Pereira da Silva
Carolina de Lourdes Lopes Rêgo
Fábio Galvão Dantas
DOI 10.37423/230107076

CAPÍTULO 11 86
A ESPIRITUALIDADE COMO UM RECURSO PARA O ENFRENTAMENTO DO COVID-19
RITA DE CÁSSIA SILVA TAGLIAFERRE
Maryana Moreira Sousa
Ana Flávia Novais Andrade
Angélica Barroso de Oliveira Rosa
Pedro Fonseca de Vasconcelos
DOI 10.37423/230107083

CAPÍTULO 12 100
USO DO MÉTODO PILATES COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO DE ESCOLIOSE: REVISÃO INTEGRATIVA
REBECCA SALOMÃO DE CARVALHO
DOI 10.37423/230107084

CAPÍTULO 13 111
CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE FRAGILIDADE EM IDOSOS
Jhony de Almeida Estevam
Susi Mary de Souza Fernandes
Etria Rodrigues
Denise Loureiro Vianna
Zodja Graciani
DOI 10.37423/230107091

CAPÍTULO 14 121
O IMPACTO DA PANDEMIA PELO SARS-COV-02 NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO ESTADO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO
Mariana Cavalcanti Fraga
Amanda Ribeiro Pessoa
Luiza Prestes Guimarães
DOI 10.37423/230107094

CAPÍTULO 15 138
DIABETES MELLITUS PÓS-COVID-19
Mateus Moraes Henrique
Paulo Roberto Henrique
Leonardo Peres da Silva
DOI 10.37423/230107108

CAPÍTULO 16 148
A PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE A PANDEMIA COVID-19: UMA REVISÃO NARRATIVA.
Isadora Albertini Mendonça
Emanuelle Barros Alfaiate
Beatriz Corrêa Lyrio
DOI 10.37423/230107110

CAPÍTULO 17 152
PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO, CAPACITAÇÃO E USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO NASF NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ, SC
Andressa Anschau
Patricia Cristina da Silva Menegotte
Nádia Kunkel Szinwelski
DOI 10.37423/230107111

CAPÍTULO 18 163
UM ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: A IMPORTÂNCIA DA LIBRAS PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE SAÚDE AO CLIENTE SURDO.
ROGERIO SARMENTO FERNANDES
ANDERSON CARLOS ALFONSO BORGES
DANIELE MONTEIRO NUNES
MAYKON PAIVA GONÇALVES
ÍRIS DARLEN LOPES LEÃO BALIEIRO
DOI 10.37423/230107117

CAPÍTULO 19 203
INCIDÊNCIA DE BACTERIOBILIA E ANTIBIOTICOPROFILAXIA EM PACIENTES DE BAIXO RISCO SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA ELETIVA.
Pedro Meira Dolfini
DOI 10.37423/230107124

CAPÍTULO 20 212
ENFERMAGEM ATUANTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM A SÍNDROME DE BURNOUT: UMA REVISÃO DE LITERATURA
LETICIA KATHIELY PEREIRA ALMEIDA OLIVEIRA
DOI 10.37423/230107127

CAPÍTULO 21 232
"AMAMENTAÇÃO CRUZADA: RISCO PARA O LACTENTE E A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO"
KAROLINE MORAES DE MELO ABDON
MAIRA LIVIA DE SOUSA OLIVEIRA
RAYSSA FERNANDA SILVA VIEIRA
DOI 10.37423/230107133

CAPÍTULO 22 256
REDUÇÃO DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: O ENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Diogo Dominguini
Larissa Carvalho Nascimento
Lilian Keli Francisco
Ana Regina Losso
Izabel Scarabelot Medeiros
Valdemira Santina Dagostin
Luciane Bisognin Ceretta
DOI 10.37423/230107137

CAPÍTULO 23 275
DIVERSIDADE DE FATORES DESENCADEADORES DA REATIVAÇÃO DO HERPES ZOSTER NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19
Antonio Neres Norberg
Paulo Roberto Blanco Moreira Norberg
Claudia Maria Blanco Moreira Norberg
Fernanda Castro Manhães
Bianca Magnelli Mangiavacchi
Alcemar Antônio Lopes de Matos
Renato Mataveli Ferreira Filho
Ana Paula Borges de Souza
Ademir Hilário de Souza
Fabiano Guerra Sanches
DOI 10.37423/230107140

CAPÍTULO 24 296
SÍNDROME DE BURNOUT EM RESIDENTES DE CLÍNICA MÉDICA EM RECIFE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19
Gabriella Azevedo Neves de Carvalho
Maria Cristina Alves de Queiroz Campos
Rodrigo Santiago Impieri de Souza
Naíra Carvalho Castilhos Santos
Andréa Figuerêdo Lopes Oliveira
DOI 10.37423/230107150

CAPÍTULO 25 329
EFEITOS DO TREINAMENTO AERÓBIO EM UM IDOSO HIPERTENSO
Paloma Lopes Neves
Sthefany Cristhiny Batista Melo
Renata Ribeiro Durães
João Vitor Nunes Lopes
Carla Taynah Nascimento e Silva
Paulo Tadeu Morais Fagundes
Mariana Rocha Alves
Vinicius Dias Rodrigues
Bruno Henrique Rocha
DOI 10.37423/230107157

CAPÍTULO 26 341
ONICOMICOSES EM PACIENTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIOS DE DERMATOLOGIA DA CIDADE DE RIO DE JANEIRO, BRASIL
Jaqueline Rodrigues
Antonio Neres Norberg
Paulo Cesar Ribeiro
José Tadeu Madeira de Oliveira
Bianca Magnelli Mangiavacchi
Aluísio Antonio de Santa Helena
Renato Mataveli Ferreira Filho
Milena de Souza Furtado Ávila
Paulo Roberto Blanco Moreira Norberg
Fabiano Guerra Sanches
DOI 10.37423/230107159

CAPÍTULO 27 349
EFICIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE SMARTWATCH PARA MONITORAR A FREQUÊNCIA CARDÍACA DURANTE O EXERCÍCIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
Igor Matheus Dias Pimenta
João Vitor Nunes Lopes
Nádia Beatriz do Nascimento
Hugo Leonardo de Magalhães
Igor Rafael Cardoso Santos
Elen Lorena Lopes Silva Roque
Mayara Cantuária da Silva
Maria luiza Mendes Barbosa
Mariana Rocha Alves
Vinicius Dias Rodrigues
DOI 10.37423/230207165

CAPÍTULO 28 362
ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA COM PSICODERMATOSE: RELATO DE CASO
Thuthia Nogueira Fernandes
Rosimere de Jesus Teixeira
DOI 10.37423/230207168

CAPÍTULO 29 377
PERFIL DOS USUARIOS DE SUPLEMENTAÇÃO EM ACADEMIASDA CIDADEMONTES CLAROS/MG
Danlúcio Aparecido Neves
Rita de Cassia alves da Conceição
Mércia Otaviana Barbosa de Sá
Wesley Dos Reis Mesquita
Hugo Leonardo de Magalhães
João Vitor Nunes Lopes
Joice Vicencia da Silveira Araújo
Elen Lorena Lopes Silva Roque
Carla Taynah Nascimento e Silva
Vinícius Dias Rodrigues
DOI 10.37423/230207175

CAPÍTULO 30 390
GAMETERAPIA: OS EFEITOS DO TREINO EM ESTEIRA COMBINADO COM REALIDADE VIRTUAL EM IDOSOS DA COMUNIDADE
Paulo Tadeu Morais Fagundes
Mônica Martins Teixeira
Renata Ribeiro Durães
João Vitor Nunes Lopes
Hugo Leonardo Magalhaes
Elen Lorena Lopes Silva Roque
Ellen Roberta Reis Oliveira
Carla Taynah Nascimento e Silva
Rafael Silveira Freire
Christiane Athayde Santos
DOI 10.37423/230207179

CAPÍTULO 31 407
IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE E PREVENÇÃO DA PAV PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DA UTI DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DO ESTADO DO RJ
Roberta Almeida Amoedo
Indira Gusmão Braga
Ana Paula Guimarães
Aline Alves Bastos
Claudia de Jesus da Paixão
Cátia Cristina Ferreira
Thatiane de Almeida Pinheiro
Marilene Souza Mendonça Quirino
Kerry Jeane Sathler
Marina da Silva
DOI 10.37423/230207188

SUMÁRIO

Capítulo 1

10.37423/230107017

DIAGNÓSTICO TARDIO DE MIASTENIA GRAVIS JUVENIL NA PEDIATRIA: RELATO DE CASO

Naiana Barbosa Santos — *Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela*

Fabiana da Silva — *Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas*

Marissa Rayanne Moreira Alencar — *Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela*

Valeria Cristina Silva Dantas Cajé — *Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela*

Ilma Ferreira de Oliveira — *Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas*

Indira Sampaio Roberto — *Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela*

Marília Milena Remigio da Costa — *Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela*

Glicia Florêncio Medeiros — *Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela*

Ana Carolina Ruela Pires — *Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela*

Naiara Barbosa Santos — *ESF 3, Santo Antônio do Descoberto-GO*

1. INTRODUÇÃO

A Miastenia gravis (MG) é uma doença autoimune da porção pós-sináptica da junção neuromuscular, que afeta os músculos. Na maioria dos casos, a MG ocorre devido à produção de anticorpos antirreceptores de acetilcolina (AchR) que agem contra o próprio individuo, destruindo-os, ou seja, comprometendo a transmissão do impulso neuromuscular. Apresentando clínica com fraqueza muscular podendo ser flutuante e cursando com fragilidade quanto à musculatura facial, bulbar, de membros ou ocular.

2. CONTEXTO: MIASTENIA GRAVIS JUVENIL

A Miastenia Gravis Juvenil (MGJ) é classificada quanto ao surgimento dos seus primeiros sintomas em pré-púbere (antes dos 12 anos) e pós-púbere (após os 12 anos), sendo um diagnóstico raro na população pediátrica. Totalizando aproximadamente 10% dos casos, a MGJ é considerada como uma doença rara na população pediátrica, com sintomas insidiosos o que explica a dificuldade no diagnóstico e no início do tratamento precoce. Seus sinais e sintomas podem ser similares a outras afecções e podem ser agravados pela exposição a temperaturas extremas, exercício físico e infecções. Além disso, por se tratar de um distúrbio autoimune podem existir simultaneamente a outras afecções autoimunes relacionadas ao timo e a tireoide. No caso a ser relatado, trataremos de uma criança com MGJ, cujo diagnóstico foi realizado de forma tardia, pois é uma doença pouco frequente na faixa etária pediátrica o que dificulta a identificação, o diagnóstico e a terapêutica precoce.

2.1. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico é feito a partir do quadro clínico e pesquisa de antirreceptor de Ach, anti-musk, e eletroneuromiografia. Já o tratamento da MG visa controlar os sintomas motores, as exacerbações, o aumento do período em remissão com uso da medicação que tem o intuito de aliviar os sintomas com a redução na produção de autointicorpos. O tratamento medicamentoso é utilizado para aliviar os sintomas, aumentando a ação da acetilcolina na fenda sináptica com recuperação da força muscular, e reduzir a síntese dos autoanticorpos com a imunomodulação. Os medicamentos mais utilizados são prednisona, piridostigmina, ciclosporina, azatioprina, ciclofosfamida a imunoglobulina humana e em certos casos, até o uso de plasmaférese com o intuito de imunossuprimir a resposta da produção de anticorpos. A timectomia é um procedimento cirúrgico que pode ser realizado nos primeiros anos pós-diagnóstico da MGJ, a depender da resposta clínica de cada paciente.

3. RELATO DE CASO

O prezado relato baseia-se em uma análise retrospectiva através da coleta de dados realizada por prontuário. Paciente V.A.S.S, 13 anos, sexo masculino, pardo, natural e procedente de Maceió- AL. Deu entrada na emergência de um hospital de referência em Alagoas, no dia 30 de julho de 2021, com fraqueza muscular há três meses e disfagia há duas semanas. Ao longo desse período foi percebido desvio ocular que evoluía com piora. Duas semanas antes da internação, percebeu diminuição da mobilidade ocular e perda de força em membros superiores e músculos da face. Nega internamentos prévios e comorbidades. Foi avaliado pela neurologista pediátrica, que na ocasião o paciente apresentava dificuldade para deambular, olhar fixo, pálpebras em sol poente, movimento em bloco com a cabeça e mandíbula caída. Ao exame físico apresentava fraqueza em membros superiores grau dois e em membros inferiores grau três. Aventada hipótese diagnóstica de MIASTENIA GRAVIS, foi realizada prova terapêutica com neostigmina, apresentando melhora da motricidade ocular extrínseca e força. Recebeu metilprednisolona 30mg/kg/dia e albendazol 400mg/dia por cinco dias e iniciado neostigmina 60mg/dia, seguida de Imunoglobulina Humana na dose de 2 mg/kg dividida em duas infusões. Solicitado anticorpo anti-ACH e anti-MUSK. Apresentava melhora clínica significativa, recebendo alta hospitalar com acompanhamento da neurologia pediátrica.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que a fragmentação e escassez de dados sobre a essa doença autoimune é um importante desafio para sua compreensão devido à baixa incidência na faixa etária pediátrica, dessa forma, é de suma importância uma investigação rigorosa para que seja possível reconhecimento, diagnóstico e o tratamento precoce.

5. REFERÊNCIAS

1. PAPAZIAN, Oscar; ALFONSO, Israel; ARAGUEZ, Nayle. Miastenia gravis juvenil. Medicina (B. Aires), Ciudad Autónoma de Buenos Aires , v. 69, n. 1, supl. 1, p. 71-83, 2009 . Disponible en . accedido en 31 oct. 2022.

2. DOS REIS JÚNIOR, Luiz Gonzaga Marques et al. Miastenia gravis juvenil: dificuldade diagnóstica na pediatria.

3. Cerrati JO,Rosanelli CLSP. Miastenia Gravis autoimune - notas da Literatura. Salão do Conhecimento. 2015;1(1):1-4.

4. ROQUE, M. H. G.; FIGUEIREDO, B. Q. de .; OLIVEIRA, I. P.; SOUSA, M. F. A. R. de .; FREITAS, O. A. de .; BRAGA, V. A. F.; OLIVEIRA, R. C. Abordagem de crise miastênica infanto-juvenil: relato de caso. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 12, p. e567101220893, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i12.20893. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20893.

Capítulo 2

10.37423/230107018

URTICÁRIA AGUDA NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DAS PRINCIPAIS CAUSAS

Laís Lopes Melo Kummer — *Centro universitário cesmac*

Maria Eduarda Sarmento Almeida — *Centro universitário cesmac*

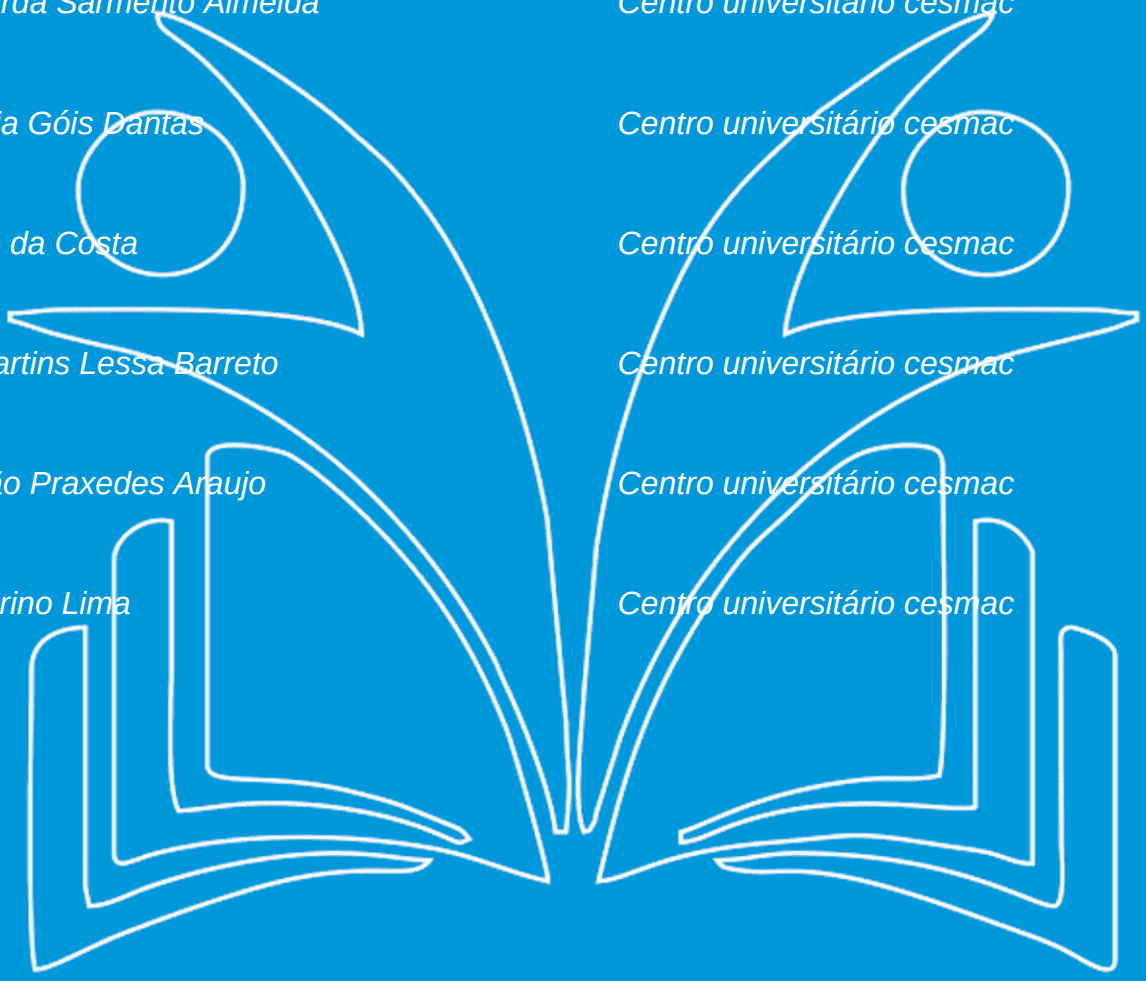
Júlia Victória Góis Dantas — *Centro universitário cesmac*

Lucas Leite da Costa — *Centro universitário cesmac*

Carolina Martins Lessa Barreto — *Centro universitário cesmac*

Renato Leão Praxedes Araujo — *Centro universitário cesmac*

Gabriel Quirino Lima — *Centro universitário cesmac*



INTRODUÇÃO

A urticária aguda são lesões maculopapulares, eritematosas e pruriginosas, com duração de até 6 semanas, que surgem de forma espontânea ou induzida. São manifestações da Hipersensibilidade do tipo I, e, por haver um mecanismo imunológico comum a reações imediatas, há uma tendência a se interpretar a causalidade do quadro com processos alérgicos. Sabe-se que são variadas as causas da urticária aguda induzida, desde alérgenos alimentares, medicamentos e picadas de insetos, até manifestação de um quadro infeccioso.

OBJETIVOS

Informar e evidenciar as principais causas de urticária aguda na infância.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura na base de dados bibliográficos Medline via Pubmed, usando como estratégia de busca “Urticaria AND acute”. O critério de inclusão estabelecido foram artigos que abordassem urticárias em crianças, que ratificam a importância para a saúde do público infantil, com filtros em artigos em inglês, publicados nos últimos 15 anos. Foram excluídos artigos que focam somente em urticária crônica. Dos 400 artigos encontrados, foram excluídos 396 pela leitura do título, seguido pela leitura dos resumos, sendo usado os 4 restantes como materiais de análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as análises dos estudos, os quadros de urticária aguda na infância possuem como principal causa, em até 48,4% dos casos, os processos infecciosos, com predominância de infecções virais. Segue-se como causas, com até 11,2%, alérgenos alimentares, com destaque para ovo, leite e nozes, e 9% picada de insetos. Menos comumente, intoxicações por drogas podem manifestar-se com urticária aguda em até 8% dos casos.

CONCLUSÕES

Conclui-se que, predominantemente, as causas de urticária aguda na infância são processos infecciosos, seguidos de alérgenos alimentares e medicamentos. Destacando-se também a necessidade de investigação dos quadros, quando de forma induzida, a fim de evitar exclusão desnecessária de alimentos e medicamentos por diagnóstico falso de alergia a tais substâncias.

REFERÊNCIAS

Marques-Mejías MA, Tomás-Pérez M, Vilà-Nadal G, Quirce S. Acute urticaria in the pediatric emergency department: Management and possible triggers. Ann

Allergy Asthma Immunol. 2020 Apr;124(4):396-397. doi: 10.1016/j.anai.2020.01.007.

Huang SW. Acute urticaria in children. Pediatr Neonatol. 2009 Jun;50(3):85-7. doi: 10.1016/S1875-9572(09)60041-3. PMID: 19579753.

Liu TH, Lin YR, Yang KC, Chou CC, Chang YJ, Wu HP. First attack of acute urticaria in pediatric emergency department. Pediatr Neonatol. 2008 Jun;49(3):58-64. doi: 10.1016/S1875-9572(08)60014-5. PMID: 18947000.

Capítulo 3

10.37423/230107029

IMUNOTERAPIA NO TRATAMENTO DO GLIOBLASTOMA MULTIFORME: REVISÃO DE LITERATURA

Thaísa Helena Bocatti — *Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR*

Daniela Maria Queiroz Neiva Tomasi — *Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR*

Ana Clara Pinesso Ribeiro — *Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR*

Victor Andrade Batistella — *Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR*

Júlia Ueda Cortellini — *Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR*

Giuliana May Bachtold Gualdessi Zuccoli — *Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR*

Ana Cristina Da S. Do Amaral Herrera — *Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR*

Introdução: O glioblastoma (GBM) é o tumor cerebral maligno primário mais recorrente e agressivo, principalmente entre a população adulta e entre homens, estando relacionado à uma baixa sobrevida e prognóstico ruim. Sua sintomatologia inclui cefaleia, déficits neurológicos, mudanças de personalidade, convulsões, náuseas, vômitos e diversos outros sinais e sintomas. A terapêutica padrão do GBM inclui abordagens cirúrgicas, radioterápicas e quimioterápicas.

Segundo novos avanços em múltiplas pesquisas e testes clínicos atuais, outra opção no combate desse tumor seria a imunoterapia. Tal proposta de tratamento, procura desenvolver um método mais eficaz e tolerável nas condutas oncológicas de erradicação do glioblastoma, já que, por ser uma doença com evolução fatal, a elaboração de métodos que refreiem esse fim se torna imprescindível e essencial. Objetivos: Revisar e expor, por meio de texto narrativo e tabela, as principais imunoterapias sendo estudadas na atualidade para o tratamento do glioblastoma multiforme (GBM). Metodologia: A presente revisão narrativa da literatura, incluiu estudos clínicos randomizados, completos, realizados em humanos, nas línguas “inglês”, “português” e “espanhol”, disponíveis na plataforma PubMed, publicados entre os anos de 2018 e junho de 2022, utilizando as palavras-chave “glioblastoma”, “immunotherapy” e “neoplasms”. Foram excluídos os artigos que não cumpriram os seguintes critérios: Uso da imunoterapia como intervenção principal (isoladamente ou associada) para o tratamento do GBM; Intervenção em outras neoplasias além do GBM. Resultados: No total, 40 artigos foram obtidos, dos quais, 16 foram elegíveis para a elaboração dos resultados. Dentre os artigos estudados, seis abordaram vacinação com células dendríticas (VCD), indicando aumento significativo da sobrevida dos pacientes, inclusive quando utilizado em associação à terapia padrão em um dos artigos. Outra intervenção bastante citada foi o uso de Nivolumab, porém com diferentes desenhos de estudo: comparação da sobrevida global entre pacientes que foram tratados com Nivolumab e com Bevacizumab (Nivolumab não demonstrou sobrevida maior); comparação da tolerância entre a monoterapia de Nivolumab e Nivolumab + Ipolimumabe (monoterapia mais bem tolerada); o uso de Nivolumab com vacina alogênica + Ciclofosfamida (mostrou benefício de sobrevida significativo). Além dessas terapias que foram as mais estudadas, também foram encontradas nos artigos as seguintes imunoterapias: Pembrolizumab (neoadjuvância ou adjuvância); Bevacizumab; infusão contínua de chimeric switch receptor T cells (CSR-T); infusão intratumoral de pólio-rinovírus quimera não patogênicorecombinante (PVSRIPO); Ciclofosfamida + VCD; Ciclofosfamida + Nivolumab + vacinação alogênica; Axitinib + Avelumab; e vacinação com heat shock protein (HSP). Conclusão: O desenvolvimento de novas imunoterapias para o tratamento do GBM se mostra promissor, os novos

medicamentos em testes na atualidade, com destaque às pesquisas com VCD, trazem resultados de aumento de tempo de sobrevida livre da doença e menor morbidade relacionada ao tratamento.

Título, autor e ano	N Amostral	Intervenção	Resultado
Neoadjuvant anti-PD-1 immunotherapy promotes a survival benefit with intratumoral and systemic immune responses in recurrent glioblastoma Cloughesy TF, et al. 2019	35 pacientes com GBM recorrente e ressecável	Pembrolizumab como neoadjuvância X adjuvância	Neoadjuvância demonstrou uma mediana de sobrevida global de 417 dias, com hazard ratio = 0.39 em relação a adjuvância.
Effect of Nivolumab vs Bevacizumab in Patients With Recurrent Glioblastoma: The CheckMate 143 Phase 3 Randomized Clinical Trial. Reardon DA, et al. 2020	369 pacientes com primeira recorrência de GBM.	Nivolumab X Bevacizumab	Nivolumab não demonstrou uma sobrevida global superior ao bevacizumab. (23.1%; 95% CI, 16.7%-30.5%) vs nivolumab (7.8%; 95% CI, 4.1%-13.3%).
Recurrent Glioblastoma Treated with Recombinant Poliovirus. Desjardins A, et al. 2018	61 pacientes GBM recorrente	Infusão intratumoral de PVSRIPO em pacientes com GBM recorrente.	A taxa de sobrevida entre os pacientes que receberam imunoterapia PVSRIPO foi maior em 24 e 36 meses do que a taxa entre os controles históricos.
Bioactivity and safety of chimeric switch receptor T cells in glioblastoma patients. Guo JX, et al. 2019	14 pacientes com GBM recorrente que não responderam à ressecção cirúrgica e radioterapia padrão	Infusões intravenosas ou intracranianas consecutivas de células CSR-T visando PD-L1 em pacientes com GBM.	A infusão intravenosa contínua de células CSR-T é segura em pacientes com GBM e leva a uma atividade biológica temporária das células CSR-T.
Dendritic Cells Enhance Polyfunctionality of Adoptively Transferred T Cells That Target Cytomegalovirus in Glioblastoma. Reap EA, et al. 2018	22 pacientes soropositivos para antígenos de citomegalovírus com GBM grau IV	Imunoterapia adotiva de células T e a vacinação de DC	A vacinação com DC aumenta a polifuncionalidade das células T CD8 + T CD8 + específicas para CMV pp65 transferidas in vivo em pacientes com GBM recém-diagnosticado
Phase II study of ERC1671 plus bevacizumab versus bevacizumab plus placebo in recurrent glioblastoma: interim results and correlations with CD4+ T-lymphocyte counts. Bota DA, et al. 2018	9 Pacientes com GBM recorrente	ERC1671 é uma vacina alogênica/autóloga para GBM	A adição de ERC1671/GM-CSF/ciclofosfamida ao bevacizumab resultou em um benefício de sobrevida clinicamente significativo com toxicidade adicional mínima.
Molecular subgroups and B7-H4 expression levels predict responses to dendritic cell vaccines in glioblastoma: an exploratory randomized phase II clinical trial. Yao Y, et al. 2018	43 pacientes com GBM foram randomizados após a cirurgia em uma proporção de 1:1 para receber vacina baseada em células dentríticas (n = 22) ou placebo salino normal (n = 21).	Vacina baseada em células dendríticas (DCV)	Tratamento com DCV prolongou significativamente a sobrevida global.
A Phase I Study of Autologous Dendritic Cell Vaccine Pulsed with Allogeneic Stem-like Cell Line Lysate in Patients with Newly Diagnosed or Recurrent Glioblastoma. Hu JL, et al. 2022.	11 Pacientes com GBM recém-diagnosticado 25 pacientes com GBM recorrente.	Vacina autóloga de células dendríticas (DC)	Seguro e bem tolerado. Os resultados clínicos aumentam o corpo de evidências sugerindo que a imunoterapia desempenha um papel no tratamento do GBM.
Alpha-type-1 Polarized Dendritic Cell-based Vaccination in Newly Diagnosed High-grade Glioma: A Phase II Clinical Trial. Mitsuya K, et al. 2020	16 pacientes recém diagnosticados com gliomas de alto grau	Vacina α-tipo-1 DC.	As vacinas DC α-tipo-1 pulsadas com coquetel de peptídeo têm um efeito terapêutico potencial na sobrevida quando usadas em combinação com o regime padrão
Tumor-associated antigen-based personalized dendritic cell vaccine in solid tumor patients. Wang, Q.-T.et al. 2020	5 pacientes com GBM primário e 5 pacientes com GBM recorrente.	Foram administradas de vacinas de células dentríticas com baixas doses de ciclofosfamina, imiquimod e anticorpo anti-PD-1	Pacientes que receberam imunoterapia tiveram evolução mas favorável do que a terapia padrão
Nivolumab with or without ipilimumab in patients with recurrent glioblastoma: results from exploratory phase I cohorts of CheckMate 143 Omuro, Antonio et al. 2018	40 pacientes com GBM recorrente.	De forma randomizada, os pacientes receberam nivolumab 3 mg/kg a cada 2 semanas ou nivolumab 1 mg/kg + ipilimumab 3 mg/kg a cada 3 semanas por 4 doses, depois nivolumab 3 mg/kg.	A monoterapia com Nivolumabe apresentou melhor tolerância que a combinação Nivolumabe + Ipolimumabe
Metronomic capecitabine as an immune modulator in glioblastoma patients reduces myeloid-derived suppressor cell Peereboom, David et al. 2019	11 pacientes portadores de GBM.	Pacientes com glioblastoma recorrente tratados 5-7 dias antes da cirurgia com baixa dose de quimioterapia por capecitabia, seguida de concomitante baixa dose de capecitabina e bevacizumab.	Capecitabina metronômica de baixa dose em combinação com bevacizumabe foi bem tolerado em pacientes com glioblastoma e foi associado com uma redução nos níveis circulantes de células supressoras derivadas de mielóide e um aumento da infiltração imune citotóxica no microambiente tumoral.
Axitinib plus avelumab in the treatment of recurrent glioblastoma: a stratified, open-label, single-center phase 2 clinical trial (GliAvAx) Awada, Gil et al. 2020	54 pacientes (27 por coorte) com glioblastoma que já passaram por cirurgia anterior, quimioterapia e radioterapia, que estão em uso de corticoide.	Pacientes separados pela dose diária de corticoide (8mg de prednisolona ou equivalente); Coorte 1: tratamento com axitinib (5 mg por via oral duas vezes por dia) mais avelumab (10 mg/kg por via intravenosa a cada 2 semanas); Coorte 2: monoterapia com axitinibe; avelumab foi adicionado após 6 semanas de terapia	A combinação dos medicamentos estudados (axitinib e avelumab) nao atingiu o limiar pré-especificado para atividade, porém com toxicidade aceitavel, o que justifica um novo estudo mais aprofundado com pacientes não selacionados.
Once, Twice, Three Times a Finding: Reproducibility of Dendritic Cell Vaccine Trials Targeting Cytomegalovirus in Glioblastoma Batich KA, et al. 2020	23 pacientes adultos recém diagnosticados com GBM.	Vacina de células dendríticas Citomegalovírus - específica	Aumento da sobrevida global em relação a terapias convencionais (14.6 a 20.9 para 18.2 a 109.1 meses).
Immunological analysis of phase II glioblastoma dendritic cell vaccine (Audencel) trial: immune system characteristics influence outcome and Audencel up-regulates Th1-related immunovariables Erhart, F. et al. 2018	43 pacientes (com amostras disponíveis) que foram vacinados no curso do ensaio clínico.	Vacina de células dendríticas de glioblastoma	Pacientes tratados com Audencel com características específicas do sistema imunológico (imunovariáveis) viveram significativamente mais do que outros pacientes tratados com Audencel. Além disso, a imunoterapia de DC teve efeitos no sistema imunológico. O sistema imunológico do paciente e o Audecel parecem se influenciar mutuamente.
Treatment-induced lesions in newly diagnosed glioblastoma patients undergoing chemoradiotherapy and heat-shock protein vaccine therapy Alcaide-Leon P. et al. 2020	27 pacientes com glioblastoma recém-diagnosticado tratados com vacina HSP e quimiorradioterapia	Vacina de proteína de choque térmico (HSP) e quimiorradioterapia	Trinta e três por cento dos participantes do estudo desenvolveram lesões induzidas pelo tratamento. A maioria das lesões induzidas pelo tratamento ocorreu nos primeiros cinco meses após a conclusão da radioterapia

Capítulo 4

10.37423/230107030

SORRIR DENTES

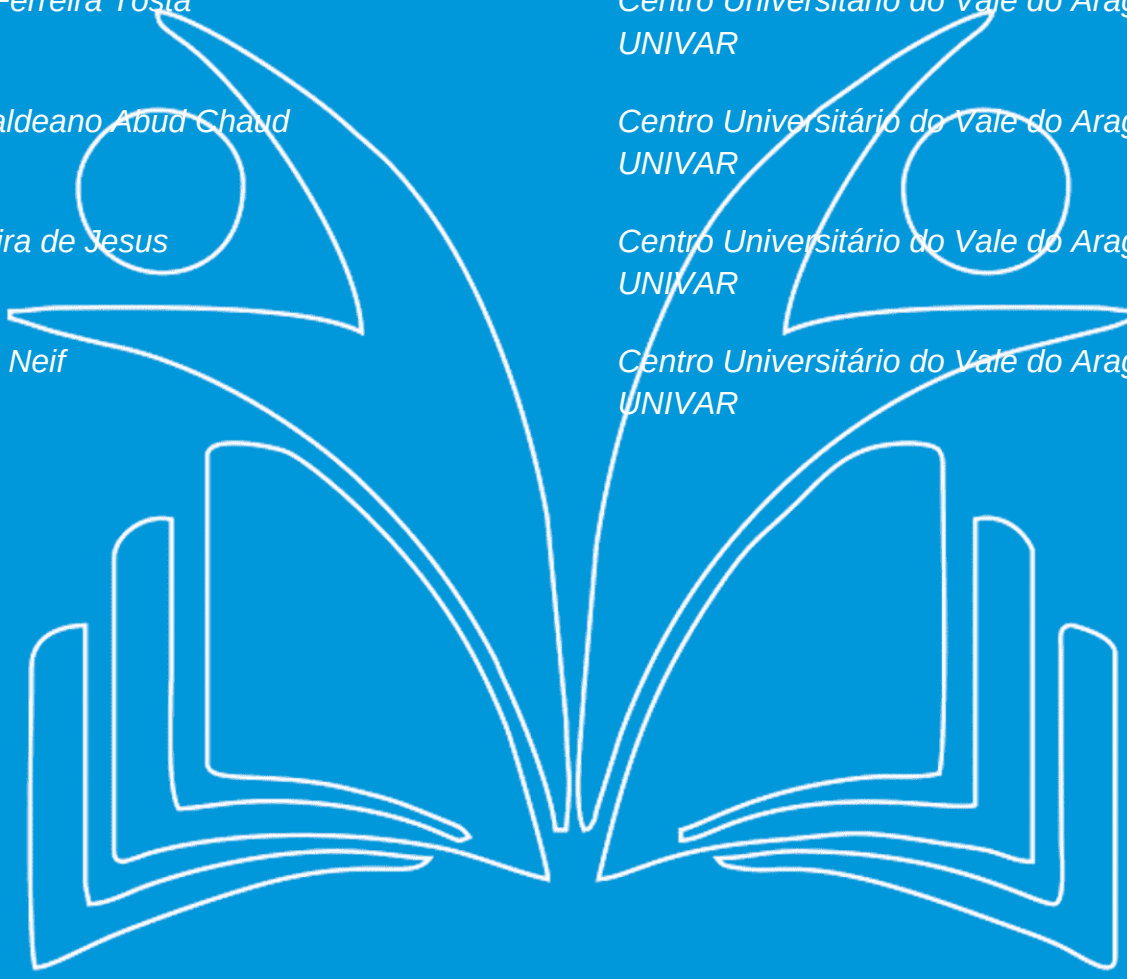
Thais Verônica Caldeira de Magalhães — *Centro Universitário do Vale do Araguaia-UNIVAR*

Marcilainy Ferreira Tosta — *Centro Universitário do Vale do Araguaia-UNIVAR*

Natalina Galdeano Abud Chaud — *Centro Universitário do Vale do Araguaia-UNIVAR*

Devid Pereira de Jesus — *Centro Universitário do Vale do Araguaia-UNIVAR*

Érika Maria Neif — *Centro Universitário do Vale do Araguaia-UNIVAR*



Resumo: O foco principal do projeto de extensão “Sorrir Dentes” é o desenvolvimento de ações educativas voltadas à prevenção dos agravos em saúde bucal, com conteúdo claro e simples, com foco em crianças entre 6 e 10 anos. Deste modo, a fim de obter precisão, apresentou-se uma peça teatral mostrando a forma correta para realizar uma boa escovação, bem como os males e prejuízos advindos da má higiene oral. Logo em seguida, realizou-se uma brincadeira denominada “Acerta a cárie” e doado kits de higiene bucal. A partir disso foi possível notar bom desempenho e interesse dos alunos nas atividades apresentadas. Portanto o objetivo de passar um conhecimento básico de higiene oral de forma interativa e lúdica foi alcançado com plenitude.

Palavras-chave: Prevenção. Higiene bucal. Crianças.

Área temática: Odontologia em Saúde Coletiva.

1. INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença infecciosa e multifatorial e, dentre as doenças bucais, é a mais prevalente. Caracterizada pela desmineralização do esmalte dental provocada pela ação de ácidos, que são produtos da fermentação de bactérias, para que ocorra, é necessário que todos os fatores atuem simultaneamente, sendo eles: hospedeiro susceptível, microbiota cariogênica, dieta e tempo (JORGE, 2012).

A educação em saúde bucal fez-se necessária para o progresso individual e coletivo, bem como encaminhar pessoas capacitadas a instruir a comunidade e consolidar hábitos saudáveis na prevenção de doenças (PEREIRA *et al.* 2009). A temática é tão relevante quanto o conteúdo ensinado em escola, pois, por ser prevalente no lar, aprende-se a higienização incorreta em grande parte dos casos. Portanto, tornou-se indispensável que os profissionais de saúde assumissem o papel de educadores (ANTUNES, 2015).

Em referência à higiene oral, diferentes técnicas podem ser usadas, como a Técnica de Fones, Técnica de Bass, entre outras. Todavia, é fundamental priorizar a eficiência da escovação, atentando-se para técnica de remoção do biofilme dental e na massagem efetiva da gengiva, evitando ações lesivas nos tecidos moles (PINTO *et al.* 2016).

Em síntese, sabe-se que quanto mais cedo se dá a adoção das práticas voltadas à higiene bucal, maior a prevalência de saúde dentária obtida, visto que os comportamentos incorporados na mais tenra infância são naturalmente incorporados à rotina e permanecem por toda a vida (PINTO *et al*. 2016).

2. METODOLOGIA

Para uma melhor compreensão sobre o conteúdo ministrado, produziu-se e encenouse, para as crianças, uma peça teatral. Através desta, ensinou-se o modo correto de escovação dentária, enfatizando os males e os prejuízos advindos da má higiene oral.

Os alunos foram dispostos em uma roda, para maior interação e a eficácia dos ensinamentos. Ademais, no decorrer da peça teatral, utilizou-se músicas e premiações, que foram entregues às crianças que responderam corretamente às perguntas. Deste modo, houve um maior interesse e assimilação da mensagem transmitida.

Por fim, realizou-se uma dinâmica com os presentes, denominada “Acerta a cárie” (BARROS, 2007). Os alunos, devidamente instruídos, foram estimulados a acertar um vão em uma caixa, onde estava

exposta uma ilustração de uma cárie dental. Conforme foram finalizando, doaram-se kits de higiene oral dentro de copos adesivados com dentinhos para os participantes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O principal objetivo do projeto de extensão "Sorrir Dentes" é a disseminação de conhecimento científico, pertinente à comunidade, em saúde bucal. Para alcançar tal fim, publica-se *posts* educativos na rede social *Instagram*. Entretanto, o foco principal do projeto são indivíduos entre 6 a 10 anos de idade, prevenindo e promovendo a saúde, por meio de recursos educativos voltados à saúde bucal. A escolha da faixa etária se deu pela capacidade de se alicerçar e fundamentar o aprendizado, permitindo o aprimoramento durante toda a vida (PIAGET, 2009). A seguir, apresenta-se a narrativa da peça teatral encenada às crianças no Centro Municipal de Educação Básica Dona Delice Farias dos Santos, situada no bairro São José, em Barra do Garças-MT, no dia 15/08/2022 das 14:00h às 17:00h, na turma do 1° ano B.

A personagem principal da peça teatral é Mariazinha, a criança que não gostava de escovar os dentes, que gostava apenas de dormir e brincar com suas bonecas e o seu urso de pelúcia Joãozinho. Certo dia, Mariazinha acordou com dor de dente e sua mãe a levou ao dentista. A profissional, então, iniciou a educação em higiene bucal em um macro modelo dental (Figura 1A). Ressalta-se que a escovação para crianças deve conter uma rotina simples, de forma que os detalhes não sejam esquecidos (PINTO, 2016).

Figura 1: A- Profissional orientando como fazer uma correta higienização oral

A língua, parte importante da escovação, é esquecida com frequência. Portanto, na encenação, frisou-se que deve-se escovar a língua durante a higienização bucal (Figura 1B).

Figura 1: B- Escovação da língua.

Em seguida, Mariazinha, ao aprender a lição, convidou as crianças a retirarem as cáries presentes no seu dente (Figura 2). A cárie dental é uma lesão caracterizada pela destruição ou putrefação dos tecidos dentários (JORGE, 2012) e, além de dor, provoca halitose. De uma maneira prática, pode-se explicar a formação do mau hálito através da saburra lingual, pois encontra-se presente em mais de 90% dos casos (MARCUCCI, 2014).

Figura 2: Crianças removendo as cáries do dente de Mariazinha.

Ao final da encenação, fez-se perguntas aos participantes, a fim de colocar em prática o conhecimento apreendido. Procurou-se aplicar o modelo de aprendizagem Vark - presença de estímulos visuais, auditivos, escritos e cinestésicos. (POVES, 2019). (Figuras 3A e 3B).

Figura 3: A- Criança demonstrando o que aprendeu no macro modelo, B - Profissional demostrando como posicionar o fio dental nos dedos da forma correta.

Após, realizou-se uma dinâmica denominada “Acerta a cárie” (Figuras 4A e 4B) e, posteriormente, doaram-se kits de higiene bucal (Figura 5).

Figura 4: A- Crianças participam da dinâmica “Acerta a cárie”, B-Crianças observam as “cáries” ilustradas, após término da dinâmica.

Figura 5: Momento de doação dos kits de higiene bucal.

Assim, o projeto busca contribuir para uma melhoria no processo de educação em saúde bucal, promovendo, desta forma, impactos profundos na estrutura social vigente. Nota-se que o objetivo foi alcançado, visto que as crianças demonstraram curiosas e participativas (Figuras 6A e 6B).

Figura 06: A- Interação, B- Atenção apreendida durante o teatro.

Ao final, apresentou-se um questionário, onde obteve-se 100% de aprovação por parte das crianças, bem como dos adultos presentes (Figura 7).

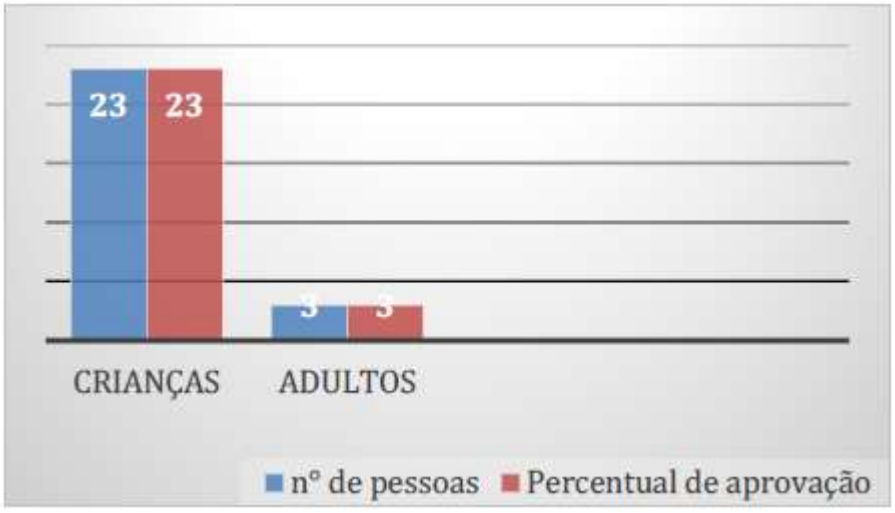


Figura 7: Relação de entendimento e aprovação dos conteúdos, de acordo com os espectadores.

4. CONCLUSÃO

Notou-se a importância do projeto de extensão, pois através deste, tornou-se possível compartilhar um conhecimento básico sobre higiene oral que, quando bem desempenhada, previne agravos epidemiológicos, como a cárie. Desta maneira, atingiu-se as expectativas, visto que a interação e a curiosidade dos participantes, que responderam às perguntas referentes à escovação e

desempenharam, na prática, o conhecimento adquirido por meio de um macro modelo da arcada dental.

5. REFERÊNCIAS

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira et al. Epidemiologia da Saúde Bucal. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2015.

BARROS, Cláudia Márcia Santos. Manual Técnico de Educação em Saúde Bucal. Rio dee Janeiro: Sesc, 2007.

JORGE, Antônio Olavo Cardoso. Microbiologia e Imunologia Oral. 1. ed. São Paulo: Editora Elsevier, 2012.

MARCUCCI, Gilberto. Fundamentos da Odontologia: Estomatologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Santos, 2014.

MENEGAZ, Aryane Marques et al. Intervenções Educativas em Serviços de Saúde e Saúde Bucal: Revisão Sistemática. Rev. Saúde Pública, São Paulo, vol. 52, maio 2018.

PEREIRA, Antônio Carlos et al. Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. São Paulo Editora Napoleão, 2009.

PIAGET, Jean. Teoria da aprendizagem. 1. ed. São Paulo, Editora Unesp, 2009.

PINTO, Antonio Carlos Guedes. Odontopediatria. 9. ed. São Paulo: Editora Santos, 2016.

PORDEUS, Isabela Almeida et al. Odontopediatria. 1. ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2013.

POVES, Jenny L. Espinoza et al. Rev. The Vark Learning Styles among University

Students of Business Schools. Lima, Perú, vol. 7, maio 2019.

Capítulo 5

10.37423/230107039

AVALIAÇÃO DO PERFIL GLICÊMICO E LIPÍDICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PROJETO SOCIAL DE UM LABORATÓRIO ESCOLA NA CIDADE DE CAMPO GRANDE/MS

Isabela Borges da Mota Silveira — *UNIGRAN CAPITAL*

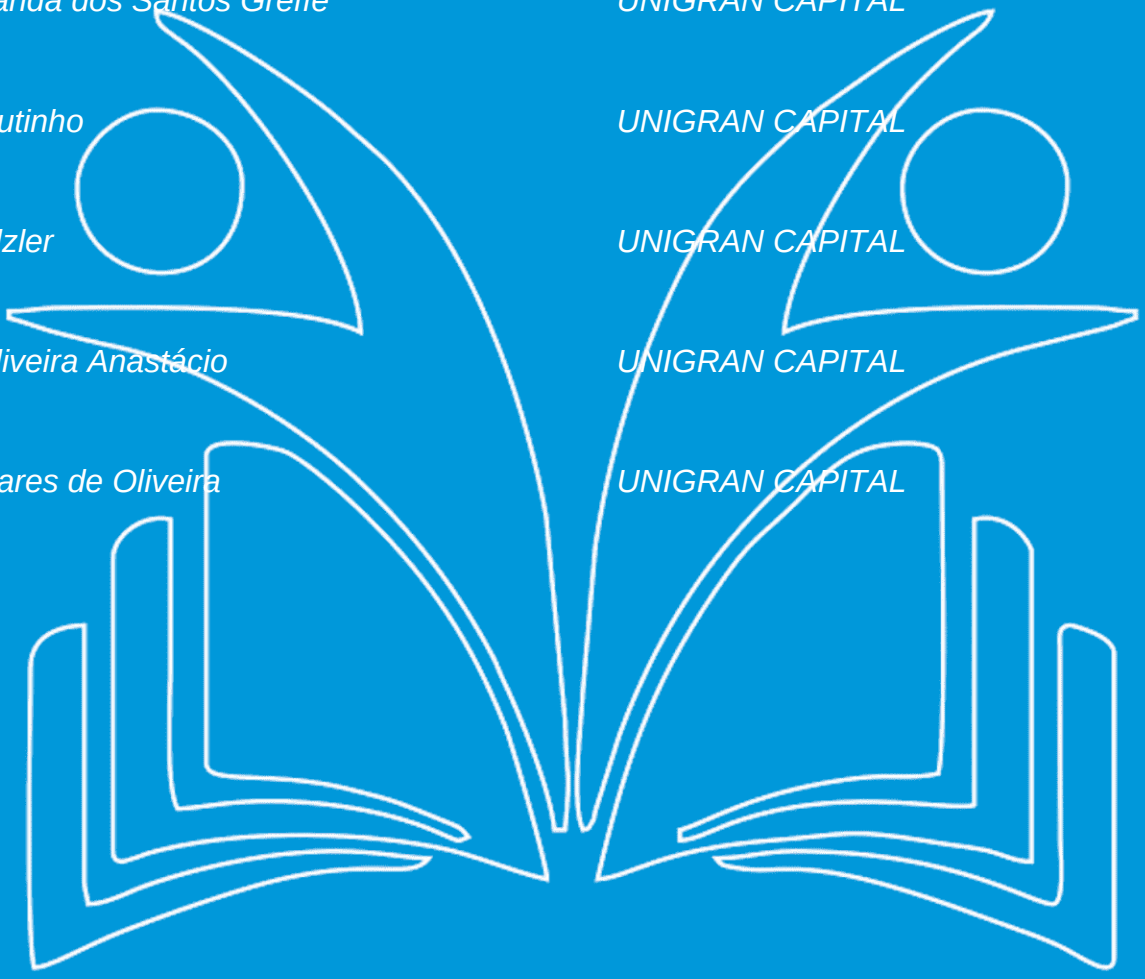
Maria Fernanda dos Santos Greffe — *UNIGRAN CAPITAL*

Natania Coutinho — *UNIGRAN CAPITAL*

Michele Selzler — *UNIGRAN CAPITAL*

Thaís de Oliveira Anastácio — *UNIGRAN CAPITAL*

Vinícius Soares de Oliveira — *UNIGRAN CAPITAL*



O presente trabalho tem como objetivo verificar o perfil glicêmico e lipídico de pacientes atendidos em um projeto social e a sua relação com outros fatores de risco cardiovascular. Através de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, averiguou 99 laudos Bioquímicos de exames realizados no período de agosto de 2018 a março de 2019. A população estudada possui de 06 a 65 anos de idade, atendidos em um projeto social na cidade de Campo Grande/MS. As coletas e avaliações foram de responsabilidade do laboratório escola de análises clínicas de uma faculdade particular de Campo Grande/MS, Brasil. Para a obtenção da amostra sanguínea, foram observadas 12 horas de jejum, abstinência de bebidas alcoólicas no período de 72 horas e repouso de 30 minutos antes da coleta no período matutino para os seguintes marcadores bioquímicos: glicemia de jejum, triglicérides, colesterol total e frações deste, HDL Colesterol e LDL-Colesterol. Todos os testes com resultados fora dos valores de referência foram repetidos e confirmados. Dos 99 pacientes aleatoriamente selecionados, 5% apresentaram níveis de glicose alterados; 60% apresentaram, também, alterações nos índices lipêmicos. Desses pacientes, 80% são do sexo feminino, com média de, 39,2 anos de idade. Os resultados obtidos através da análise glicêmica e lipídica dos pacientes atendidos no laboratório escola demonstra uma série de alterações que predispõe o acúmulo de gordura corporal, e o sobrepeso é um dos precursores e agravantes de doenças metabólicas. Para fins epidemiológicos, os dados obtidos proporcionam um indicativo para que se realizem campanhas educativas com a população que frequenta os projetos sociais do laboratório, também se faz necessário a parceria com o poder público para a implementação de projetos que contemplem ações que promovam atividade física e educação alimentar.

Palavras chave: Diabetes, aterosclerose, colesterol.

Capítulo 6

10.37423/230107057

OS OBSTÁCULOS DO ABORTO LEGAL ENFRENTADOS POR MULHERES VIOLENTADAS SEXUALMENTE.

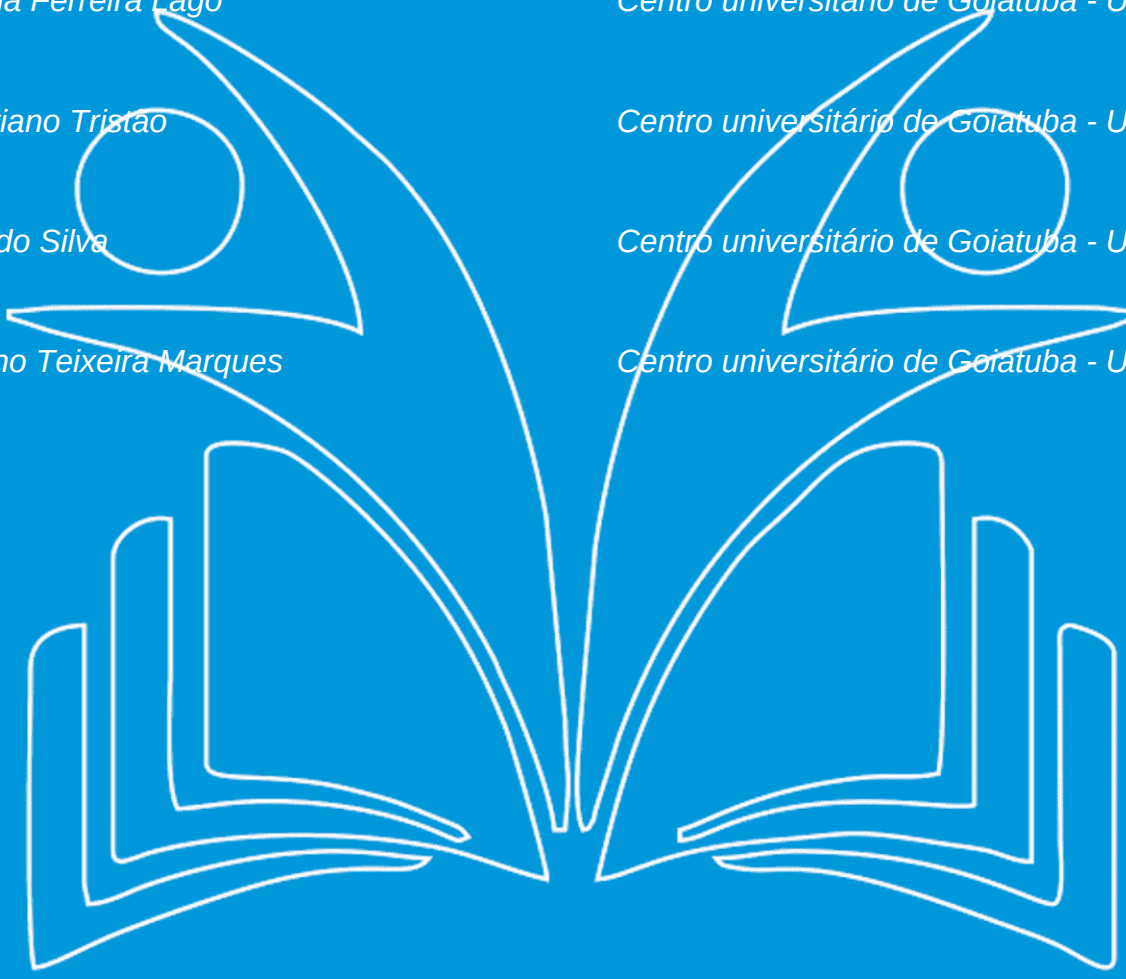
Isadora Bucar Cardoso — *Centro universitário de Goiatuba - Unicerrado*

Ana Carolina Ferreira Lago — *Centro universitário de Goiatuba - Unicerrado*

Camila Mariano Tristão — *Centro universitário de Goiatuba - Unicerrado*

Júlia Cândido Silva — *Centro universitário de Goiatuba - Unicerrado*

Júlia Mariano Teixeira Marques — *Centro universitário de Goiatuba - Unicerrado*



INTRODUÇÃO: O número de casos de violência sexual contra as mulheres brasileiras vem crescendo a cada dia, resultando em traumas físicos e mentais nas vítimas. Dentre estes, a gravidez indesejada, é uma das piores consequências, pois muitas vezes acarreta em um aborto induzido. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), aproximadamente oito milhões de mulheres com mais de 18 anos, já sofreram violência sexual. Porém, a grande maioria dessas mulheres desconhece o direito de acesso ao aborto legal, seguro e gratuito. De acordo com o Código de Ética Médica brasileiro, o médico pode recusar a realizar atos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos seus princípios, porém não cabe a objeção de consciência nos seguintes casos: necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher; em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro médico que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do médico; o atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência. **OBJETIVO:** Descrever as principais dificuldades encontradas pelas mulheres no acesso ao aborto legal. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa estruturada a partir de artigos selecionados nas bases de dados Google Acadêmico e Scielo utilizando os seguintes descritores: “aborto”, “profissionais de saúde” e “violência sexual”. Além disso, foram utilizadas informações da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **RESULTADO:** No Brasil há três situações em que o aborto é legalizado: gravidez que ponha em risco a vida da mulher, gravidez resultante de violência sexual e anencefalia fetal. Mesmo tendo o direito ao aborto, as vítimas de violência sexual sofrem com diversas barreiras impostas no país como a falta de informação dessa garantia, a recusa da execução do procedimento em virtude de ideologias de ética, moral e religião do profissional, receio de se prejudicar profissionalmente, além da falta de preparo para essas situações, contribuindo para um preconceito infundado sobre o tema e que está enraizado na sociedade brasileira. **CONCLUSÃO:** Constitucionalmente, o aborto induzido é ilegal no Brasil, pois todos tem o direito à vida. Entretanto, há algumas exceções em que ele se torna legal, evidenciando que nenhum direito é soberano a outro. O aborto induzido é um sério problema de saúde pública e contribui para o aumento da mortalidade materna por causa evitável. As mulheres negras, com baixa condição socioeconômica e baixa escolaridade fazem parte do grupo social mais vulnerável, pois devido à falta de informação elas ficam mais expostas à violência sexual. Dessa forma, torna-se importante conscientizar as mulheres sobre educação sexual e direto das mulheres frente ao estupro, para que possam procurar ajuda ao sofrerem violência sexual e tiverem uma gravidez indesejada. Além disso, é necessário corrigir as falhas na rede de assistência às mulheres em situação abortiva e estabelecer protocolos para esse tipo de atendimento.

Palavras-chaves: “aborto”, “profissionais de saúde” e “violência sexual”.

Capítulo 7

10.37423/230107061

A OUVIDORIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: UMA APROXIMAÇÃO ENTRE A GESTÃO E OS USUÁRIOS

Sidney Medeiros de Oliveira — *Faculdade de Medicina do ABC – São Paulo - FMABC*

Fabiana Correia Bezerra — *Universidade Federal do Cariri - UFCA*

Paulo Tadeu Ferreira Teixeira — *Faculdade de Tecnologia e Ciência - FTC/ Itabuna BA*

Ana Olívia de Oliveira Marinho — *Universidade de Pernambuco, Brasil*

Francisca Sílva de Alencar — *Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL/EBSERH*

Samuel Ilo Fernandes de Amorim — *Universidade Regional do Cariri – URCA*

Gislene Farias de Oliveira — *Universidade Federal do Cariri - UFCA*

Resumo: O presente estudo possui como intuito avaliar a interação que existe entre a Ouvidoria e as Unidades da Estratégia Saúde da Família em um determinado município da região sul do estado do Ceará, partindo do pressuposto de que para se oferecer um serviço público de qualidade é essencial escutar a sugestão dos usuários deste, e procurar estar atento aos anseios e expectativas da comunidade. Assim, pois então o estudo se fez onde os dados coletados equivaleram a manifestações da comunidade realizadas na Ouvidoria Municipal de Saúde deste, isto durante todo o ano de 2011. Com esta característica, o estudo foi de natureza quantiqualitativa, exploratória e descritiva, onde dentre os dados coletados na Ouvidoria, procurou-se considerar aqueles relacionados à atenção básica, sendo logo este um critério determinante de exclusão e de inclusão, juntamente com o período, 2011. Com a pesquisa, notificou-se a importância que os serviços desempenhados pela ouvidoria da saúde possuem para avaliar a forma de como os programas de saúde estão sendo desenvolvidos pelos servidores públicos. Em si, pode-se constatar que são, de forma especial, os de nível superior, os que mais são cobrados quanto ao desempenho de atividades em conformidade com as ações apresentadas e divulgadas na implantação dos serviços da atenção básica. Por sua vez, também se constatou o quanto a comunidade cobra a participação de tais profissionais, e de forma indireta expõe essa fiscalização dos serviços. Com o estudo fio possível evidenciar que é na ouvidoria onde se armazena informações importantes que podem ser usadas para a construção de uma política pública de saúde mais democrática e eficiente, sendo que cabe do gestor utilizar essa fonte e meio de exposição da opinião pública sobre os serviços a serem por ele gerenciados, ou então não levar em consideração tais serviços e tomar a ciência de que está agindo sem levar em consideração a opinião do povo.

Palavras-Chave: Ouvidoria; Gestão em Saúde da Família; Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde são essenciais para a manutenção positiva da boa qualidade de vida dos membros de uma comunidade. Desde 1988 a República Federativa do Brasil é beneficiada com a implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que garante serviços básicos de saúde aos seus cidadãos, o qual possui como leis orgânicas a de número 8.080 e 8.142, ambas lançadas em 1990. Este ganhou corpo e tornou-se concreto com a implantação das Equipes de Estratégia Saúde da Família, ocorrido quatro anos depois, sendo um dos grandes benefícios à saúde promovidos nesta época: o Programa Saúde da Família. A Atenção Básica a Saúde, em si, é o nível de gerenciamento dos serviços de saúde onde se encontram profissionais capacitados em desenvolver os processos de prevenção, promoção, reabilitação e tratamento das enfermidades presentes em uma comunidade, logo tal serviço é fundamental para a manutenção, promoção e desenvolvimento da qualidade de vida desta comunidade.

Paralelo à implantação da Estratégia Saúde da Família, já em sua prefiguração, estava na mente dos idealizadores encontrarem algum mecanismo que fizesse com que a população ajudasse a construir e a manter o sistema de saúde. Assim, nos anos 1990 a expectativa de dar condições à comunidade de tal direito tornou-se uma meta das políticas de saúde brasileiras, sendo citada nas reuniões de avaliação deste Sistema Público. Assim foram os encontros ocorridos nesta década, vindo a culminar com as bases legais que floriram em 2003 com a criação do Sistema de Gestão e Estratégia Participativa do SUS (SGEP). Este ato foi crucial na expressão magna da construção conjunta dos serviços de saúde de forma democrática. De tal sistema surgiu o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), o qual tem como finalidade ser a ponte entre a população e a gestão do sistema, vindo assim a garantir a qualidade do mesmo e a concretização dos princípios constitucionais deste.

A partir da DOGES a Política Nacional de Gestão Estratégia e Participativa no SUS (Participa-SUS), implantada em 2007, pode ser consumada, a qual é assim caracterizada pelo Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS. Paralelo a este processo também se dava forma o serviço de atenção básica que começou com a implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1987 e culminou em 1994 com a definição do Programa Saúde da Família, onde por meio deste, os serviços de atenção básica a saúde é oferecida a população de forma a vivenciar em sua essência os mesmos princípios constitucionais do SUS.

Diante do pressuposto, fazendo uma relação básica dos temas a serem debatidos no presente estudo: assim como o Programa Saúde da Família é expresso com a implantação das Equipes de Estratégia

Saúde da Família onde os programas de saúde são vivenciados no intuito de garantir um estado de bem-estar na comunidade, o Programa do Participa-SUS é vivificado pela atuação das

Ouvidorias espalhadas por todo o Brasil, onde por meio delas, a comunidade ajuda a dar forma ao Sistema de Saúde no meio social em que se encontra.

Ao analisar a dimensão de tais programas e a amplitude que a concretização destes proporcionou para a boa apresentação da qualidade de vida de uma comunidade, despertou-se o interesse em avaliar quais as argumentações expressas pelos usuários do SUS à ouvidoria de um município, vindo a auxiliá-lo na construção de forma devida de sua estrutura pública de saúde, expressa em sua essência pelos trabalhos desenvolvidos na atenção básica.

A razão disto se dá pelo fato de que se apresenta a Ouvidoria em saúde como a base da criação de modelos administrativos dos programas de saúde. Ou seja, os serviços de saúde são pela ouvidoria: viabilizados, analisados, concretizados e avaliados. De forma geral, é este recurso um magnifico recurso para se vivenciar a gestão participativa.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a interação que existe entre a Ouvidoria e as Unidades da Estratégia Saúde da Família em um município, partindo do pressuposto de que para se oferecer um serviço público de qualidade é essencial escutar a sugestão dos usuários deste, e procurar estar atento aos anseios e expectativas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Proporcionar um sistema de saúde que seja publico e democrática é a razão dos trabalhos desempenhados pelos gerentes de saúde em toda nação (ou ao menos deve ser). Em si, desde a década de 1980, que é marcada pela 8º Conferência Nacional de Saúde, que esta dimensão bilateral da saúde é vista como razão de todo trabalho político a ela desenvolvido. No caso, foram em tal conferência em que foram lançadas as bases constitucionais do Sistema Único de Saúde, expostas no Artigo 196 ao de número 200 da Carta Magna Brasileira, de 1988 e, legalmente viabilizadas pelas leis 8.080 e 8.142 ambas de 1990, sendo a primeira no mês de julho e a segunda em dezembro do citado ano, tornando-se assim, a maior política social em curso na República Federativa Brasileira (BRASIL, 2010a).

Para então desenvolver uma política de saúde eficaz, os gestores federais na década de 1.990 procuraram promover condições para tal curso. Assim, as bases de um Programa Nacional de Participação Social começaram a serem lançadas, vindo a serem culminadas em 2003 na realização da

13º Conferência Nacional de Saúde. Todavia, até esta data, um processo intensificador de tentativas de implantação de um serviço nacional de ouvidorias havia sido realizado.

Ao apresentar uma linha histórica, Brasil 2010b expõe de forma ampla essa evolução, onde destaco alguns pontos relevantes: a gênese do serviço de ouvidoria se deu em 1996 como uma estratégia de enfrentamento da pandemia da AIDS, onde um número telefônico gratuito foi colocado à disposição da sociedade para dar orientações sobre a doença, por meio do serviço Pergunte AIDS (0800-612437), além de outras doenças sexualmente transmissíveis; devido ao amplo número de ligações e de sugestões da população quanto ao desenvolvimento do serviço, em 1997 foi criado o Disque Saúde (0800-611997), onde a população recebia por telefone orientações sobre doenças infecciosas, além das DST's e AIDS, cardíacas, ações políticas de saúde, conselhos de saúde, transplantes de órgãos e tecidos, além de registrar denúncias, reclamações e sugestões ao Ministério de Saúde. De forma genérica o Disque Saúde equivaleu ao princípio básico das atuais Ouvidorias de Saúde.

No caso, a dimensão popular que tal serviço público a saúde ganhou fez com que o Ministério da Saúde ganhasse parcerias importantes para dar forma mais democrática ao SUS, dentre as quais se destaca a feita com o Instituto Nacional do Câncer, onde em maio de 2001 é criado o Disque Pare de Fumar (0800-7037033). No ano seguinte, com as experiências acumuladas por todos os serviços de Discagem Direta, por meio do Decreto nº 4.194 de 11 de abril de 2002, é criado o Centro Nacional de Promoção da Qualidade e Proteção aos Usuários do SUS, onde todos os serviços de atendimento ao cidadão foram aglutinados.

Diante dos graves crimes contra a mulher e contra a criança e adolescente, ocorridos na época, o Centro Nacional criado em 2002, em 2003 dar forma ao Disque Saúde Mulher (0800-6440803) e Disque Denúncia de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes (0800-990500). Diante do fato, com a grande repercussão que ganhou os sistemas criados, o Presidente da República da época, Luís Inácio da Silva, lança mais um Decreto Presidencial, de número 4.726, aos 09 de julho de 2003, instituindo o Departamento de Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde (DOGES), dando a este a responsabilidade de administrar e programar e concretizar a Politica Nacional de Ouvidorias do SUS, este que é um dos quatro pilares da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), criada pelo mesmo decreto. Assim, surgem as Ouvidorias no Brasil.

No caso, Brasil 2010a, expõe como ações da SGEP concretizar os princípios doutrinários e organizadores da Reforma Sanitária do SUS (universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização, hierarquização, regionalização e comando único em cada esfera do

governo), incentivar os mecanismos populares de participação e controle social, além de auditar as contas do SUS, avaliando e monitorando os resultados das políticas publicas de saúde. E nesta dimensão da ação do SGEP está a avaliação da Estratégia Saúde da Família.

Por questão informativa, tal Decreto Presidencial chegou a ser revogado por dois outros, sendo o primeiro em 13 de julho de 2006, pelo Decreto nº. 5.841, o qual cria o Sistema do OuvidorSUS, e pelo atual regime em vigor, de número 6.860, assinado aos 27 de maio de 2009, viabilizando o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, que foi consumado em 2010 com a sua divulgação para todas as instancias federadas do Brasil (BRASIL, 2010b).

Com esta evolução da promoção de um serviço que favoreça uma participação social mais intensa, a determinação das Ouvidorias tornou-se atualmente como um Centro de Dados relevantes para se criar, avaliar e aperfeiçoar as políticas públicas. Na saúde, isto se faz em sua essência. Em si, podem ser registrados nos serviços de Ouvidoria: reclamações, solicitações, informações, elogios e sugestões, isto além de colher denúncias sobre a forma de como estão sendo oferecidos os serviços de saúde na comunidade. Estes dados são essenciais para que se possam criar estratégias de gerenciamento essenciais para a melhoria dos serviços realizados. É por meio deste principio que atualmente o SUS é constantemente avaliado na Federação Brasileira.

Por sua vez, ao se analisar a forma de desenvolvimento do Programa de Atenção Básica a Saúde sabe-se que este possui suas bases no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que foi oficializado em 1991, sendo que desde 1987, tal programa foi aplicado em sua primeira experiência no Estado do Ceará. Este em si, equivale ao germe da atual estratégia básica de saúde vigente no Brasil (BRASIL, 2005). Em si, o Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial da atenção básica, para fazer acontecer os princípios do Sistema Único de Saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Entretanto, vale ressaltar que as estratégias de saúde promovidas pelo governo brasileiro, em bom percurso de sua história, nem sempre visava o bem-estar da população, mas era fruto do momento vivido pelo mesmo governo. Rosa e Labate (2005) afirmam que o PSF iniciou com a promulgação dos PACS os quais tinham por finalidade contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, que eram consideradas nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Com o sucesso dos serviços básicos de saúde, o PACS foi apresentado como uma proposta de promover a Saúde Familiar, vindo assim a ser pauta em uma reunião convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo, impulsionado

com o sistema de Saúde Familiar desenvolvido em Cuba. Esta aconteceu nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993.

Em sua essência, o PACS funcionava com agentes comunitários de saúde coordenados por enfermeiros, os quais avaliavam e concretizavam os serviços básicos de saúde em uma determinada área geográfica. O fruto maior da reunião de dezembro de 1993 foi à idealização de uma expansão do PACS o qual correspondeu ao conhecido Programa Saúde da Família, inicialmente composto por um grupo de Agentes Comunitários de Saúde, coordenado por um enfermeiro, e junto com este atuavam um médico e um técnico de enfermagem. Com este quadro humano, pode-se constatar que uma Equipe de Saúde da Família bem estruturada e comprometida com o trabalho, tende a resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade (ROSA; LOBATO, 2005).

Tendo em vista a dimensão política que a Estratégia Saúde da Família ganhou; Lourenção e Soler (2004), afirmaram que a razão da Saúde da Família apresentada no Programa idealizado em 1993 e concretizado em 1994, é reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional da assistência médica vigente que pregava a cura e a prática hospitalar. No caso, a partir dos PSF's a atenção teria que centrar-se na família, onde o intuito fixava na prevenção das enfermidades e na promoção do bem-estar social, físico e mental em sua essência.

Como então identificar a viabilidade dos serviços desenvolvidos na Estratégia da Saúde da Família? É nesta interrogação que a Ouvidoria entra como uma fonte de respostas e de promoção de informações importantes para a boa manutenção, desenvolvimento e aperfeiçoamento dos serviços desenvolvidos na Atenção Básica. É neste pressuposto que se concentra o presente trabalho.

MÉTODO

Este é um estudo de natureza quanti-qualitativa, exploratória e descritiva, realizado em uma determinada cidade do sul do estado do Ceará, no decorrer do ano de 2011, onde os dados coletados eram oriundos das manifestações dos cidadãos desta realizadas na Ouvidoria Municipal de Saúde, referentes aos serviços de saúde desenvolvidos, onde se procuraram levar em consideração somente aqueles relacionados a casos pertinentes aos serviços de Atenção Básica deste. Neste passo, sendo o mesmo, exclusivamente bibliográfico, os dados foram avaliados pela análise de conteúdo e expostos sob a forma de tabelas e quadros.

RESULTADOS

Durante os meses de janeiro a dezembro de 2011, em uma determinada ouvidoria municipal de saúde do sul do estado do Ceará, foi possível constatar 187 manifestações relacionadas aos serviços de Atenção Básica de 803 registros notificados, o que equivale a 23,3% do total de manifestações. Destas: 112 (59,9%) eram reclamações; 28 (14,9%) solicitações; 19 (10,2%) informações; 16 (8,5%) denúncias; 08 (4,3%) elogios; e 04 (2,2%) foram de sugestões. No geral, foram constatadas: 202 (25,5%) de reclamações; 521 (64,8%) de solicitações; 24 (2,9%) de informações; 38 (4,7%) de denúncias; 10 (1,2%) de elogios; e 08 (0,9%) de sugestões.

Tabela 1 – Relação entre as Manifestações Gerais com as Evidencias na Atenção Básica

Tipo da Manifestação	GERAL		ATENÇÃO BÁSICA	
	Bruto	**Relativo**	Bruto	**Relativo**
Informações	024	**02,9%**	019	**10,2%**
Sugestões	008	**00,9%**	004	**02,2%**
Denuncias	038	**04,7%**	016	**08,5%**
Solicitações	521	**64,8%**	028	**14,9%**
Reclamações	202	**25,5%**	112	**59,9%**
Elogios	010	**01,2%**	008	**04,3%**
Total	803	**100%**	187	**100%**

Fonte: Direta, 2011.

Tais números expressam a significância da Atenção Básica nos serviços à saúde desempenhados em uma cidade. Em si, considera-se a argumentação de que se esta dimensão da saúde se encontra bem estruturada, então todos os demais setores de saúde, por sua vez, estarão também organizados. Neste aspecto está a importância da constante avaliação do mesmo. Esta é possível por meio da Ouvidoria.

A abrangência da Atenção Básica é tão enfática que comparando com os demais setores onde foram registradas manifestações na Ouvidoria Municipal pelos usuários do SUS em tal cidade ao sul do Ceará, esta dimensão das políticas de saúde foi a que apresentou o segundo maior número de manifestações, vindo a perder somente do Setor de Regulação dos Exames, Cirurgias e Consultas Especializadas, conhecida por Central de Marcação, que sozinha acumulou 401 manifestações, sendo destas, 397 (99,1%) solicitações de procedimentos atrasados, oriundos das unidades da ESF, 03 (00,7%) reclamações e 01 (00,2%) sugestão.

Por sua vez, associados à Atenção Básica estão os serviços de Saúde Bucal, onde nestes, foram constatados ao todo, 35 (4,5%) manifestações, sendo ao todo, 17 (48,6%) reclamações, 16 (45,7%) solicitações e 02 (05,7%) sugestões. Em sua essência, as manifestações na Saúde Bucal estão

intercaladas com as atitudes dos odontólogos e dos seus respectivos auxiliares. Diante disto, podem ser somatizados aos números gerais da Ouvidoria 2011 sobre a Atenção Básica.

Tabela 2 – Perfil dos Profissionais da ABS segundo as Manifestações na Ouvidoria

	Solicitação		Informação		Elogio		Sugestão		Denúncia	
Médico	013	46,4%	007	36,8%	004	50,0%	002	50,0%	004	25,0%
Enfermeiro	008	28,5%	004	21,1%	002	25,0%	001	25,0%	003	18,7%
Odontólogo	004	14,3%	003	15,8%	001	12,5%	-	-	-	-
ACS	003	10,8%	005	26,3%	001	12,5%	001	25,0%	005	31,3%
Téc. Enf.	-	-	-	-	-	-	-	-	002	12,5%
Serv. Ger.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aux. Adm.	-	-	-	-	-	-	-	-	002	12,5%
TOTAL	028		019		008		004		016	

Fonte: Direta, 2011.

Entretanto, tendo em vista que com o presente documento espera-se identificar a relação entre gestão da Atenção Básica a Saúde e Ouvidoria, com o quadro abaixo foi possível apresentar fatores que revelam em quais pontos estruturais e funcionais devem ser revistos pela gestão para uma melhor promoção da atenção básica a comunidade. No caso, foi enfatizado neste as reclamações dos cidadãos desta, as atividades exercidas pelos profissionais da ABS da cidade estudada. Em si, dentre as reclamações, merecem destaque o número considerado tendo como referencia os profissionais médicos e agentes comunitários de saúde (ACS), estes que mais apresentam manifestações contra as suas atividades no setor de ouvidoria, totalizando um valor de 34,8% e 16,9% respectivamente. Os mesmos são seguidos pelos enfermeiros (15,1%) e técnicos de enfermagem (12,5%), sendo ainda notificadas reclamações enter os odontólogos (5,3%), auxiliar de serviços gerais (3,5%) e auxiliar administrativo (11,6%).

Tabela 3 – Balanço das Reclamações associadas à ABS segundo na Ouvidoria

	Médico	Enfermeiro	Odontólogo	ACS	T. Enf.	S. Ger.	Aux. Adm.
Reclamação	039	017	006	019	014	004	013
∑	112						

Fonte: Direta, 2011.

Assim, com este levantamento, foi possível traçar uma alínea entre as necessidades gerenciais que devem ser executadas na Atenção Básica, por meio dos relatos registrados na Ouvidoria desta cidade.

DISCUSSÃO

Diante dos dados apresentados podem-se constatar alguns pontos importantes relacionados à relevância da construção de um programa de gestão a partir das manifestações apresentadas na Ouvidoria.

Dentre os primeiros pontos enfatiza-se a necessidade de garantir o direito do usuário do Sistema Único de Saúde, ao passo de proporcionar ao mesmo, condições eficazes e salutares para que este possa usufruir de forma legítima dos serviços oferecidos por tal sistema. Isto pode ser confirmado na consumação dos dados coletados e apresentados nos quadros outrora divulgados, onde foi possível identificar a relevância que os serviços da Atenção Básica possuem sobre uma gestão de saúde pública.

Em si, são os serviços oferecidos na Atenção Básica à essência para uma boa vivencia do SUS em um município. A importância desta dimensão da saúde pública é tão enfática que o setor líder de manifestações negativas na Ouvidoria do município estudado está intrinsecamente ligado aos serviços básicos de saúde. A Central de Marcação de Consultas tinha em suas mais de 400 notificações, como razão das manifestações, a marcação de consultas para um profissional de outra especialidade médica daquela solicitada pelo médico, vindo a ser justificado pelo digitador pela incompreensão gráfica do escrito no receituário, e outras relacionadas à demora da marcação do exame ou consulta solicitada devido ao não envio dos mesmos oriundos da Unidade de Saúde a Central de Marcação, em tempo imediato, ou ainda o fato de quando estes eram marcados e devolvidos a Unidade, os ACS não iam anunciar que a solicitação realizada havia sido solucionada e o resultado desta estava na unidade.

É essencial o bom funcionamento dos serviços básicos de saúde. Em si, se há uma boa eficiência destes na unidade básica, haverá como resultado uma diminuição no número de internações, na manifestação de epidemias e de outros agravos a saúde, isto porque há um conjunto de ações preventivas e imediatas aos elementos desfavoráveis a saúde do povo.

Diante do fato, para ter uma ideia de como estão sendo oferecidos os serviços de saúde, assim como identificar em que pontos precisam ser intensificados ou avaliados, a ouvidoria neste ponto, entra como um elemento fundamental para a construção de planos de ação eficazes na promoção de projetos e metodologias de programas de acordo com a opinião do povo. No caso, é fato de que manifestantes na Ouvidoria de qualquer município expõem somente as suas próprias opiniões, mas sim a de toda a comunidade em que está inserido, logo é o juízo fundamental que um gestor deve se fundamentar para realizar programas de saúde de acordo com o desejo do povo, sendo assim a

construção de um serviço de saúde democratizada, isto porque não se fundamenta somente na visão de um ser, mas de uma comunidade, a qual expõe o que pensa, na ouvidoria.

São os ouvidores os responsáveis por ser a ponte entre a população, e o próprio servidor público, a gestão de um setor. No caso, do município estudado, os ouvidores se depararam, na Atenção Básica, com um número considerado de reclamações do que elogios e sugestões. Dentre solicitações de serviços, profissionais e condições de trabalho também foram notificadas. Entretanto, vale ressaltar que as denuncias que mantiveram um número considerado, onde ao comparar a quantidade de denuncias feitas no munícipio, 42,1% se concentraram na Atenção Básica, o que revela uma insatisfação dos usuários com alguns profissionais que atuam nos serviços básicos de saúde. Quanto às reclamações, 55,4% destas estavam centradas aos serviços do setor estudado, confirmando tal insatisfação. Todavia, de forma até que paradoxal, dos elogios registrados, 80% estavam centrados aos serviços desempenhados na Atenção Básica, assim como de 50% das sugestões notificadas.

Mas, destacando as reclamações, especificamente presta-se certa relevância aquelas feitas aos médicos quanto ao fato destes deixarem a unidade em um tempo inferior ao esperado e assinalado em concurso municipal, podendo assim constatar uma falta de compromisso com a comunidade em que exercem suas atividades e o fato de alguns não realizarem com humanização suas consultas, desconsiderando a necessidade psicológica e até clínica do cliente, dando valor apenas ao que o cliente aparentemente expõe vindo a, em certas ocasiões, evitar até tal manifestação do pensamento.

Por continuidade, dentre as reclamações relacionadas ao enfermeiro, enfatizam-se a de que os enfermeiros não prestam o serviço com humanização e desconsideram a opinião do cliente, assim como o fato de que alguns não permanecem na unidade no tempo esperado e assinalado em concurso. Quanto aos odontólogos, o foco maior das reclamações a ele relacionadas está no fato de disponibilizarem um número pequeno de consultas por dia, tendo uma média de oito consultas ao dia e vinte e quatro por semana. Já quanto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de forma expressiva está como reclamação o fato de que alguns destes não visitarem a casa das famílias por eles cobertas, e de alguns não repassarem as mesmas, informações eferentes aos eventos de promoção à saúde no posto de saúde. Relacionados aos técnicos de enfermagem (T. Enf.) estão o fato destes, tratarem de forma desrespeitosa o cliente, assim como as queixas evidenciadas entre os profissionais de Auxiliar Administrativo (Aux. Adm.) e Auxiliar de Serviços Gerais (S. Ger.).

Por fim, percebe-se que se não valorizar de forma devida os serviços básicos de saúde, o gestor terá que enfrentar três pontos distintos de problemas que podem classificar a sua gestão como negativa:

1) O cliente: o qual deve estar a par de todos os serviços oferecidos pela gestão, assim como deve também receber os mesmos com respeito as suas limitações e sua condição psicológica, física, social e espiritual.

2) O servidor: onde o oferecimento de condições dignas de trabalho para os profissionais que atuam na atenção básica, e em paralelo, o acordo da corresponsabilidade destes, onde evidenciando a desconsideração destes para com os serviços públicos desempenhados, devem ser os mesmos avaliados e analisados se a sua permanecia no setor se faz mesmo necessária, vindo a estar pronto para dispor alguém que possa suprir a vaga deixada, ou auxiliar o mesmo, se este se encontrar sobrecarregado, todavia, o princípio da satisfação do funcionário e do cliente, onde o gerente deve manter o bem-estar daquele que presta o serviço e daquele que dele usufrui, é essencial para a manutenção de uma gerencia equilibrada e sem tantos problemas evidenciados quanto a sua concretização e;

3) Os setores que atuam de forma paralela e dependente ao gerenciado: onde a busca de parcerias e de metodologias de qualificação dos serviços é fundamental para a promoção destes, com qualidade, isto porque não estará somente restrito a uma única unidade, mas a uma rede de unidades, em que aquele que faz uso do serviço, está intimamente ligado. Tais pontos são trabalhados na Ouvidoria, tendo em vista que, no caso da saúde, é neste setor onde o gestor pode perceber os pontos negativos e positivos de sua gestão, assim como pode traçar planos de ação eficientes para trabalhar problemas existentes ou originários em sua gestão.

A característica de uma boa gestão é determinada naquela em que dá espaço para aqueles que são gerenciados possam participar, no caso, é a gestão participativa, onde os membros são colocados como responsáveis pelo sucesso do sistema em que estão inseridos. Este ato comportamental deve ser vivenciado de forma intensa na saúde. Caso contrário, os dados estatísticos nos relatórios de ouvidoria, apenas irão mostrar mais reclamações, solicitações e denuncias, do que informações, elogios e sugestões.

CONCLUSÃO

Diante do estudo realizado, pode-se concluir que a Ouvidoria armazena informações importantes que podem ser usadas para a construção de uma política pública de saúde mais democrática e eficiente. É na Ouvidoria onde se concentra a opinião dos usuários dos serviços oferecidos, logo, para o gestor que quer desenvolver um trabalho que seja reconhecido pelo público e considerado por este

satisfatório, então ele deve ter como base de fonte de dados para a construção do seu plano de ação, as manifestações apresentadas pela Ouvidoria. É com estes que ele pode avaliar como está o desempenho dos serviços por ele direta, e indiretamente, gerenciados, assim como pode melhorar, intensificar e até mesmo cancelar alguns que não estão sendo bem vistos pelo povo a quem é destinado.

A Ouvidoria também expõe para o gestor uma analise de como está o comportamento dos servidores que atuam no setor por ele gerenciado. Logo, por meio dela, o gestor também pode analisar como estão os recursos humanos por ele utilizados para a concretização do seu plano de ação.

Trazendo todos os dados oferecidos para o serviço de Atenção Básica, são os dados armazenados na Ouvidoria que podem dispor de informações eficazes para um bom desempenho desta no município. Todavia, a questão é o como e o quanto o gestor considerará os fatos registrados nas manifestações apresentadas aos ouvidores. Em si, é sim a ouvidoria a ponte que une a população e o servidor a gestão, mas, além de ponte, a ouvidoria funciona como um campo onde são coletadas as informações necessárias para identificar a vitalidade do setor gerenciado e como qualifica-lo e torna-lo mais eficiente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.: il. color. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 504 p. - (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Ouvidoria-Geral do SUS: um espaço de cidadania / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 20 p.: il. – (Serie F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 93 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C., Programa Saúde da Família: A Construção de um Novo Modelo de Assistência. Rev. Latino-americana de Enfermagem, 2005. Novembro-Dezembro 13 (6): 1027-34.

Capítulo 8

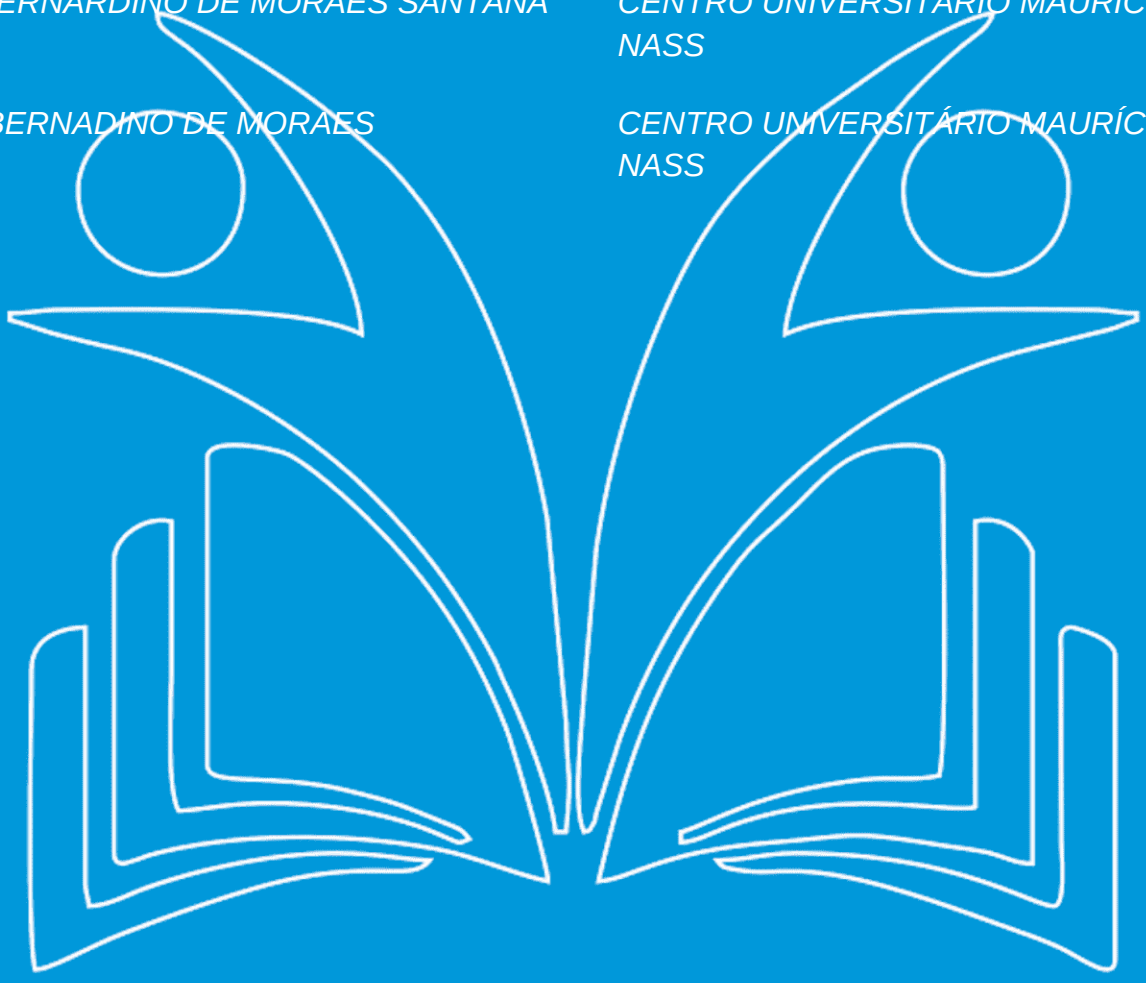
10.37423/230107064

IMPLICAÇÕES DO EXERCÍCIO AERÓBICO NA MELHORA DA FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

EDWESS BARBOSA SILVA
CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASS

MILEIDE BERNARDINO DE MORAES SANTANA
CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASS

MILLENA BERNADINO DE MORAES
CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASS



Resumo: A esclerose múltipla (EM) é uma doença neurodegenerativa, crônica, inflamatória e desmielinizante que acomete o sistema nervoso central. Apresenta etiologia desconhecida, mas atribui-se seu desenvolvimento a uma combinação de fatores genéticos e ambientais, os quais impulsionam o sistema imunológico a atacar a mielina do cérebro e medula espinal. Pode cursar de quatro maneiras, com diferentes manifestações clínicas, sendo importante o atendimento feito por uma equipe multidisciplinar, onde o fisioterapeuta é indispensável. Dentre as opções de intervenções fisioterapêuticas tem-se os exercícios aeróbicos que já dispõem de bons resultados em outras disfunções neurológicas. Neste sentido, esse estudo teve como objetivo verificar os efeitos dos exercícios aeróbicos nos contextos da atividade e da participação social de pacientes com Esclerose Múltipla. O estudo foi conduzido como uma revisão de literatura com buscas de artigos de ensaios controlados randomizados e revisões sistemáticas. A coleta de dados aconteceu, nos meses de março e julho de 2021, com busca de publicações no idioma inglês, indexadas nas bases de dados PEDro, Pubmed e Cochrane, no período de junho de 2016 a junho de 2021. A pesquisa rendeu uma amostra final de 18 artigos, que evideciaram bons resultados para o uso de exercícios aeróbicos no tratamento de pessoas com EM. Foram observados efeitos positivos no sono, fadiga, aptidão cardiorrespiratória, aprendizagem, memória, velocidade do processamento cognitivo, mobilidade, velocidade e resistência na marcha e qualidade de vida. Contudo, ainda existem limitações que precisam de novas investigações, sendo de suma importância estudos adicionais que disponham de uma metodologia mais robusta, com maior quantidade de participantes e por um período maior de tempo.

Palavras-chaves: Esclerose Múltipla. Exercício Aeróbico. Fisioterapia. Qualidade de Vida. Participação Social.

1 INTRODUÇÃO

A esclerose múltipla (EM) é uma doença neurodegenerativa, crônica, inflamatória e desmielinizante que acomete o sistema nervoso central. Possui etiologia desconhecida, mas atribui-se seu desenvolvimento a uma combinação de fatores genéticos e ambientais, os quais impulsionam o sistema imunológico a atacar a mielina do cérebro e medula espinal. (FILIPPIN, 2016; MSIF, 2020; MSIF, 2021).

Apresenta diversas manifestações clínicas que variam entre as pessoas, como alterações de movimento, de coordenação, de visão, de emoção e cognição, além de fadiga, dor e disfunções sexuais, de bexiga e intestino. É mais comum em adultos jovens de 20 a 40 anos, período extremamente produtivo, comprometendo sua qualidade de vida e suas perspectivas de futuro. (FILIPPIN, 2016; MSIF, 2020; MSIF, 2021).

A qualidade de vida é um item primordial para os pacientes com EM e de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF-OMS, 2004) está diretamente conectada ao bem-estar de cada um, ou seja, corroborando a MSIF (2021) é como ele se sente, se percebe e atua nas decisões em relação a si próprio e a comunidade.

Segundo o Atlas de Esclerose Múltipla da *Multiple Sclerosis International Federation* (MSIF), em 2020 havia 2,8 milhões de pessoas no mundo com EM, o que corresponde a 1 a cada 3.000 pessoas; destas, a maioria são mulheres, correspondendo a cerca de 69% dos casos. No Brasil são 40 mil pessoas acometidas, 1 a cada 5.500 pessoas, com média de idade de diagnóstico de 34 anos e 62% dos casos são de mulheres. (MSIF, 2020)

A literatura descreve 4 maneiras que a EM pode cursar, a saber, síndrome clinicamente isolada (primeiro episódio), EM recorrente (ou EM recorrente-remitente, 85% dos casos recebem o diagnóstico inicial desse tipo), EM progressiva secundária e EM progressiva primária (cerca de 10 a 15 %). Salienta-se que o curso da EM é imprevisível e cada pessoa terá uma combinação diferente de sintomas. Devido à variedade das manifestações clínicas, o tratamento da EM deve contar com a atuação de uma equipe multidisciplinar, onde a intervenção fisioterapêutica é de suma importância na manutenção da funcionalidade e na redução de perdas de habilidades e da independência. Segundo a MSIF no Atlas de 2013, os fisioterapeutas fazem parte da equipe de reabilitação de pacientes com EM na maioria dos países. (FILIPPIN, 2016; MSIF, 2013; MSIF, 2021).

Dentre as opções de intervenções fisioterapêuticas tem-se os exercícios aeróbicos que já dispõem de bons resultados em outras disfunções neurológicas, com o Acidente Vascular Cerebral e a doença de Parkinson. Os exercícios aeróbicos podem ser definidos como a realização de qualquer atividade física de forma planejada, repetida e prolongada (20 a 40 min), de modo que haja trabalho de grandes grupos musculares com intensidade leve, moderada ou intensa, e sua fonte de energia seja obtida de processos com o oxigênio (O2). (FILIPPIN, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2016; AGUIAR *et al.,* 2020).

A presente investigação buscou constatar os efeitos e as evidências dos exercícios aeróbicos para paciente com EM, relacionando-os dentro da perspectiva da atividade e da participação social.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão de literatura que teve o intuito de investigar os efeitos dos exercícios aeróbicos para pacientes com esclerose múltipla.

A coleta de dados aconteceu nos meses de março e julho de 2021, a partir da busca de artigos de ensaios controlados randomizados e revisões sistemáticas publicados no idioma inglês, indexados das bases de dados PEDro, Pubmed e Cochrane Library, no período de junho de 2016 a junho de 2021, utilizando os seguintes descritores: “multiple sclerosis”, “aerobic exercise” e “physical therapy”.

O processamento e análise dos dados foi realizado utilizando o software Rayyan® para auxiliar na identificação de duplicatas e na seleção de estudos elegíveis, descartando os estudos que discorriam apenas sobre outras patologias excluindo a esclerose múltipla e os que não receberam tratamento com exercícios aeróbicos.

A seleção de estudo ocorreu por etapas; na primeira foi feita a leitura dos títulos e exclusão dos que não atenderam aos critérios; na segunda etapa a exclusão aconteceu mediante a leitura dos resumos. E por fim, a leitura dos textos na íntegra e a disposição dos dados em tabela para discussão.

3 RESULTADOS

A pesquisa rendeu 236 artigos que foram importados para um sistema eletrônico de gerenciamento de literatura, o Rayyan®, onde foram identificadas e excluídas 23 duplicatas. Posteriormente, houve a exclusão de 191 artigos mediante a triagem de títulos e resumos. Os 23 artigos restantes foram lidos na íntegra, sendo 5 excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, reduzindo para 18 o número de artigos elegíveis para esse estudo.

Figura 1. Fluxograma dos artigos selecionados para a revisão de literatura

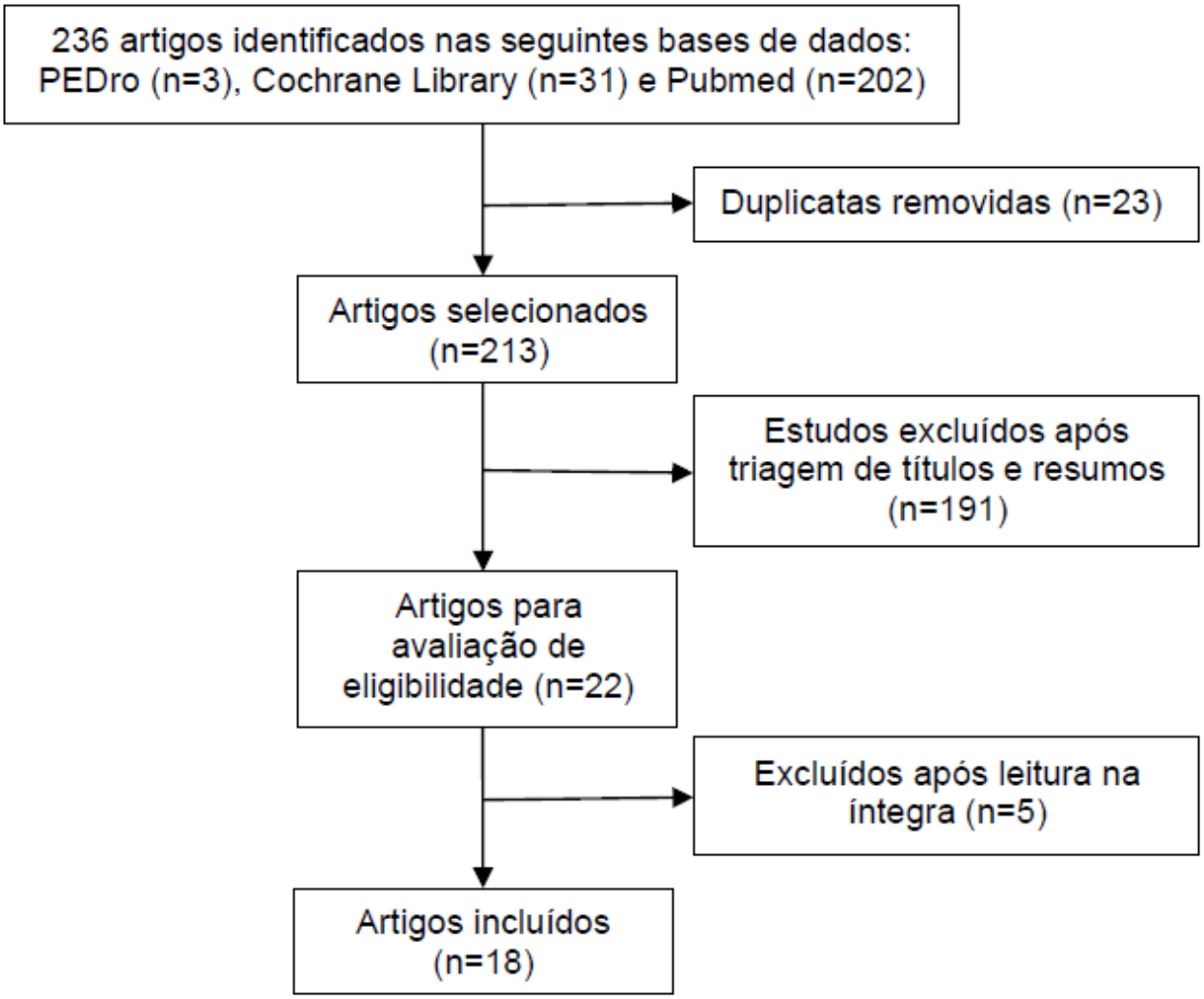


Tabela 1. Características dos estudos incluídos

AUTOR E ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	CONCLUSÃO	LIMITAÇÕES DO ESTUDO
Siengsukon *et al.*, 2016.	Verificar a influência de um programa de exercícios aeróbicos supervisionado com intensidade moderada em relação a um programa sem supervisão de caminhada e alongamento com baixa intensidade na qualidade do sono e na sonolência diurna em pessoas comEM.	Após o recrutamento e a avaliação inicial os 28 participantes foram randomizados em dois grupos. Um para o programa de exercícios aeróbicos de intensidade moderada (14 participantes) e ooutro para um programa de caminhada e alongamento debaixa intensidade (14 participantes), realizados em 12 semanas de exercícios três vezes por semana.	Ambos os grupos apresentaram resultados de melhoria na qualidade do sonoe na fadiga. No entanto, apenas o programa de exercícios aeróbicos de intensidade moderada proporcionou um efeito moderado na sonolência diurna.	Pequena quantidade de participantes do estudo.
Sandroff *et al.*, 2016.	Observar a açãodo treinamento de exercício de caminhada progressiva em esteira ergométrica em 12 semanassobre a cognição em pessoas com EM.	Foram randomizados10 participantes, 5 receberam o treinamento de exercícios supervisionado de caminhada em esteira, no períodode 12 semanas, trêsvezes por semana.Os outros 5 formaram o grupo controle na lista de espera e receberam o treinamento após as 12 semanas.	Os participantes do treinamento de caminha progressiva na esteira demonstraram melhoria na velocidade de processamento cognitivo, na caminhada e na aptidão cardiorrespiratória, em comparação ao grupo controle.	A pequena quantidade de participantes.

Braendvik *et al.*, 2016.	Confrontar o treinamento em esteira com o treinamento de força progressivano desempenho da caminhada em pessoas com EM moderada.	Os 28 participantes recrutados para o estudo foram randomizados em dois grupos que realizaram exercícios três vezes por semana, durante 8 semanas. Um grupo com 13 participantes treinou na esteira e o outro com 15 participantes treinamento de força.	O grupo da esteira apresentou uma progressiva melhora da caminhada no que diz respeito a economia de trabalho e amplitude reduzidana aceleraçãovertical.	Pequena quantidade de participantes e não saber se o efeito é duradouro.
Mackay; Kuys; Brauer, 2017.	Constatar os efeitos nos níveisdo fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF)5 dos exercícios aeróbicosem pacientes neurológicos.	Revisão sistemática com metanálise com pesquisa nos seguintes bancos de dados: CINAHL ,PubMed, COCHRANE, PsycINFO, SportDiscus e Webof Science.	Os resultados dos 11 estudos incluídos na revisão, em sua maioria com pessoas com EM, apontam que o exercício aeróbico regular pode aumentar os níveisde BDNF em populações neurológicas. Com potencial envolvimento no aumento da neuroplasticidade e no desempenho motor.	Os estudos incluídos tinham notas baixas na escala PEDro, eo efeito de viés de publicação.
Sandroff; Johnson; Motl, 2017	Investigar a influência no aprendizado, na memória e na viscoelasticidade do hipocampo de um treinamento aeróbico em esteira ergométrica, com uso da elastografia por ressonância magnética (MRE)	Oito participantes com EM ambulatoriais foram divididos em 2 grupos. Cinco realizaram a intervenção em 12 semanas de caminhada supervisionada na esteira, 3 vezes por semana. Os outros 3 ficaram na lista de espera e receberamo treinamento apenas após as 12 semanas do grupo intervenção.	O grupo que realizou a caminhada apresentou um resultado de pequeno a moderado em testede aprendizagem e memória. No entanto, obteve grandes resultadosno hipocampo na rigidez de cisalhamento e na taxa de amolecimento.	Amostra pequena.

Khan; Amatya, 2017.	Verificar as evidências existentes sobre reabilitação de pessoas com EM.	Revisão sistemática com busca nas bases de dados MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PubMed ea Cochrane Library. Também foi realizada busca no Sistema de Informação de Literatura cinzenta na Europa, Academia de Medicina Gray de Nova Iorque, Literature Collection, National Quality Measures Clearinghouse e Google Scholar.	As evidências para exercícios indicam alta qualidade para efeitos na mobilidade, força muscular, capacidade aeróbica, reduçãode fadiga e melhoria da qualidade de vida, com destaque para caminhada.	Baixa qualidade metodológica dos ensaios clínicos utilizados na pesquisa.
Heine *et al.*, 2017.	Conferir os resultados imediatos e após 16 semanas dos exercícios aeróbicos na fadiga e participação social de pessoascom EM.	Oitenta e nove participantes foram randomizados, 43 fizeram treinamento aeróbico em 16 semanas, 3 vezespor semana no cicloergômetro eletromagnético. E 46 participaram de três consultas de informações sobre fadiga.	O grupo do treinamento aeróbico não demonstrou redução clinicamente significativa da fadiga na avaliação de 6 e 12 meses, tendo resultados positivos apenas durante o treinamento.	Os participantes tinham um quadro de fadiga severa.
Zimer, *et al.*, 2018.	Examinar se um programa de exercício aeróbicos de altaintensidade comparado comum programa de exercícios aeróbicos moderados, durante 3 semanas, proporciona melhor desempenho cognitivos em pessoas com EM internadas.	Os participantes elegíveis estavam internados em uma clínica e foram divididos em dois grupos: 29 para o programa de alta intensidade e 31 para o programa de intensidade moderada.	Os resultados sugerem que o programa de alta intensidade melhora a memóriaverbal, aptidão cardiorrepiratória e diminui as concentrações séricas de metaloproteinases de matriz (MMP)-2.	Apresentou curto período de intervenção, limitações nos cálculos das amostras e nos itens de inclusão.

Mähler *et al.*, 2018	Averiguar os resultados de um treinamento hipóxico intermitente na eritropoietina sérica, carga de trabalho máxima, gasto de energiada atividade e imunofenótipo com foco nas células T reguladoras e produtoras IL -17A.	Foram incluídos no estudo 34 participantes, que fizeram treinamentona esteira durante 4 semanas, 3 vezespor semana, 1 horapor dia. Metade dos participantes realizaram o treinamento de esteira dentro de uma câmera de hipóxia normobárica e a outra metade treinou em normoxia normobárica.	Em relação ao gasto de energianão houve alteração. A cargade trabalho máxima, a distância percorrida e a velocidade da marcha aumentaram emambos os grupos,sendo o maior noda hipóxia. Já osresultados imunológicos foram melhores no grupo da normoxia e ambos apresentaram melhora no humor.	O período do estudo foi muito pequeno.
Amatya; Khan; Galea, 2019.	Sintetizar as evidências, das revisões publicadas pela Cochrane, em relação a eficáciae segurança das intervenções de reabilitação para pessoas com EM.	Revisão sistemática através do banco de dados Cochrane de Revisões Sistemáticas.	As evidências encontradas indicam que os exercícios reduzema fadiga, a mobilidade, a tolerância ao exercício, a força muscular e o humor, todas em nível moderado.	Nem todas as revisões sistemáticas incluídas pesquisaram em literatura cinzenta.
Al-Sharman *et al.*, 2019.	Verificar os resultados do exercício aeróbico durante 6 semanas, com intensidade moderada no sono e nos biomarcadores relacionados ao sono em pessoas com EM.	Foram randomizados 40 participantes em dois grupos. Vinte participantes realizam exercícios aeróbicos numa máquina de passos,3 vezes por semana, durante 6 semanas.Os demais realizaram exercícios não aeróbicos em casa seguindo as orientações disponíveis emvídeo.	O grupo dos exercícios aeróbicos apresentou ganhos nas medidas subjetivas e objetivas, destacando o aumento significativo dos níveis de serotonina.	A quantidade pequena de participantes e apenas cerca de 50% usaram Actigraph na avaliação do tempo total de sono, eficiênciado sono e o despertar após o início do sono.

Sattelmayer *et al.*, 2019.	Buscar através de uma revisão sistemática os efeitos da comparação do treinamento de marcha assistida por robô com o treinamento convencional de caminhada em pessoas com EM.	A pesquisa ocorreunos bancos de dados Medline (PudMed), Cochrane Central Register, EMBASE, CINAHL e Google Scholar.	Não houve efeitos maiores de nenhumas das intervenções.	Número pequeno de estudos, falta de algumas informações como a velocidade máxima da marcha e a pequena variedade de deficiências.
Robinson; Dennett; Snowdon, 2019.	Averiguar se um treinamento específico de tarefas (na esteira) pode melhorar a mobilidade e reduzir a taxa de quedas de pessoas com doenças neurológicas progressivas.	Revisão sistemática mediante a pesquisanos bancos de dados MEDLINE, EMBASE, CINAHL Cochrane Database of Systamatic Reviews	Os resultados encontrados demonstram que o treinamento na esteira melhorou a mobilidade nas medidas de marcha no espaçoe velocidade de caminhada confortável.	Presença de viés de relato e os dados encontrados são de participantes com quadro leve e moderados, não sendo possível generalizar.
Wong; Holahan, 2019.	Observar a influência do exercício aeróbico na inflamação e na incapacidade de pessoas com EM.	Revisão sistemática com pesquisa nasbases de dados PubMed, Proust e CINAHI.	Não foi observada uma redução significativa da inflamação. No entanto, os exercícios têmefeitos positivos naqualidade de vida e na participação nas atividades diárias.	Metodologia falha de alguns estudos utilizados na revisão.
Straudi *et al.*, 2019.	Conferir os efeitos na velocidade da marcha, na mobilidade, no equilíbrio, na fadigae na qualidade de vida do treinamento de marcha assistida por robô em relação a terapia convencional em indivíduos com EM.	Dois grupos foram randomizados, umcom 36 participantesfizeram treinamento de marcha assistido por robô na esteira. Os outros 36 fizeram caminhada no solo. Ambos treinaram 3 vezes por semana, durante 4 semanas.	Nenhum dos grupos foi superior ao outro. Ambos os grupos apresentaram aumento significativo na velocidade e na resistência da marcha, no equilíbrio e na qualidade de vida.	O tamanho da amostra foi inferior ao planejado.

Tollár *et al.*, 2020.	Confrontar os resultados nos sintomas clínicos, motores e na qualidade de vida de treinamentos com exergaming, equilíbrio, ciclismo, facilitação neuromuscular proprioceptiva e um grupo controle de listade espera em indivíduos com EM.	Sessenta e oito participantes foram randomizados em 5 grupos e receberamas intervenções de exergaming, equilíbrio, ciclismo, facilitação neuromuscular proprioceptiva e um grupo controle de lista de espera. As intervenções ocorreram durante 5 semanas, 5 vezespor semana.	Os resultados demonstram que apenas as intervenções de exergaming, equilíbrio e ciclismo apresentam melhoras nos sintomas clínicos e motores e na qualidade de vidade indivíduos comEM.	A duração das intervenções foi pequena e a falta de acompanhamen to após o período de estudo, para verificar se os efeitos permanecem.
Langeskov-Christensen *et al.*, 2020.	Perceber osefeitos, através de RNM cerebral, de 24 semanas de exercícios aeróbicos de alta intensidade em indivíduos com EM.	Os grupos foram randomizados com 43 participantes, cada grupo. Um realizou exercícios de alta intensidade 2vezes por semana, durante 24 semanas e o outro ficou como lista de espera.	Houve um aumentode massa cinzenta, mas não pode-se afirmar que o EA tem papel neuroprotetor de atrofia cerebral total. Em relação a aptidão cardiorrespiratória houve melhoras	Limitações individuais na análise da RNMe taxa de abandono de 15,1%, onde a estimada era 10%. Não houve acompanhamento após a finalização do estudo.
Androwis *etal.*, 2021.	Constatar os resultados de exercícios assistidos por exoesqueleto em comparação com treinamento de marcha convencional, durante 4 semanas, em indivíduos com EM.	Um grupo com 7 participantes realizou exercícios assistidos por exoesqueleto, que consistiram em caminhada supervisionada e progressiva. O grupo controle era composto de 5 participantes que fizeram treinamentode marcha convencional.	Os efeitos observados no grupo dos exercícios assistidos por exoesqueleto foi de melhora na mobilidade e na velocidade do processamento cognitivo.	Amostra pequena.

4 DISCUSSÃO

4.1 EFEITOS NO SONO

Os estudos de Siengsukon et al. (2016) e Al-Sharmam et al. (2019) destacaram as melhoras significativas no sono após a realização de exercícios aeróbicos. Foi observada a redução da sonolência diurna, redução da fadiga depois dos exercícios, melhoria da aptidão cardiorrespiratória e uma redução moderada no Índice de Qualidade de Sono de Pittesburgh. Também houve aumento dos

níveis de serotonina, que julgam ter impulssionado esses bons resultados (AL-SHARMAM et al., 2019). Os autores destacam a influência do sono na qualidade de vida das pessoas com EM, sendo as queixas de sono muito comuns em seus relatos.

4.2 EFEITOS NOS ASPECTOS COGNITIVOS

Trantando-se de desempenho cognitivo, memória, níveis de fatores neurotróficos e atrofia cerebral, alguns estudos foram encontrados. Nos achados de Mackay et al. (2017), em sua revisão sistemática, estão a melhora nos níveis de fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), possibilitando um possível ganho na neuroplasticidade. Um efeito neuroprotetor em relação à atrofia cerebral foi investigado por Langeskov-Christensen et al. (2020), concluindo que não há efeito nesse aspecto, porém obtendo melhoras na apitidão cardiorrespiratória. Para Sandrof et al. (2017) os resultados foram considerados empolgantes, apesar da amostra pequena. Os autores perceberam efeitos na aprendizagem, memória e viscoelasticidade do hipocampo. Em uma investigação anterior Sandrof et al. (2016) já tinham constatado os benefícios dos exercícios aeróbicos na velocidade do processamento cognitivo, no desempenho da marcha e na aptidão cardiorrespiratória. Reforçando esses benefícios Zimmer et al. (2018) apresentaram dados promissores na memória verbal e aptidão física, observando também redução dos níveis séricos de metaloproteinases-2 da matriz, enzima que atua na barreira hemotoencefálica e podendo ter efeitos no tráfego de células inflamatórias pela barreira. A inflamação foi objeto de estudo de Wong e Holahan (2019), que em sua revisão sistemática verificaram efeitos apenas nas citocinas IL-17, TNF-α e IFN-y, não sendo possível concluir que o exercício proporciona uma redução significativa. Essas melhoras em aspectos cognitivos contribuem não só nos mecanismos fisiológicos, mas na qualidade de vida das pessoas com EM.

4.3 EFEITOS NA MOBILIDADE

A mobilidade foi bem investigada por vários autores em diferentes aspectos por está diretamente vinculada à independência e participação social das pessoas com EM. Segundo Braendvik et al. (2016) o treino na esteira apresenta resultados benéficos na economia do trabalho de caminhada, tornando-a mais fácil e mais estável. Mahler et al. (2018) também propuseram o treino em esteira, mas em condições diferentes, sendo metade com uso câmera de hipóxia normobárica e a outra metade treinou em normoxia normobárica, ambos os grupos obtiveram avanços na distância percorrida, na velocidade da marcha e no humor.

Alguns estudos demonstraram que treinos com poucos recursos também são eficazes. Neste sentido, Straudi et al. (2019) compararam caminhada em esteira (assistida por robô) com caminhada no solo, e constataram que tecnologia não é superior, pois ambos os grupos aumentaram a velocidade e resistência da marcha, o equilíbrio e a qualidade de vida. Sattelmayer et al. (2019) em sua revisão sistemática corroboraram com essas evidências, onde o treino de marcha assistido por robô também não foi superior ao de solo. O treinamento em esteira ainda foi analisado na revisão sistemática de Robinson, Dennett e Snowdon (2019) encontrando resultados significativos nas medidas espaço-temporais da marcha e na resitência ao caminhar.

Em contrapartida, um estudo recente de Androwis et al. (2021) fizeram a comparação de caminhada supervisionada e progressiva assistida por exoesqueleto, com o treinamento de marcha convencional e constataram dados favoráveis no treinamento com exoesqueleto, indicando melhoria da mobilidade, da velocidade do processamento cognitivo e da conectividade funcional tálamo-cortical em estado de repouso.

O grau de evidência da caminhada foi considerado alto em uma revisão sistemática de revisões sistemáticas de Khan e Amatya (2017), expondo bons resultados na mobilidade, capacidade aeróbica, redução da fadiga e na qualidade de vida. O ciclismo com bicliceta ergométrica foi comparado com outras intervenções por Tollár et al. (2020), apontando de bons efeitos na qualidade de vida e na mobilidade.

4.4 EFEITOS NA FADIGA

A fadiga é dos sintomas mais comuns em indivíduos com EM, associado a limitações na participação social. Heine et al. (2017) verificaram pequeno efeito para o treinamento aeróbico com cicloergométrico eletromagnético em comparação com consultas de orientação em pessoas com fadiga severa. No entanto, Amatya, Khan e Galea (2019) identificaram, em sua revisão sistemática, que execícios de endurance pode diminuir a fadiga relatada pelo próprio paciente, com grau de evidência moderada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura analisada fica evidente a importância do uso de exercícios aeróbicos no tratamento de pessoas com EM, pois foram observados efeitos positivos no sono, fadiga, aptidão cardiorrespiratória, aprendizagem, memória, velocidade do processamento cognitivo, mobilidade,

velocidade e resistência na marcha e qualidade de vida. Endossando os resultados, deve-se considerar que os exercícios aeróbicos apresentam baixo custo e são amplamente conhecidos e disponíveis.

Contudo, esse estudo apenas ressalta resultados promissores que ainda apresentam limitações, sendo de suma importância estudos adicionais que disponham de uma metodologia mais robusta, com maior quantidade de participantes e por um período maior de tempo, obtendo-se mais evidências em relação a manutenção dos efeitos a longo prazo e da dose-resposta mais indicada.

REFERÊNCIAS

AL-SHARMAN, A. et al. The Effects of Aerobic Exercise on Sleep Quality Measures and Sleep-related Biomarkers in Individuals with Multiple Sclerosis: A Pilot Randomised Controlled Trial. In: NeuroRehabilitation. Jan. 2019: 107 – 115. Disponível em: https://content.iospress.com/articles/neurorehabilitation/nre192748. Acesso em: 11 abr. 2021.

AMATYA, B.; KHAN, F.; GALEA, M. Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.10 02/14651858.CD012732.pub2/pdf/CDSR/CD012732/CD012732.pdf/pt. Acesso em: 11 abr. 2021.

ANDROWIS G.J. et al. A pilot randomized controlled trial of robotic exoskeleton-assisted exercise rehabilitation in multiple sclerosis. Mult Scler Relat Disord. 2021 Jun;51:102936. Epub 2021 Apr 13. PMID: 33878619. Disponível em: https://www.msard-journal.com/article/S2211-0348(21)00203-0/fulltext Acesso em: 02 ago. 2021.

BRAENDVIK, S.M. et al.Treadmill Training or Progressive Strength Training to Improve Walking in People with Multiple Sclerosis? A Randomized Parallel Group Trial. Physiother Res. Int. 2016 Dec;21. Epub 2015 Jun 25. Disponível em: Treadmill Training or Progressive Strength Training to Improve Walking in People with Multiple Sclerosis? A Randomized Parallel Group Trial - Brændvik - 2016 - Physiotherapy Research International - Wiley Online Library. Acesso em: 02 ago. 2021.

FILIPPIN, N.T. Intervenção fisioterapêutica na esclerose múltipla. In: GARCIA, C.S.N.B; FACCHINETTI, L.D. (org). PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Neurofuncional: Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 43-80. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).

GONÇALVES, R.L. et al. Condicionamento aeróbio em pacientes pós-acidente vascular cerebral. In: MARTINS, J.A.; KARSTEN, M; DAL CORSO, S. (org). PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 53-92. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).

GONÇALVES, R.L. et al. Condicionamento aeróbio em vítimas de acidente vascular cerebral: guia clínico para fisioterapeutas. In: GARCIA, C.S.N.B; FACCHINETTI, L.D. (org). PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Neurofuncional: Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 111-62. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4).

HEINE, M. et. Does aerobic training alleviate fatigue and improve societal participation in patients with multiple sclerosis? A randomized controlled trial. Mult Scler. 2017 Oct;23(11):1517-1526. Epub 2017 May 22. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5624301/ Acesso em: 02 ago. 2021.

KHAN, F.; AMATYA B. Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. Arch Phys Med Rehabil. 2017 Feb;98(2):353-367. Epub 2016 May 20. Disponível em: Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews - Archives of Physical Medicine and Rehabilitation (archives-pmr.org). Acesso em: 02 ago. 2021

LANGESKOV-CHRISTENSEN, M. et al. Efficacy of High-Intensity Aerobic Exercise on Brain MRI Measures in Multiple Sclerosis. Neurology. 2021 Jan 12;96(2):e203-e213. Epub 2020 Dec 1.

MACKAY, C.P.; KUYS, S.S.; BRAUER, S.G. The Effect of Aerobic Exercise on Brain-Derived Neurotrophic Factor in People with Neurological Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Neural Plast. 2017. Epub 2017 Sep 19. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1155%2F2017%2F4716197. Acesso em 02 ago. 2021.

MÄHLER, A. et al. Metabolic, Mental and Immunological Effects of Normoxic and Hypoxic Training in Multiple Sclerosis Patients: A Pilot Study. Front Immunol. 2018 Nov 29;9:2819. Disponível em: https://dx.doi.org/10.3389%2Ffimmu.2018.02819 Acesso em: 02 ago. 2021.

MSIF - Multiple Sclerosis International Federation. About MS. Disponível em:

https://www.msif.org/about-ms/. Acesso em: 10 abr. 2021.

MSIF - Multiple Sclerosis International Federation. Living with MS. Disponível em: https://www.msif.org/living-with-ms/ Acesso em: 10 abr. 2021.

MSIF - Multiple Sclerosis International Federation. The Multiple Sclerosis International Federation Atlas of MS. 3rd Edition. London: MSIF (September 2020). Disponível em: Atlas-3rd-Edition-Epidemiology-report-EN-updated-30-9-20.pdf (msif.org). Acesso em: 10 abr. 2021.

MSIF - Multiple Sclerosis International Federation. The Multiple Sclerosis International Federation Atlas of MS. 2nd Edition. London: MSIF (November 2014). Disponível em: Atlas-of-MS.pdf (msif.org). Acesso em: 10 abr. 2021.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Lisboa: OMS, 2004. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/arquivos/CIF.pdf. Acesso em: 11 abr. 2021.

ROBINSON, A.G.; DENNETT, A.M.; SNOWDON, D.A. Treadmill training may be an effective form of task-specific training for improving mobility in people with Parkinson's disease and multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. Physiotherapy. 2019 Jun;105(2):174-186. Epub 2018 Nov 15. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.physio.2018.11.007 Acesso em: 02 ago. 2021.

SANDROFF, B.M. et al. Systematically developed pilot randomized controlled trial of exercise and cognition in persons with multiple sclerosis. Neurocase. 2016 Oct;22(5):443-450. Epub 2016 Sep 27. Disponível em: Systematically developed pilot randomized controlled trial of exercise and cognition in persons with multiplesclerosis: Neurocase: Vol 22, No 5 (tandfonline.com). Acesso em: 02 ago. 2021

SANDROFF, B.M.; JOHNSON, C.L.; MOTL, R.W. Exercise training effects on memory and hippocampal viscoelasticity in multiple sclerosis: a novel application of magnetic resonance elastography. Neuroradiology. 2017 Jan;59(1):61-67. Epub 2016 Nov 26. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00234-016-1767-x Acesso em: 02 ago. 2021.

SATTELMAYER, M. et al. Over-ground walking or robot-assisted gait training in people with .multiple sclerosis: does the effect depend on baseline walking speed and disease related disabilities? A systematic review and meta-regression. BMC Neurol. 2019 May 8;19(1):93. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12883-019-1321-7. Acesso em: 02 ago. 2021.

SIENGSUKON, C.F. et al. Randomized controlled trial of exercise interventions to improve sleep quality and daytime sleepiness in individuals with multiple sclerosis: A pilot study. Multiple Sclerosis Journal -

Experimental, Translational and Clinical. January, 2016. Disponível em: Randomized controlled trial of exercise interventions to improve sleep quality and daytime sleepiness in individuals with multiple sclerosis: A pilot study (sagepub.com). Acesso em: 02 ago. 2021.

STRAUDI, S. et al. Robot-assisted gait training is not superior to intensive overground walking in multiple sclerosis with severe disability (the RAGTIME study): A randomized controlled trial. Mult Scler. 2020 May;26(6):716-724. Epub 2019 Mar 4. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1352458519833901?url_ver=Z39.882003&rfrd=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed Acesso em: 02 ago. 2021.

TOLLÁR, J. et al. Exercise Effects on Multiple Sclerosis Quality of Life and Clinical-Motor Symptoms. Med Sci Sports Exerc. 2020 May;52(5):1007-1014. Disponível em:

https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2020/05000/ExerciseEffectsonMultipleSclerosisQualityof.1.aspx Acesso em: 02 ago. 2021.

WONG, V.L.; HOLAHAN, M.R. A systematic review of aerobic and resistance exercise and inflammatory markers in people with multiple sclerosis. Behav Pharmacol. 2019 Dec;30(8):653-660. Disponível em: https://journals.lww.com/behaviouralpharm/Abstract/2019/12000/A_systematic_review_of_aerobic_and_resistance.5.aspx Acesso em: 02 ago. 2021.

ZIMMER, P. et al. High-intensity interval exercise improves cognitive performance and reduces matrix metalloproteinases-2 serum levels in persons with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. Multiple Sclerosis Journal. 2018;24(12):1635-1644. Disponível em:

https://doi.org/10.1177/1352458517728342. Acesso em: 02 ago. 2021

Capítulo 9

10.37423/230107069

POLINEUROPATIA PERIFÉRICA PÓS BYPASS GÁSTRICO: UM RELATO DE CASO

ANA CECILIA ALVES SILVA MARQUES

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS

EDSON ANTONACCI JUNIOR

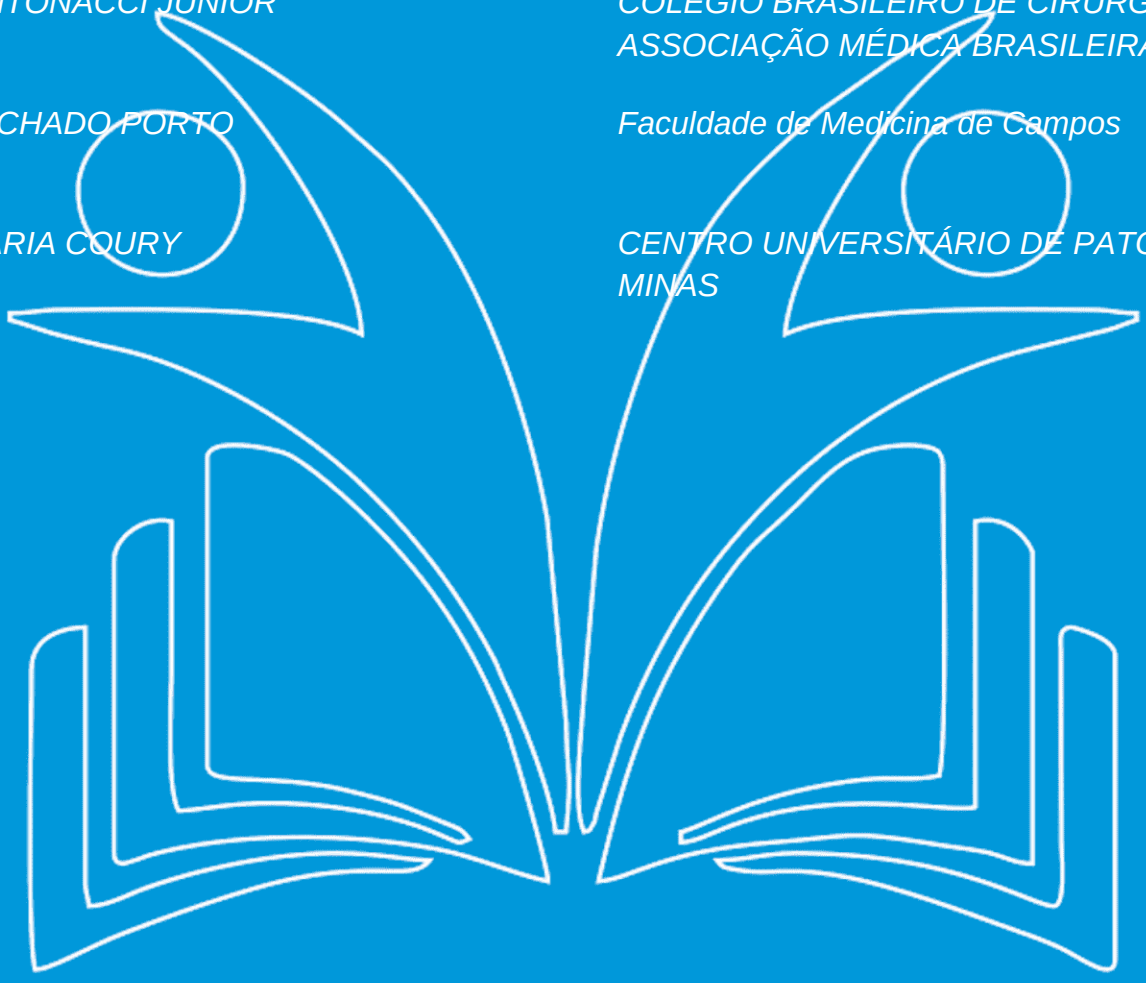
COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES E ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

STAEL MACHADO PORTO

Faculdade de Medicina de Campos

BRUNO FARIA COURY

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS



INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal[1] em um nível que compromete a saúde dos indivíduos, acarretando prejuízos tais como alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor [2,3]. Segundo o Ministério da Saúde em 2014, 75 milhões de brasileiros já apresentavam algum grau de sobrepeso e de obesidade, com a taxa crescente de prevalência entre adultos jovens de 0,8% ao ano [4.]

Estudos recentes mostram que o tratamento clínico e nutricional, dietas e reeducação alimentar, em adultos gravemente obesos, não apresentam resultado significativo em longo prazo, assim a cirurgia bariátrica é, atualmente, a ferramenta mais eficaz no controle e tratamento da obesidade mórbida [5,6].

A ANS em 2017 elegeu os critérios de indicação à cirurgia bariátrica em dois grupos: 1- a. Pacientes que tem Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m2 e 39,9 Kg/m2, com comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m2, com ou sem comorbidades e que não apresentem risco de autoextermínio ou apresentem distúrbios em relação a álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos[7].

As técnicas cirúrgicas podem ser divididas em procedimentos restritivos, procedimentos disabsortivos e procedimentos mistos[5]. Os disabsortivos são as que promovem maior incidência de deficiência dos micronutrientes, que é proporcional ao comprimento da área desviada e à porcentagem de perda de peso [8,9].

Dentre as complicações mais freqüentes destacam-se os distúrbios nutricionais, porém as complicações neurológicas (CN) são as mais incapacitantes e com maior potencial de sequelas [10]. Sendo mais comuns as neuropatias periféricas que podem afetar até 16% dos pacientes operados [11].

RELATO DE CASO

JLAC, paciente do sexo masculino, 55 anos, submetido à cirurgia bariátrica (*by-pass* gástrico em Y-de-Roux) em 30 de julho de 2018, sem complicações. Seu índice de massa corporal (IMC) pré-cirúrgico era de 51,78 kg.m^2 (155kg) e à admissão foi de 41,76 kg.m^2 (125kg).

Três meses após a operação o paciente procurou o pronto atendimento queixando-se de astenia, falta de equilíbrio, dispneia aos pequenos esforços e diplopia. Relatou que o quadro se iniciara há dez dias com dor em membros inferiores e fraqueza distal. Nos últimos três dias já não conseguia deambular sem ajuda dentro de casa.

Durante a anamnese o paciente reportou uso de suplementação oral continuada desde a cirurgia, de composto polivitamínico e mineirais e seguia a dieta prescrita pela nutricionista. Entretanto há quinze dias o paciente apresentara cólica renal com vômitos contínuos, sendo, inclusive, submetido a implante de cateter duplo J pela urologia, desde então sem dor, porém não voltara a tomar seus suplementos.

Ao exame físico o paciente apresentava-se atáxico, com diminuição dos reflexos profundos e diplopia. Apresentou ainda um lipoma em bolsa escrotal direita.

As hipóteses diagnósticas foram tromboembolismo pulmonar (TEP) e polineuropatia, sendo o paciente internado para realização de exames e solicitado avaliação da neurologia. Foram realizados exames laboratoriais que indicaram presença de discreta anemia normocrômica e normocítica, insuficiência renal pré-renal (creatinina 1,6 mg/dL e ureia: 85 mg/dL na admissão e após hidratação a creatinina caiu para 1,4mg/dL, isto já no segundo dia). Ecocardiograma sem alterações, eletrocardiograma mostrando bloqueio divisional anterossuperior esquerdo, sem alteração de repolarização ventricular e angiotomografia pulmonar sem sinais de TEP

Foi realizado durante a internação a dosagem de vitaminas do complexo B, TSH dentre outros exames laboratoriais que não demonstraram alterações significativas. A Ressonância magnética cerebral (RMC) também não mostrou alterações No entanto, a eletroneuromiografia de 07/11/2018 evidenciou polineuropatia periférica predominantemente motora axonal como diagnóstico final.

Inicialmente realizou-se hidratação venosa com 1 ampola de complexo B e iniciado tiamina 500mg IV 8/8h por 3 dias, seguida de 250mg IV 8/8h até a alta. Sendo que o paciente evoluiu com melhora da dispneia em 24 h e recuperação parcial da força da musculatura respiratória.

O paciente recebeu reposição de tiamina, que foi baseada em alguns estudos apesar de não ter sido encontrado nenhum protocolo definido para esse caso. Apesar das dosagens de outras vitaminas terem sido feitas, mesmo normais, percebeu-se que não são confiáveis para valorização clínica, principalmente após a resposta clínica satisfatória.

Houve melhora progressiva da ataxia e força muscular em membros inferiores, de maneira que no dia 09/11/2018 o paciente teve alta já caminhando pelo quarto com ajuda e melhora significativa da diplopia. Foi prescrito para casa suplementação oral de composto polivitamínico, tiamina 300mg 1cp/dia, ácido fólico 10mg/dia e noripurum 100mg 2cp/dia, além de utilização intramuscular semanal

de uma ampola de composto com 100mg de B1, 100mg B6 e 1000mcg B12, com acompanhamento da endocrinologia e nutricionista.

Para o tratamento sintomático foi prescrito Tramadol, se necessário, e Pregabalina 75mg 2 cp/dia com controle da dor, mas na tentativa posterior de retirar o medicamento a dor teve recidiva. Após a alta o paciente se recuperou bem, deambula com auxílio de andador, tem seguido a dieta e a suplementação prescrita, além de estar acompanhando com a endocrinologia e nutrição.

DISCUSSÃO

As CN pós cirurgia bariátrica (CB) são uma das mais temíveis pelo seu potencial de irreversibilidade e podem ser vistas em aproximadamente 5% a 16% dos pacientes[12, 13]. As mais comuns descritas são: encefalopatias, neuropatias, neuropatia óptica, mielopatia, radiculoplexopatia, polineuropatia e mononeuropatia [13,14,15,16]. Sendo que as neuropatias periféricas (NP) podem afetar até 16% dos pacientes operados[11].

Apesar das CN serem mais incapacitantes e com maior potencial de sequelas[12], a carência nutricional é mais comum, e é o fator mais importante para tais complicações devido à má absorção e reposição inadequada de nutrientes[17], principalmente em pacientes submetidos a gastroplastia by-pass em Y de Roux, que apesar da perda de peso rápida, diminuição das comorbidades e controle qualitativo sobre a dieta cursa com a má absorção de nutrientes essenciais como: cálcio, ferro, vitaminas B12 , vitamina D além de intolerância a alimentos doces e a Síndrome de Dumping[18]. Além dessas, a deficiência de tiamina, em particular, tem sido apontada como causa de NP após bariátrica[26].

As CN podem ter início agudo, subagudo ou crônico. É considerado agudo quadro que inicia até um mês após o procedimento cirúrgico, subagudo, quando o inicio ocorre entre um e três meses, conforme o paciente do caso; e crônico, com mais de três meses[11].

A maioria das polineuropatias tem início insidioso e curso crônico, porem podem apresentar-se de modo agudo ou subagudo[12]. Os fatores de risco para sua manifestação são: a taxa de perda de peso, especialmente se ocorre muito rápida, sintomas gastrointestinais prolongados (náuseas, vômitos, diarreia, Síndrome de Dumping), complicações pós cirúrgicas necessitando de nova internação, deficiência nutricional subclínica prévia, inadequada suplementação polivitamínica, perda de apetite, nível sérico de albumina e transferrina reduzidas[14,19,20, 21.]

As polineuropatias periféricas podem se apresentar como: predominantemente sensitiva, predominantemente motora, mistas ou até atáxicas[14,15]. As predominantemente sensitivas

apresentam sinais e sintomas simétricos, como dormência, dor em queimação, pontadas, ardência e formigamento e alguns pacientes apresentam fraqueza motora distal nas mãos e pés[11]. Esta última que foi apresentada pelo paciente desse relato.

Menezes relatou três casos de polineuropatia periférica predominantemente sensitiva com componente álgico importante no início do quadro (dor neuropática – polineuropatia dolorosa), sendo que desses dois casos apresentaram início agudo e um crônico. E esses pacientes apresentaram uma perda de peso rápida sendo grande parte ocorrida no último mês que precedeu o início dos sintomas neurológicos[12]. Considerando essa classificação o paciente nesse relato apresentou uma polineuropatia que também foi precedida de quadro álgico de início subagudo[11] acompanhado de perda ponderal rápida.

Para elucidação das causas das CN são necessários alguns exames como: dosagem do nível sérico em sangue ou urina de vitaminas e minerais mais comuns às complicações como vitamina B1, vitamina B12, cobre, vitamina D, vitamina E, cálcio e vitamina B6, apesar de que alguns pacientes não apresentam alterações nesses exames. A RMC é importante para exclusão de encefalopatia de Wernicke. E o diagnostico final nas NP é dado pela eletroneuromiografia (ENMG) que se apresentam na maioria com padrão axonal em casos de deficiência vitamínica[17,22].

No caso da Encefalopatia de Wernicke (EW) é instituído altas doses de tiamina parenteral: 500mg intravenoso (IV) a cada oito horas por três dias seguido de 250mg por dia IV ou intramuscular (IM) até uma melhora importante, mantem após isso reposição oral com 50-100mg, três vezes ao dia, até melhora dos sintomas gastrointestinais [17,23]. O tratamento instituído para polineuropatia periférica no paciente desse relato esteve de acordo com o da EW e se mostrou efetivo para reversão do quadro clínico.

Em todas as afecções por deficiência de nutrientes, a terapêutica constitui na reposição destes elementos. Sintomas por deficiência de vitamina B1 (tiamina) são tratados com 100mg desta vitamina por dia IV e se o paciente apresentar sintomas por deficiência de cobalamina esses recebem vitamina B_{12}1000 microgramas IM por 05 dias, seguido da mesma dose uma vez por mês[17,23].

O tratamento sintomático desses pacientes é direcionado ao quadro álgico. No *guideline* da European Federation of Neurological Societies (EFNS), recomendam como primeira escolha para tratamento da dor neuropática secundária as PN os antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes, que foram usados também no estudo de Menezes de maneira satisfatória[24].

Quanto ao prognóstico, na casuística de Chang e col., dos 99 pacientes que desenvolveram NP, houve melhora completa em apenas 9 de 17 casos de deficiência de B_{12}, 12 de 29 casos de deficiência de tiamina e três de seis casos com ambas as deficiências[23]. Nos três casos relatados por Menezes apesar da recuperação da capacidade de deambular sem apoio, nenhum dos pacientes apresentou recuperação completa do quadro neurológico, permanecendo com algum déficit sensitivo e/ou motor[12]. O paciente desse relato apresentou recuperação total motora, mas permaneceu com a dor neuropática.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998.

2. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. Arq. Bras. Endocrinol Metabol 1999; 43(3):186-194.

3. Pereira LO, Francischi RP, Lancha-Junior HA. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. Arq Bras Endocrinol Metabol [periódico na Internet] 2003 [acessado 2007 jan 19]; 47(2):[cerca de 17 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a03v47n2.pdf

4. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (BR). CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios. 2014.

5. American Society for Bariatric Surgery. Story for Surgery for Obesity.<Metabolic and Bariatric Surgical procedures, visit our Bariatric Surgery Procedures Page in our Patient Learning Center, january 2004>

6. Buchwald H. Consensus Conference Statement Bariatric surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals, and third-party payers. Surg Obes Related Dis 2005;1:371-81.

7. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira, Agencia Nacional de Saúde Suplementar, 2017.

8. Bloomberg RD, Fleishman A, Nalle JE, Herron DM, Kini S. Nutritional Deficiencies Following bariatric Surgery: What Have We Learned?. Obes Surg 2005;15:145-54.

9. Alvarez-Leite JI. Nutrient deficiencies secondary to bariatric surgery. Curr Opin Clin Nutretab Care; 2004;7(5):569-75.

10. MENEZES, Miriam Seligman; HARADA, Kelly O.; ALVAREZ, Glauco. Polineuropatia periférica dolorosa após cirurgia bariátrica. Relato de casos. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 58, n. 3, p. 252-259, 2008.

11. Thaisetthawatkul P, Collazo-Clavell ML, Sarr MG et al. — A controlled study of peripheral neuropathy after bariatric surgery. Neurology, 2004;63:1462-1470.

12. MENEZES, Miriam Seligman; HARADA, Kelly O.; ALVAREZ, Glauco. Polineuropatia periférica dolorosa após cirurgia bariátrica. Relato de casos. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 58, n. 3, p. 252-259, 2008.

13. GOODMAN, Jerry Clay. Neurological complications of bariatric surgery. Current neurology and neuroscience reports, v. 15, n. 12, p. 79, 2015.

14. BECKER, Danielle A.; BALCER, Laura J.; GALETTA, Steven L. The neurological complications of nutritional deficiency following bariatric surgery. Journal of obesity, v. 2012, 2012.

15. LIN, I.-Ching; LIN, Ying-Li. Peripheral polyneuropathy after bariatric surgery for morbid obesity. Journal of Family and Community Medicine, v. 18, n. 3, p. 162, 2011.

16. THAISETTHAWATKUL, Pariwat et al. Good nutritional control may prevent polyneuropathy after bariatric surgery. Muscle & nerve, v. 42, n. 5, p. 709-714, 2010.

17. KUMAR, Neeraj. Neurologic complications of bariatric surgery. Continuum: Lifelong Learning in Neurology, v. 20, n. 3, Neurology of Systemic Disease, p. 580-597, 2014.

18. MURARA, Josilene Rubia; DE MACEDO, Larissa Linhares Borges; LIBERALI, Rafaela. Análise da eficácia da cirurgia bariátrica na redução de peso corporal e no combate à obesidade mórbida. RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 2, n. 7, 2012.

19. ALVES, Lilian FA et al. Beribéri pós bypass gástrico: uma complicação não tão rara. Relato de dois casos e revisão da literatura. Arq Bras Endocrinol Metabol, v. 50, n. 3, p. 564-568, 2006.

20. KUMAR, Neeraj. Obesity surgery: a word of neurologic caution. Neurology, v. 68, n. 21, p. E36-E38, 2007.

21. BOYCE, Stephen G. et al. Can composite nutritional supplement based on the current guidelines prevent vitamin and mineral deficiency after weight loss surgery?. Obesity surgery, v. 26, n. 5, p. 966-971, 2016.

22. JUHASZ-POCSINE, Katalin et al. Neurologic complications of gastric bypass surgery for morbid obesity. Neurology, v. 68, n. 21, p. 1843-1850, 2007.

23. RUDNICKI, Stacy A. Prevention and treatment of peripheral neuropathy after bariatric surgery. Current treatment options in neurology, v. 12, n. 1, p. 29-36, 2010.

24. ATTAL, Nadine et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. European journal of neurology, v. 13, n. 11, p. 1153-1169, 2006.

25. CHANG, Craig G.; ADAMS-HUET, Beverley; PROVOST, David A. Acute post-gastric reduction surgery (APGARS) neuropathy. Obesity surgery, v. 14, n. 2, p. 182-189, 2004.

26. CHAVES, Luiz Claudio Lopes et al. A cluster of polyneuropathy and Wernicke-Korsakoff syndrome in a bariatric unit. Obesity surgery, v. 12, n. 3, p. 328-334, 2002.

Capítulo 10

10.37423/230107076

CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA DAS PESQUISAS BRASILEIRAS SOBRE SAÚDE MENTAL DE IDOSOS LONGEVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Jonathan Bento Cavalcanti — *Universidade Estadual da Paraíba*

Renato Américo Dantas Camilo de Souza — *Universidade Estadual da Paraíba*

Liandra Barbosa Araújo — *Universidade Estadual da Paraíba*

Luís Augusto Soares Castellon — *Universidade Federal de Pernambuco*

Thiago Pelegrinelli Megna Francisco — *Universidade Estadual da Paraíba*

Bárbara Vitória Pereira de Sousa — *Universidade Estadual da Paraíba*

Vívian Martins Motta — *Universidade Estadual da Paraíba*

Maria Gabriela Pereira da Silva — *Universidade Estadual da Paraíba*

Carolina de Lourdes Lopes Rêgo — *Universidade Estadual da Paraíba*

Fábio Galvão Dantas — *Universidade Estadual da Paraíba*

Resumo: Objetivo: Revisar sistematicamente a bibliografia científica buscando responder a questão norteadora: “Quais os principais parâmetros metodológicos presentes nas pesquisas brasileiras sobre a saúde mental de idosos longevos nos últimos 5 anos?”. Metodologia: Realizou-se a busca e seleção dos artigos publicados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020 nas bases de dados da *SciELO* Brasil, Portal regional da *BVS/BIREME* e *PubMED/MEDLINE*, utilizando dos seguintes descritores: "Idoso Longevo" *OR* "*Long-Lived*" *OR* “Octogenário” *OR* “*Octogenarian*” *AND* “Saúde Mental” *OR* "*Mental Health*". Resultados: Dos 400 artigos coletados, 17 foram selecionados após a realização das 3 etapas de filtragem. Do total de 17 artigos filtrados nesta revisão, 25% foram publicados no ano de 2020, 47% originaram-se do estado de Minas Gerais, 47% correspondem à área da Enfermagem, 65% utilizam delineamentos de tipo Transversal e 94% são estudos Quantitativos. Conclusão: Evidencia-se a importância de se esclarecer alguns dos principais parâmetros metodológicos presentes na bibliografia acadêmica produzida na área da saúde dos idosos longevos, de modo que seja facilitada a viabilização de futuras pesquisas científicas sobre a temática.

Palavras-chave: Idosos Longevos, Revisão de Literatura, Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Estabelecendo-se nas últimas décadas enquanto um processo sociohistórico que, progressivamente, vêm acarretando profundas alterações políticoeconômicas e culturais na dinâmica das relações produtivas e de comportamento em massa (Giberti & Rosa, 2020), o fenômeno global de transição demográfica retrata o redimensionamento etário da população mundial na medida em que, em resposta à queda nas taxas de natalidade e ao aumento da expectativa média de vida da população, observa-se o contínuo crescimento da proporção de idosos em concomitância à diminuição na proporção de crianças e jovens (Guths et al, 2017). De fato, o ritmo atual de envelhecimento da população brasileira já figura entre os maiores do mundo, superando as taxas percentuais de idosos observadas em países desenvolvidos, sobretudo a França e o Reino Unido (Jansen et al, 2020).

Considerando o contexto de gradativa expansão da expectativa de vida e de envelhecimento populacional a nível internacional, o segmento de pessoas com idade acima de 80 anos, também denominados de “idosos longevos”, destaca-se no Brasil e no mundo como o subgrupo etário de maior prevalência estatística e que mantém o nível de crescimento mais acelerado (Giberti & Rosa, 2020). Neste sentido, sublinha-se a pungente necessidade de que sejam melhor esclarecidas as reais condições de saúde e de qualidade de vida dos idosos longevos à luz das especificidades socioeconômicas e conjunturais próprias da realidade brasileira, levando-se em consideração suas redes de cuidados e de suporte familiar e social, sobretudo quando a presença de debilidades cognitivas e de dependência funcional é observada (Mendonça et al, 2020).

Entende-se, portanto, que o atendimento adequado das necessidades de saúde comumente associadas à faixa populacional representada por idosos longevos compõe uma conjuntura específica de demandas logísticas que despertam a crescente atenção de pesquisadores, profissionais da saúde e de gestores de políticas públicas (Silva et al, 2020), sobretudo pelo progressivo encarecimento dos custos relacionados à assistência à saúde ocasionado pelo aumento nos casos de quedas, dependencia funcional e doenças crônicas das quais a idade avançada é fator de risco (Jansen et al, 2020; Mendonça et al, 2020). Neste sentido, em resposta aos desafios decorrentes do atual cenário de aceleração do processo de inversão da pirâmide etária brasileira, observa-se a flagrante necessidade de que sejam viabilizadas novas políticas públicas de respaldo à manutenção do bem-estar, qualidade de vida e saúde integral dos idosos longevos, com foco na prevenção de vulnerabilidades e na garantia de direitos constitucionais (Rosa et al, 2018; Simeão et al, 2018).

Reforçando a importância de que o perfil de demandas próprio desta faixa etária seja devidamente investigado de modo que a oferta de serviços assistenciais a eles dirigidos possa ser aprimorada, constata-se a significativa escassez de trabalhos científicos cujo objeto de estudo central volta-se, de forma explícita, à saúde dos idosos longevos, ressaltando-se a importância de que maiores recursos e incentivos sejam destinados ao fomento de pesquisas sobre a velhice avançada no Brasil (Silva et al, 2020; Lima & Menezes, 2011).

A fim de compreender, portanto, quais os delineamentos metodológicos mais recorrentes nos artigos relacionados à saúde mental de pessoas acima dos 80 anos, este estudo buscou revisar sistematicamente as publicações presentes nas bases de dados de alguns dos principais indexadores de periódicos científicos de modo a responder a seguinte questão norteadora, elaborada através da estratégia PICOS: “Quais os principais parâmetros metodológicos presentes nas pesquisas brasileiras sobre a saúde mental de idosos longevos nos últimos 5 anos?”. Através da proposta de trabalho aqui pretendida, espera-se que os resultados e discussões sublinhados no presente estudo possam contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico consolidado sobre a temática e, a posteriori, viabilizem a sistematização de diretrizes orientadoras a serem consideradas durante o planejamento de novas pesquisas a serem realizadas no futuro.

METODOLOGIA

A presente Revisão Sistemática de Literatura iniciou-se no terceiro trimestre de 2021 com a realização de uma busca eletrônica nos seguintes indexadores de periódicos científicos: SciELO Brasil (https://www.scielo.br/); Portal regional da BVS/BIREME (https://bvsalud.org/) e PubMED/MEDLINE (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/). Foram considerados elegíveis os artigos publicados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020, sendo selecionados por meio da utilização dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde do DeCS/MeSH combinados com uso de operadores booleanos: "Idoso Longevo" OR "Long-Lived" OR “Octogenário” OR “Octogenarian” AND “Saúde Mental” OR "Mental Health".

Depois de esgotadas as buscas nas bases de dados, realizou-se a filtragem dos materiais coletados a partir de três fases de triagem sequenciais. Na etapa inicial, foram incluídos: (1) Materiais cujo texto completo foi disponibilizado de forma gratuita; (2) Publicações entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020; (3) Textos originais em Inglês e/ou Português. Na etapa subsequente, foram excluídos: (1) Artigos de avaliação, validação e/ou adaptação de instrumentos e testes psicométricos; (2) Editoriais, livros e/ou capítulos de livros; (3) Dissertações, monografias, teses de mestrado e doutorado; (4)

Revisões integrativas, narrativas e sistemáticas de literatura. Na terceira e última fase de filtragem, foram excluídos: (1) Artigos duplicados entre os indexadores; (2) Estudos que não identificaram de forma explícita a presença de idosos acima de 80 anos como participantes das pesquisas realizadas.

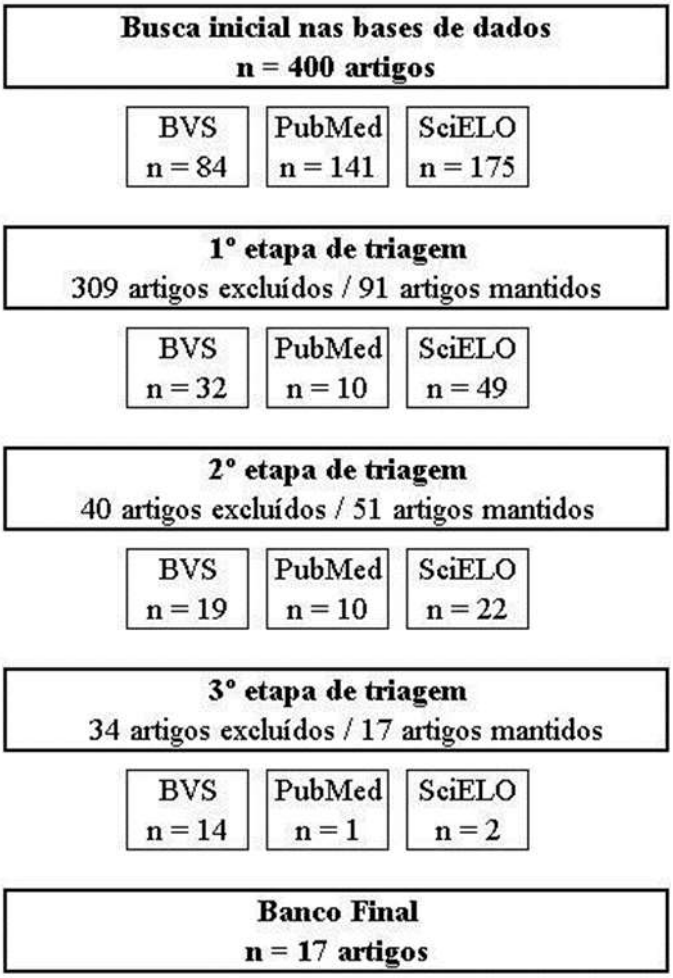
As Revisões Sistemáticas de Literatura constituem uma estratégia essencial de mapeamento crítico, planejado e objetivo dos dados presentes na crescente bibliografia científica que se acumula em diferentes fontes de informação na contemporaneidade, sendo, portanto, fundamental para o bom andamento de pesquisas cujos objetivos não se bastam apenas na descrição de problemas observáveis, mas que avançam na procura de possíveis respostas (Morandi & Camargo, 2015). Considera-se, portanto, que o objetivo maior de uma Revisão Sistemática de Literatura seja o de buscar constituir um eixo de investigação científica que considere tanto as dimensões de caráter teórico quanto as de caráter prático relacionadas ao fenômeno investigado pelos estudos primários aos quais ela se debruça, contribuindo de forma eficiente com a consolidação do conhecimento acumulado sobre a problemática em questão com vistas à sua eventual resolução (Brizola & Fantin, 2016).

Ambos os autores partiram das mesmas bases eletrônicas de dados e dos mesmos descritores supracitados para realizarem de forma mutuamente independente as coletas e posteriores análises de elegibilidade dos materiais, sendo as dissonâncias decididas por consenso. Por se tratar de um estudo de caráter bibliográfico no qual não se observa a presença direta de seres humanos envolvidos como participantes, esta pesquisa não foi submetida à avaliação institucional por Comitê de Ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma vez finalizada as buscas eletrônicas nos indexadores de periódicos, coletou-se um total de 400 manuscritos resultantes (BVS: 84; PubMED: 141; SciELO: 175), dos quais foram excluídos 383 artigos no decorrer das 3 fases consecutivas de filtragem, gerando-se assim um banco final de 17 artigos selecionados (BVS: 14; PubMED: 1; SciELO: 2) como pode ser observado abaixo na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma das etapas de triagem dos artigos selecionados nesta Revisão.



Fonte: Elaboração própria.

Uma vez concluída a leitura integral dos 17 manuscritos resultantes que compõem a seleção final desta Revisão Sistemática, foram compilados em uma tabela descritiva (ver Figura 2) os valores absolutos e percentuais referentes aos seguintes dados: Ano em que os artigos foram publicados; Unidade Federativa onde as pesquisas foram realizadas; Campo de formação do autor principal de cada artigo; Delineamento de estudo e Metodologias de pesquisa que foram empregadas.

Figura 2: Tabela descritiva das variáveis observadas nos artigos selecionados.

VARIÁVEIS		N	%
Ano			
	2020	6	35%
	2018	4	24%
	2017	4	24%
	2016	3	18%
Estado			
	Minas Gerais	8	47%
	Mato Grosso	2	12%
	Nacional	2	12%
	Alagoas	1	6%
	Bahia	1	6%
	Ceará	1	6%
	Rio Grande do Sul	1	6%
	Santa Catarina	1	6%
Área			
	Enfermagem	8	47%
	Fisioterapia	3	18%
	Medicina	3	18%
	Estatística	1	6%
	Farmácia	1	6%
	Nutrição	1	6%
Delineamento			
	Transversal	11	65%
	Longitudinal	3	18%
	Documental	2	12%
	Epidemiológico	1	6%
Metodologia			
	Quantitativa	16	94%
	Quantiquali	1	6%
	TOTAL	17	100%

Fonte: Elaboração própria.

Considerando o recorte temporal observado nesta Revisão Sistemática, obteve-se uma média anual de 3, 4 artigos publicados no período, com o demonstrativo de uma tendência de progressivo aumento na frequência de publicações entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020, sendo esta uma provável evidência de retomada sutil do interesse da comunidade científica nacional sobre a saúde da população longeva, o que parece ir de encontro à constatação da presença de um volume bibliográfico historicamente reduzido de artigos produzidos no Brasil sobre a temática (Lima & Menezes, 2011).

Do montante final de artigos considerados no presente estudo, 88% (N = 15) originaram-se de pesquisas realizadas em 7 Unidades Federativas distintas, sendo Minas Gerais o maior *outliner* na distribuição dos dados (47% / N = 8), ao passo que apenas 12% (N = 2) dos artigos observados no

período foram produzidos a partir de pesquisas realizadas à nível nacional. Com uma população residente de mais de 330 mil pessoas com idade acima dos 80 anos, sendo aproximadamente 128 mil do sexo masculino e 202 mil no sexo feminino segundo dados do Censo Demográfico (IBGE, 2010), Minas Gerais destaca-se com a segunda maior parcela de idosos do país, sendo a presença de tal volume populacional expressivo um provável indicativo do crescente interesse de pesquisadores locais na produção de estudos envolvendo aspectos relacionados ao universo amostral de idosos longevos.

A notável ausência de estudos de psicologia em um tópico relacionado à saúde mental de um subgrupo populacional é motivo de uma certa estranheza. Idosos, enquanto um grupo alvo de estudos e práticas em psicologia, são bastante proeminentes em diversos países (PILANIA et al., 2019), especialmente no Brasil (MENEGUCI et al., 2020). Casos de transtornos mentais como a depressão na população geriátrica tem sido uma preocupação justificada, dada sua alta prevalência e possíveis consequências que podem inclusive serem fatores de risco para demência (CAVALCANTI et al., 2020).

Encontraram-se majoritariamente estudos quantitativos nesta revisão (94% / N = 16), demonstrando um interesse muito grande das áreas da saúde no Brasil em uma abordagem mais estatisticamente sustentada no estudo da saúde mental de idosos longevos. Os estudos quantitativos permitem a análise extensiva das variáveis que interferem com a saúde mental deste subgrupo em recortes populacionais específicos de forma objetiva, controlada e demonstrável, contribuindo para a aplicação eficiente de avaliações psicológicas e de propostas relevantes de intervenção nas mais diversas áreas da saúde (DUARTE & QUEIROZ, 2020). Entretanto, a ausência do uso de métodos qualitativos pode deixar uma brecha significativa no entendimento das subjetividades dessa população, visto que a totalidade das suas vivências não pode ser abstraída em métodos quantitativos (DALFOVO, LANA & SILVEIRA, 2008).

A presença relativamente pequena de estudos longitudinais (18% / N = 3) também pode ser indicativo de uma carência metodológica — estes estudos permitiriam um melhor entendimento das alterações na saúde mental de idosos longevos ao longo do tempo e quais são os fatores envolvidos (DALFOVO, LANA & SILVEIRA, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face dos variados desafios logísticos associados aos novos paradigmas político-econômicos oriundos, historicamente, de uma conjuntura social profundamente influenciada pelo atual processo de inversão da pirâmide etária brasileira, o acentuado ritmo de envelhecimento demográfico

atualmente em curso no Brasil implica em uma série de profundas modificações na formatação das dinâmicas das relações interpessoais culturalmente estabelecidas em diferentes níveis das esferas produtivas, sociais e familiares, constituindo-se como potencial catalizador de agravamento e precarização das condições de saúde, qualidade de vida e de bem-estar social dos idosos, em especial daqueles acima dos 80 anos. Neste sentido, o fortalecimento de políticas públicas com foco na prevenção de agravos em saúde mental e no atendimento humanizado e transversal das demandas próprias desta faixa populacional, considerando as particularidades socioculturais específicas da realidade local a partir de onde estes idosos se inserem, reveste-se de fundamental importância.

Considerando, portanto, a ampla multiplicidade de variáveis biopsicossociais associadas à problemática da saúde mental dos idosos longevos, os objetivos propostos no bojo do presente estudo se voltam à tentativa de contribuir no esforço de consolidação, sistematização e clarificação do conhecimento científico atual acerca dos fenômenos relacionados à temática em questão, com foco nos principais delineamentos metodológicos comumente empregados por acadêmicos e pesquisadores brasileiros em suas produções bibliográficas recentes. Espera-se, assim, que a proposta de trabalho aqui empreendida possibilite aos interessados na temática um pertinente ponto de partida metodológico que facilite a viabilização de futuras investigações e pesquisas científicas sobre a saúde mental e qualidade de vida das populações idosas nos multiplos contextos socioeconômicos específicos da realidade brasileira, avançando assim no desenvolvimento do conhecimento científico e na consolidação das discussões teóricas com foco na implementação e fortalecimento de políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 20, n. 1, p. 143-153, 2017.

ALVIM, M. M. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 20, n. 4, p. 463-474, 2017.

BARBOSA, M. B. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 21, n. 2, p. 125-135, 2018.

BRIZOLA, J.; FANTIN, N. Revisão da literatura e revisão sistemática da literatura. Rev. Educ. Vale do Arinos, v. 3, n. 2, p. 23-39, 2016.

CARNEIRO, J. A. et al. Quedas em idosos não institucionalizados no norte de Minas Gerais: prevalência e fatores associados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 19, n. 4, p. 613-625, 2016.

CARVALHO, R. G.; ALENCAR JÚNIOR, F. O.; MORAES, J. R. Associação entre características sociodemográficas e de saúde e o grau de dificuldade de locomoção dos idosos. Rev. Cuid. Fundam. Online, n. 12, p. 551-558, 2020.

CAVALCANTI, Jonathan Bento et al.. A autopercepção em idosos residentes em instituições de longa permanência: fatores associados à depressão e ansiedade. Anais do VII CIEH. Campina Grande: Realize Editora, 2020.

CRUZ, D. T.; DUQUE, R. O.; LEITE, I. C. G. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 20, n. 3, p. 309-318, 2017.

DALFOVO, M. S; LANA, R. A; & SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. Revista interdisciplinar científica aplicada, v. 2, n. 3, p. 1-13. 2008.

DUARTE, A. N; & QUEIROZ, E. Programa cognitivo-comportamental de educação nutricional para mulheres com excesso de peso. Rev. Psicol. Saúde, v. 12, n. 3, p. 95-108. 2020.

GIBERTI, G. M.; ROSA, H. R. Preparação para a morte: investigação fenomenológica sobre a experiência de idosos longevos. Psicologia USP, v. 31: e200069, 2020.

GUTHS, J. F. S. et al. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.

HIRAGA, T. M. et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa de autocuidado em idosos brasileiros residentes na comunidade. Geriatr. Gerontol. Aging, v. 12, n. 1, p. 24-30, 2018.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do Censo Brasileiro de 2010: População residente, por grupos de idade, segundo os municípios e o sexo - Minas Gerais. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JANSEN, A. K. et al. Padrão alimentar de idosos longevos não frágeis e sua relação com baixo peso, massa, força muscular e teste de velocidade de marcha. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 23, n. 4: e200194, 2020.

LIMA, T. A. S.; MENEZES, T. M. O. Investigando a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa longeva. Rev. Bras. Enferm., v. 64, n. 4, p. 751-759, 2011.

MATOS, F. S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 10, p. 3393-3401, 2018.

MENDONÇA, S. S. et al. Capacidade funcional de idosos longevos: análise transversal baseada em um modelo de decisão. Geriatr Gerontol. Aging, v. 14, n. 1, p. 52-60, 2020.

MENEGUCI, Joilson et al. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 68, p. 221-230, 2020.

MORANDI, M. I. W. M.; CAMARGO, L. F. R. Revisão sistemática da literatura. In: DRESCH, A.; LACERDA, D. P.; ANTUNES JÚNIOR, J. A. V. Design Science Research: método e pesquisa para avanço da ciência e da tecnologia. Porto Alegre: Bookman, 2015.

OLIVEIRA, T. M. et al. Acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos segundo microrregionais de saúde. Rev. Enferm. UERJ, n. 28: e51838, 2020.

PASSOS NETO, C. D. et al. Consumo de benzodiazepínicos por idosos usuários da estratégia saúde da família. Rev. Cuid. Fundam. Online, n. 12, p. 883-889, 2020.

PIANI, M. C. et al. Prevalência de sintomas depressivos em idosas de um Centro de Referência de Atenção ao Idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 16, n. 6, p. 930-938, 2016.

PILANIA, Manju et al. Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. BMC public health, v. 19, n. 1, p. 1-18, 2019.

REINERS, A. A. O. et al. Insatisfação com a vida e fatores associados em idosos residentes na comunidade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 23, n. 6: e190236, 2020.

ROSA, T. S. M. et al. Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas: um estudo descritivo. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 23, p. 3757-3765, 2018.

SCHNEIDER, I. J. C. et al. Estudo de coorte EpiFloripa Idoso: métodos, aspectos operacionais e estratégias de seguimento. Rev. Saúde Publica, v. 51, n. 104, 2017.

SILVA, D. D. B. et al. A hanseníase na população idosa de Alagoas. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 21, n. 5, p. 573-581, 2018.

SILVA, H. S. et al. Perfil cognitivo e associações entre idosos longevos em contexto ambulatorial no Distrito Federal. Rev. Eletr. Enferm., n. 22: e61878, 2020.

SILVA, M. B. M. et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Rev. Eletr. Enferm., n. 22: e62938, 2020.

SIMEÃO, S. F. et al. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. Ciênc. saúde coletiva, v. 23, n. 11, p. 3923-3934, 2018.

SOUZA, T. R. et al. Fatores associados à frequência de polipatologia entre idosos atendidos em um centro de referência de Montes Claros - Minas Gerais. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 19, n. 4, p. 661-669, 2016.

TAVARES, D. M. S. et al. Fatores associados à independência de comunicação entre idosos da comunidade. Rev. Enferm. UERJ, n. 28: e 49370, 2020.

Capítulo 11

10.37423/230107083

A ESPIRITUALIDADE COMO UM RECURSO PARA O ENFRENTAMENTO DO COVID-19

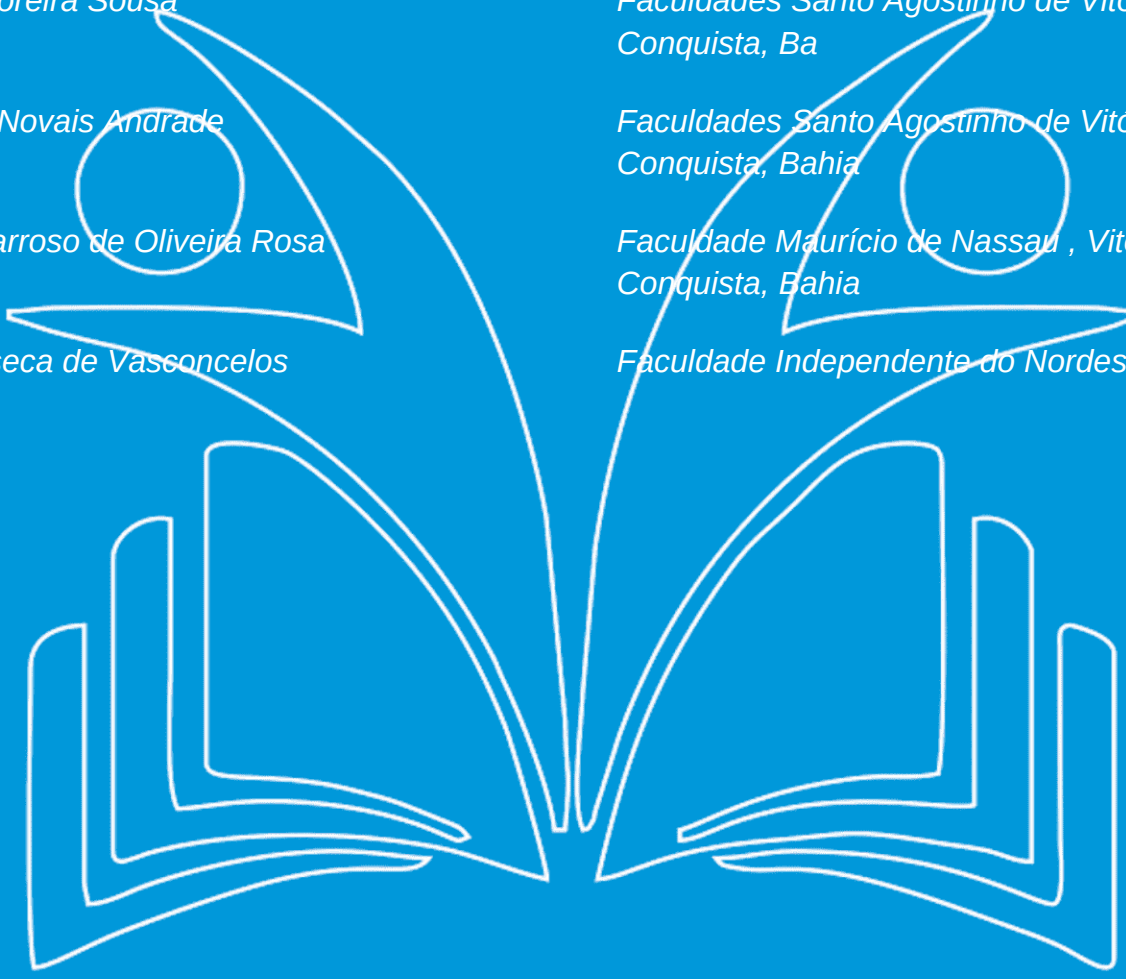
RITA DE CÁSSIA SILVA TAGLIAFERRE — *Faculdade Maurício de Nassau*

Maryana Moreira Sousa — *Faculdades Santo Agostinho de Vitória da Conquista, Ba*

Ana Flávia Novais Andrade — *Faculdades Santo Agostinho de Vitória da Conquista, Bahia*

Angélica Barroso de Oliveira Rosa — *Faculdade Maurício de Nassau , Vitória da Conquista, Bahia*

Pedro Fonseca de Vasconcelos — *Faculdade Independente do Nordeste*



Resumo: A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou oficialmente a pandemia do COVID-19 no dia 11 de março de 20206 . As consequências socioeconômicas mundiais produzidas pelo COVID-19 são trágicas e a duração desta pandemia permanece imprevisível17, o que tem gerado transtornos sociais, psicológicos que impactam a habilidade da população para enfrentar esse período conturbado. Objetivo: Demonstrar a importância da espiritualidade no contexto dos familiares e dos sujeitos acometidos pelo COVID-19. Métodos: Partiu-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, com análise de depoimentos coletados através do site Inumeráveis6, depoimentos estes de quem perdeu algum ente pelo Covid-19; e depoimentos de pessoas que venceram o COVID-19, e de depoimentos retirados de diferentes meios sociais como Facebook, Instagram, dentre outros. Os dados coletados foram transcritos na íntegra e categorizados por meio da análise de Bardin. Resultados: Para uma melhor compreensão dos dados analisados foram criadas cinco categorias a saber: esperança, gratidão, vida pós morte, aceitação e fé. A espiritualidade serviu de amparo e facilitou o enfrentamento ao COVID-19. Constatou-se também a influência da espiritualidade no processo de superação do luto, gerando sentimentos de gratidão e conforto. Conclusão: A espiritualidade é um recurso psicológico para o enfrentamento das dificuldades no processo saúde-doença na pandemia do COVID-19.

Palavras-chave: Pandemia. COVID-19. Espiritualidade. Saúde Mental. Saúde-doença.

INTRODUÇÃO

A COVID-19, síndrome respiratória causada por um patógeno mutante da família de vírus intitulada Coronavírus, vem gerando uma emergência para a saúde pública mundial, devido a sua disseminação vertiginosa e seus altos índices de mortalidade[18]. Essa síndrome pode atingir o ser humano em diversos graus de complexidade, podendo levar à pneumonia, à insuficiência respiratória aguda em casos mais graves e evoluir com falência de múltiplos órgãos[14-35].

Neste cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou oficialmente a pandemia do COVID-19 no dia 11 de março de 2020[6]. As consequências socioeconômicas mundiais e nacionais produzidas pelo COVID-19 são trágicas e a duração desta pandemia permanece imprevisível[17]. Originando assim transtornos sociais e psicológicos que impactam a habilidade da população para enfrentar esse período conturbado[6].

Diante deste cenário, algumas pessoas têm buscado ferramentas para o enfrentamento deste difícil momento, como a espiritualidade, reconhecida atualmente pela ciência como um recurso para melhorar a qualidade de vida e auxiliar na cura dos pacientes[7], bem como amenizar o sofrimento de quem perdeu um ente querido[17].

Dentre as diversas definições para espiritualidade uma delas se relaciona com a consciência subjetiva humana, na qual o ser busca ao longo da vida compreender o propósito e o significado da sua existência, os valores e ideais com maior importância, suas relações com o transcendente ou sagrado, sendo importante perceber que a espiritualidade pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas[10].

A associação entre espiritualidade e saúde possui raízes históricas, em 1988 a OMS incorporou a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde. Enfatizou-se que crenças e práticas ligadas a espiritualidade podem estar relacionadas ao sucesso no enfrentamento de situações de estresse, maior bem-estar e melhor saúde mental[2].

O cenário atual, ocasionado pelo COVID-19, tem afetado diretamente a saúde mental da população em geral, de diversas formas, como pelas medidas de distanciamento social, associada ao medo de ser infectado pelo vírus, como pela perda de familiares, etc[15,16].

Neste contexto, este estudo objetivou-se demonstrar a importância da espiritualidade no contexto dos familiares e dos sujeitos acometidos pela COVID- 19, bem como analisou a utilização das

referências ou expressões religiosas nos discursos dos parentes dos sujeitos com COVID-19; verificou como a argumentação ligada à espiritualidade é utilizada para minimizar o sofrimento do paciente.

Deste modo, questiona-se como a espiritualidade pode auxiliar o enfrentamento do binômio saúde-doença durante esta pandemia?

MÉTODOS

Esta pesquisa se baseou em um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvida com base em depoimentos de pacientes que tiveram o COVID- 19, e de pessoas que perderam parentes ou amigos pela doença no ano de 2020.

A coleta de dados foi realizada através do site Inumeráveis e em diferentes sites jornalísticos que traziam depoimentos das pessoas que venceram o covid-19. Os dados coletados foram transcritos na íntegra e, após sucessivas leituras, foram organizados, destacando-se os registros de unidade para, posteriormente, agrupá-los em temáticas/categorias. Após essa etapa, os dados foram analisados e interpretados utilizando a técnica de Análise de Conteúdo (AC) de Bardin, que possui ampla popularidade e utilização nas pesquisas na área da saúde.

O método de AC de Laurence Bardin é definido como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens”[5]. Essa metodologia constitui-se em três passos: pré-análise, em que foi realizada uma leitura flutuante das falas a serem analisadas; exploração do material, que versou sobre as etapas de codificação, enumeração, classificação e agregação, em função de regras previamente formuladas; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Como parte do processo construtivo do estudo, foram realizadas buscas de artigos científicos dos últimos cinco anos na Medline (via Pubmed) utilizando os termos MeSH “pandemics”, “corona vírus” e “religion” e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio dos descritores “pandemia”, “corona vírus” e “religião”.

Foram selecionados 1.156 depoimentos, sendo 274 depoimentos separados em dois grupos: grupo 01, com 230 depoimentos de pessoas que perderam alguém para o COVID-19 e do grupo 2, 44 depoimentos de pessoas curadas da doença. A pesquisa foi realizada entre os meses de novembro de 2020 a fevereiro de 2021.

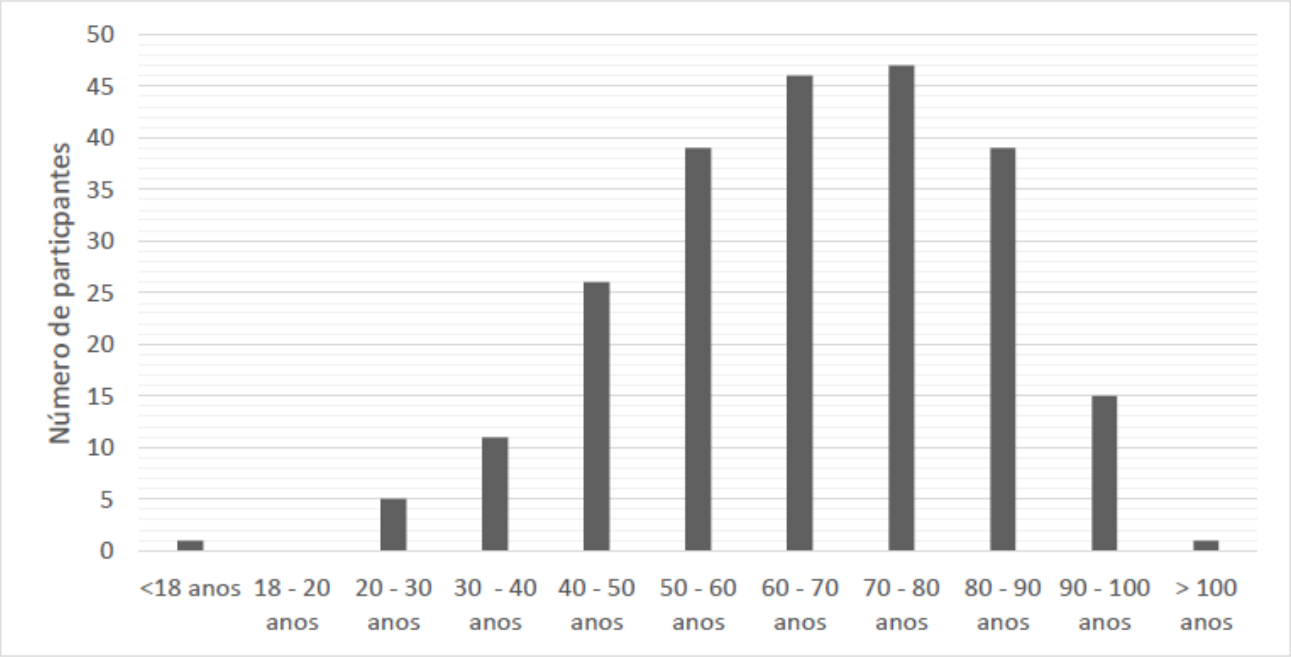
Os critérios de inclusão foram a menção de alguma forma de espiritualidade, quando vista como um recurso positivo para o enfrentamento da doença, dificuldades, dores emocionais e físicas, luto, conforto, gratidão, esperança. Também foram inclusas menções em que a espiritualidade foi citada como ferramenta que os ajudou antes, durante e após a doença. Excluiu-se da amostra os depoimentos que não citaram a espiritualidade em suas declarações.

Foram seguidos os preceitos éticos da Resolução 466/12 que regulamenta pesquisas com seres humanos, respeitando-se a dignidade da pessoa humana, garantindo o direito à privacidade, o anonimato de sua identidade e não submissão a riscos que conduzimos a pesquisa. Não se fez necessária a avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), pois todos os dados estão disponíveis em plataformas virtuais, tratando-se de uma pesquisa com uso de informações de domínio público.

RESULTADOS

Nesse difícil momento para a sociedade e, principalmente aos enfermos, a saúde mental de todos foi afetada e, para muitos, apoiar-se na espiritualidade os fez passar pelo momento de forma menos traumática. Conteúdos e práticas espirituais podem auxiliar o ser humano a encontrar seus recursos internos para enfrentar de forma mais tranquila os percalços gerados pela pandemia28.

Dos depoimentos coletados, 23% fizeram alguma menção sobre espiritualidade, desses 83% foram do grupo 01 (familiares e amigos que perderam alguém para o COVID- 19) e 17% foram do grupo 02 (pessoas curadas do COVID). O grupo 01 possui em sua maioria pessoas idosas, sendo 40% dos depoimentos de pessoas entre 60 e 80 anos (Figura



1) Já o grupo 02 teve relevância de depoimentos de pessoas nas faixas etárias de 30 e 50 anos, sendo 54% do total de depoimentos.

Figura 1: Número de participantes por idade do grupo 01, maior prevalência entre 60 a 80 anos de idade, e menor prevalência entre os extremos de faixa etária.

Em consonância com a epidemiologia do COVID-19, aproximadamente 34 milhões de brasileiros com 50 anos ou mais de idade têm maior risco de morbidade para COVID-19 grave, sendo que pessoas com menos de 60 anos de idade apresentam menor prevalência de morbidades23. Ambos os grupos têm prevalência sobre o sexo masculino, tendo o primeiro grupo 56% de homens e o segundo 63%. Entretanto, os dados mostraram que mulheres são mais infectadas, porém os homens têm ido a óbito em maior em número, pois apresentam mais fatores de riscos29.

No que tange a religião, esta é entendida como prática institucionalizada de um sistema de crenças, rituais e símbolos, compartilhada por uma comunidade28. Dos entrevistados do grupo 01, cerca de 41% fizeram menção a religião de seu ente querido e 17% falaram sobre o hábito do falecido frequentar algum local religioso em vida. Dos que especificaram a religião, 46% foram católicos em vida, 16% evangélicos, 3% espiritas e 2% umbandistas (Figura 2). Reafirmamos aqui a religião como um recurso valioso para o enfrentamento do adoecimento, sendo um apoio na hora das dificuldades impostas pelos sintomas e as formas de manejo das situações de estresse33. Além do apoio espiritual como fundamental em todas as fases da doença, inclusive os pós, tem-se o conforto graças a fé, às

crenças e a relação de ligação a outras religiões para gerir as situações de crises21. Como se pode ver na figura dois, as religiões seguidas pelos sujeitos do grupo I.

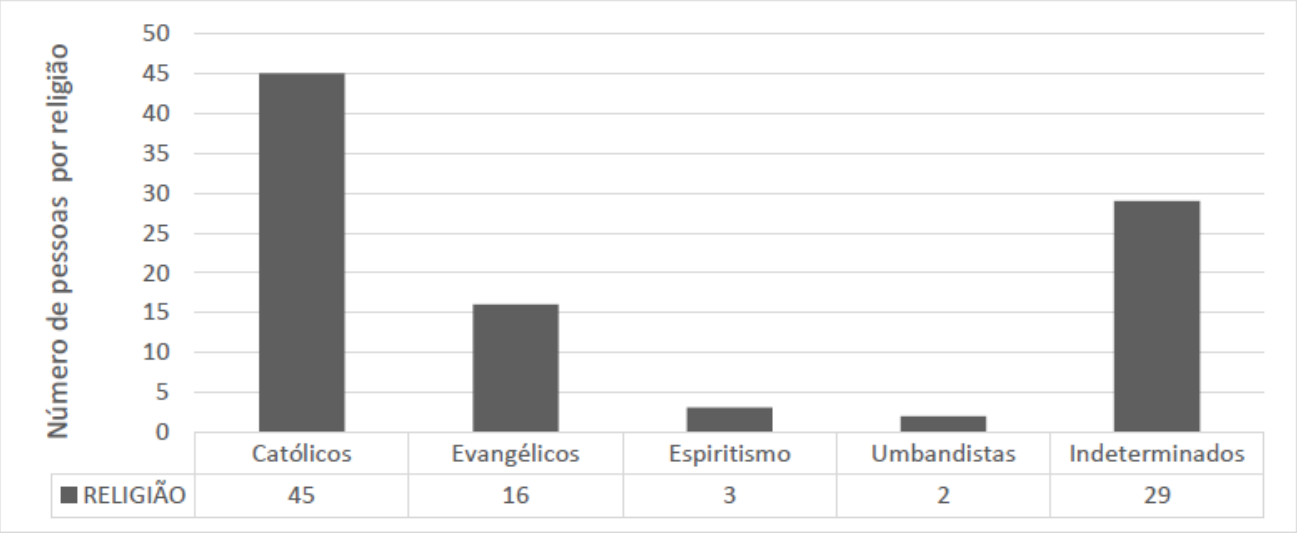


Figura 2: Tipos de religião expressa nos depoimentos do grupo 01.

DISCUSSÃO

Como a análise de conteúdo preconiza também a exploração do material, etapa que tem por finalidade a categorização ou codificação no estudo. Nesta fase, a descrição analítica, vem enaltecer o estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos23.

A definição das categorias é classificada, apontando os elementos constitutivos de uma analogia significativa na pesquisa, isto é, das categorias. Dessa forma, a análise categorial consiste no desmembramento e posterior agrupamento ou reagrupamento das unidades de registro do texto.

Assim, estão elencadas as categorias de análise, tendo a significância das palavras e termos oriundos dos depoimentos. Para este momento usamos os segmentos norteadores: esperança, gratidão, vida pós morte, aceitação e fé. É pertinente destacar que tais categorias foram elencadas devido ao uso corriqueiro nos depoimentos.

O grupo 01 expressou a espiritualidade de diferentes formas para demonstrar conforto em relação a perda do ente querido. Expressões usadas como “Deus te dê forças/conforte/amparo” ou “que Deus sabe de todas as coisas” foram comuns e usadas em pelo menos 15 depoimentos. Frente ao significado da espiritualidade como um meio pelo qual encontramos um sentido, a esperança, um conforto espiritual que ajuda na diminuição dos índices de depressão, de ideações suicidas e de desejo de morte breve[11].

A gratidão foi outro sentimento usado referindo-se à espiritualidade, 16 depoimentos demonstraram gratidão à Deus por algo como: “pela vida/ pelo privilégio de ter você em minha vida/ por ter sido seu sobrinho/ permitiu a ele conhecer minha filha/ prazer conhecê-lo/ por tudo/ momentos incríveis em família/ convívio/ descenderem de um ser tão especial/ criado uma família com ele/ ter tido ela como mãe”. Aliado a este pensamento, a espiritualidade é vista também como o amálgama de emoções positivas, como a gratidão que une o ser humano aos outros e à experiência com o divino[27].

Pelos dados expressos, foi possível entender que existe uma relação entre a espiritualidade e o entendimento de vida pós-morte. Do total de depoimentos do grupo 01, 23% dos participantes fizeram alguma menção a este respeito. Sendo que, em sua maioria, 71% acreditam que a pessoa está com Deus/Pai Celestial/Senhor/Criador após a morte e 16% fizeram menção de que a pessoa “virou um anjo” e outros 11% fizeram alusão de que a pessoa está em “algum lugar melhor”. Foi evidenciado assim que muitas crenças trazem a ideia de morte como uma passagem que todos experimentarão, levando- os a colocar suas esperanças no que está além dessa vida19, conforme exposto na Figura 3.

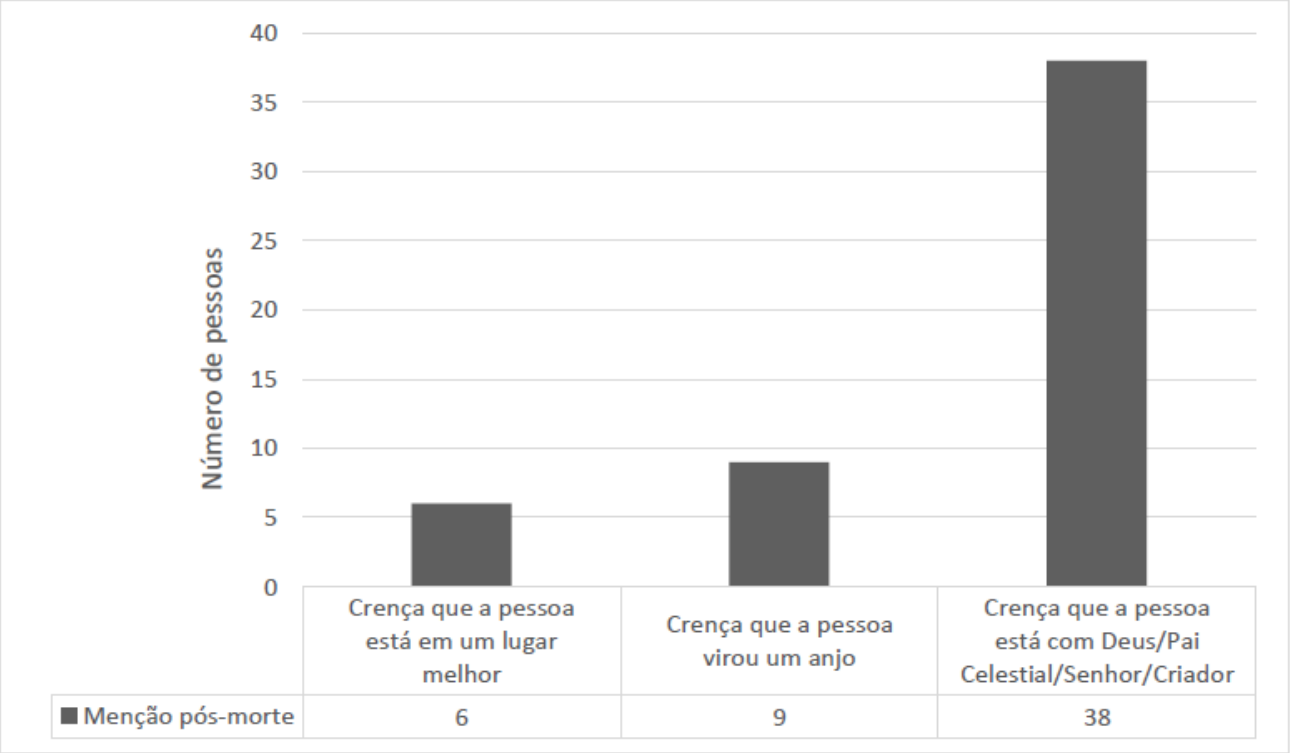


Figura 3: Sujeitos do grupo 01 que fizeram menção pós-morte relacionada a espiritualidade.

No que se refere aos Depoimentos do grupo 01, a aceitação, 13 sujeitos mencionaram a pessoa que faleceu como um ser superior, graças à sua espiritualidade, “Não era desse mundo/ repleto de luz/ grande homem de Deus / ser humano maravilhoso que Deus quis por perto/ exemplo de ser humano

demente a Deus/ exemplo de fé/ era tão boa, mas tão boa, que Deus precisou levá-la/ ser que Deus enviou para uma linda tarefa/ intercessor de Cristo". Os outros 26 depoimentos evidenciaram os atos de doação do falecido, sendo que 12 ressaltaram as qualidades da pessoa graças aos seus atos de caridade, de ajudar ao próximo; 14 deles ressaltaram as qualidades do falecido por atos de doação a igreja/evangelho e à servidão a Deus. Destacaram o uso da espiritualidade como coadjuvante no processo de saúde-doença-luto, mostrando a autovalorização e autopercepção como estratégias de enfrentamento ancorados na força/estímulo fornecidas pelo suporte espiritual[31,32].

A fé é um importante recurso no enfrentamento de doenças. Sendo comprovado que efeitos da endorfina, que é um hormônio responsável pela sensação de bem-estar, são observados em situações em que se pratica a fé e isso faz com que as esperanças sejam renovadas19. Cerca de 41% dos depoimentos do grupo 01 tinham alguma menção sobre fé, visto por eles como um forte aliado ao processo de suporte aos familiares para enfrentarem o estresse e as consequências negativas geradas pela pandemia. De todos os depoimentos do grupo 01, 6 chamaram a atenção por mencionar a crença como um requisito para a cura, acreditando que seriam salvos do Covid-19 graças a sua fé. Evidenciou-se também que, em todo o sofrimento e o desgaste causado pela doença, as crenças no milagre da cura apresentaram como uma fonte de apoio para o enfrentamento da doença33. Ao mencionar a fé do indivíduo, foi usado como estratégia de enfrentamento se ancorando na força/estímulo fornecido pelo suporte espiritual para atenuar o sofrimento humano[31].

Já os depoimentos do grupo 02 tiveram formas de categorização diferentes do grupo 01, entre as categorias há similaridade somente no quesito fé e esperança. Continham aflições e, também indagações direcionadas às divindades religiosas após terem sido contaminados, como visto na declaração de um paciente curado: "Quando testei positivo, a ansiedade cedeu lugar ao desespero: Por que eu, meu Deus? O que eu fiz de errado?', me perguntava". Em consonância, estudos comprovam que a possibilidade de ser contaminado por esse novo vírus, o qual ainda não há todos seus riscos e sua progressão bem estabelecidos, tem gerado medo para grande parte da população mundial, podendo desencadear sintomas de ansiedade e estresse[28]. Deste modo, sobreviver a esta pandemia tem sido visto como um milagre por muitos e isso pode ser visto em depoimentos do referido grupo. Pacientes curados relataram que sua sobrevivência tinha se dado por um milagre, "O que os próprios médicos me dizem é que realmente foi um milagre, "Nem os médicos acreditavam (...) realmente foi um milagre". Nesses casos a crença no milagre de cura pode vir a ser uma grande ferramenta de apoio para o enfrentamento de enfermidades e os seus tratamentos[3].

Nos depoimentos das pessoas curadas, do grupo 02, foi possível ver que muitos se apegavam à espiritualidade enquanto passavam pelo processo de convalescença, “Minha mãe é uma mulher de muita fé, se apegou a Deus e aos orixás para conseguir passar por isso”. Estudos apontam que atividades espirituais como meditação e orações podem ajudar no controle do estresse advindo da dor, pois possuem atuação no eixo hipotálamo-pituitária-adrenocortical, onde são geradas as respostas corporais a um fator estressante[13]. Acreditavam que um dos motivos de ter sobrevivido se deve ao fato de ter uma missão espiritual a ser cumprida, “Acredito que ainda tenho algo para fazer aqui, senão eu já tinha partido também”. Assim, a espiritualidade induz diretamente o ser humano a se auto transcender, a conseguir enfrentar melhor o sofrimento e a dor e, também a buscar significado para as múltiplas situações da existência, como no caso de enfermidades[13].

Pode-se dizer que a fé e a esperança apareceram como base para uma força interior que reanimavam os acometidos pelo COVID-19 em todas as circunstâncias, mantendo- os firmes ou restaurando o projeto existencial. Estabeleceu-se, portanto, que essas categorias permearam durante a trajetória da doença, do diagnóstico à fase de controle. já em relação as categorias, vida pós morte e gratidão, que não foram evidenciadas no grupo 2, pode ser explicada pelo fato de os acometidos pela doença utilizarem de outros recursos da doença. para o enfrentamento da doença. As categorias vida pós-morte e gratidão não apareceram como categoria descrita no grupo 2, isso se deu por não fazer parte do contexto no transcorrer da doença, pois são categorias que foram utilizadas pelo grupo 1 nos pós enfrentamento.

Em consonância com os resultados deste estudo os autores[10] estudaram as dimensões espiritual e religiosa da experiência humana na obra de Viktor Frankl, chegaram à mesma conclusão de que a experiência religiosa faz parte da caminhada de uma vida plena de sentido. Nela o ser humano explora a força de sua dimensão espiritual, permitindo ser conduzido por uma realidade que o supera, e captando essa dinâmica na própria consciência.

Pesquisas revelam boas correlações entre saúde e espiritualidade. Portanto, existe a necessidade de incluir a espiritualidade como um recurso de saúde e a inclusão desta temática já na formação acadêmica, provocando reflexão e questionamento sobre a dimensão espiritual do ser humano[22].

Estudos em saúde pública demonstram que pessoas que apresentam envolvimento religioso têm menor probabilidade de apresentar comportamentos de risco, como violência, delinquência e crime, o uso e abuso de substâncias que criam dependência como álcool e droga[28]. Além disso, a grande

maioria dos usuários de serviços de saúde, avaliados em 350 estudos científicos, quer ser perguntada sobre sua espiritualidade e/ou suas crenças religiosas no contexto do cuidado à saúde[11].

CONCLUSÃO

Neste contexto, pode-se dizer que os resultados deste estudo evidenciaram que a espiritualidade no contexto dos familiares e dos sujeitos acometidos pelo COVID- 19 foi importante recurso emocional para o enfrentamento das dificuldades no processo saúde- doença na pandemia, tanto aqueles que tiveram o COVID-19, quanto aos que perderam alguém durante a pandemia pela doença. Verificou-se também a relevância da dimensão espiritual para o benefício no enfrentamento do binômio saúde-doença.

A realização dessa pesquisa evidenciou que o sofrimento causado pelo COVID- 19 sobre a família e sobre os pacientes necessita de um sentido, sentido este que pode ser encontrado através da espiritualidade. Constatou-se que a espiritualidade possui diversos significados, categorias, pois ao dar significado a estas experiências estressantes, a família e o acometido pela doença pode transcender a sua experiência expressando-se esperança, gratidão e fé.

Apesar do crescente número de pesquisas que se dedicam a investigar a relação entre saúde mental e espiritualidade, não encontramos um lugar de relevância na formação do psicólogo, e mesmo com o crescente número de pesquisas que se dedicam a investigar a relação espiritualidade/doença, ainda não são dados suficientes que podemos utilizar como base para fundamentar cientificamente essa relação, dessa forma a relevância dessa pesquisa se constitui em colocar disponível dados para serem utilizados nessa base para pesquisa. Os dados demonstram a importância de que a espiritualidade/religiosidade do usuário seja reconhecida e valorizada pelos profissionais como um recurso que favorece a sua saúde mental.

Nesse contexto podemos concluir que é de fundamental importância criar espaços de discussão e de esclarecimento sobre a espiritualidade e sua relação com doença/saúde mental para contribuir no âmbito de prevenção e de promoção à saúde mental dos indivíduos na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. AKERMAN, Marco. Religião como fator protetor para saúde. Einstein, São Paulo, v.18, p. 1-4, 2020.

2. ALMEIDA, T. Espiritualidade e resiliência: enfrentamento em situações de luto Sacrilegens, Juiz de Fora, v. 12, n.1, p. 72-91, 2015.

3. ALVES D.A. et al. Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. Revista CUIDARTE, 2016.

4. ASMUNDSON, G.J.G.; TAYLOR, S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. Journal of Anxiety Disorders, 70, 102196, 2020.

5. BARDIN L. L'Analyse de contenu. Editora: Presses Universitaires de France, 1977.

6. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV: centro de operações de emergências em saúde pública (COE-nCoV). Brasília, 2020

7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Brasil confirma primeiro caso da doença. 2020. Disponível em: https://www.saude.gov.br/noticias/agencia- saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus.

8. CAVALCANTE, Roberto. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. Brasi Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 29, n. 4, 2020.

9. CHEN, N. et al. Epidemiological novel coronavirus in Wuhan, China and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet, v. 395, p. 507–51. 2020.

10. COELHO JUNIOR, A. G., & MAHFOUD, M. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. Psicologia USP, 12 (2), 95-103, 2001.

11. CONNELLY, R.; LIGHT, K. Exploring the "new" frontier of spirituality in health care: identifying the dangers. J Relig Health 42(1):35-46, 2003.

12. CULLIFORD, L. Spirituality and clinical care. BMJ, v. 325, p. 1434-5, 2002.

13. DAL-FARRAL, A.; GEREMIA, C. Educação em Saúde e Espiritualidade: Proposições Metodológicas. Revista Brasileira de Educação Médica, Canoas- RS, v.34, n.4, p. 587-597, 2010.

14. FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros et al. Religião e Saúde: para transformar ausências em presenças. Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.4, p. 1058-1070, 2018.

15. FRANKL, V. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 1991.

16. HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019. Lancet, v. 395, p. 497–506, 2020.

17. KOENIG, H.G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 34, n. 1, p. 5-7, 2007.

18. KOENIG, H.G.; KING, D.; CARSON V. The handbook of religion and health. New York: Oxford University Press; 2012.

19. KOFF, C. K.; BERKLEY, S. F. A universal coronavirus vaccine. Science, v.371, n. 6531, p. 759, 2021.

20. LANA, R. M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cadernos de Saúde Pública (online). v. 36, n. 3, e00019620, 2020.

21. LEMOS, C. T. Espiritualidade, Religiosidade e Saúde: um Análise Literária. Caminhos, Goiânia, v. 17, n.2, p. 688-707, 2019.

22. LUCCHETTI, Giancarlo et al. Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. Revista Brasileira Cardiologia, São Paulo-SP, v. 24, n.1, p. 55- 57, Janeiro/Fevereiro, 2011.

23. LUKOFF, D. Problemas religiosos e espirituais. In: Conferência do IV Congresso Internacional de Psicologia Transpessoal da Associação Luso Brasileira de Transpessoal. Cascais: Portugal. 2003.

24. MATOS, J. R. B. A influência da Espiritualidade nas Doenças Oncológicas. 2016. Dissertação (Mestrado) - Ciclo de Estudos de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina na Universidade de Coimbra, Portugal, 2016.

25. MAZOCCO, Karini Callegari et al. A Influência da Espiritualidade no Processo de Luto. Revista Científicaz da Unissalesiano, São Paulo, n. 15, 2016.

26. MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da Administração: potencial e desafios. Revista de Administração Contemporânea, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

27. NUNES, B. P. et al. Multimorbidity and population at risk for severe COVID- 19 in the Brazilian Longitudinal Study of Aging. Cad. Saúde Pública, Pelotas, RS. V.36, 2020.

28. PANZINI R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. Rev Psiquiatr Clín; 34 (1)105-115,2007.

29. PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. - Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. Psicologia em

30. Estudo 10(3):507-516, 2005.

31. PIEPER, Frederico; MENDES, Danilo. Religião em tempos de crise. São Bernando do Campo. 1° Edição. São Bernardo do Campo,SP: Ambigrama, 2020.

32. REGINA, S.; TESSEROLI, D. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. O mundo da saúde, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 483-487, 2010.

33. ROSAL, V. M. V. Espiritualidade e Saúde: Uma análise na abordagem didática e terapêutica dos docentes de fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba. 2015. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

34. SCHMIDT, B. et al. A Quarentena na Covid-19: Orientações e Estratégias de Cuidado. Ministério da Saúde, FIOCRUZ, 2020.

35. SILVA, M. A. et al. O perfil Epidemiológico do Idoso Infectado com COVID-

36. 19. Sempesq, Maceió- AL, 2020.

37. SIQUEIRA, H. C. H. et al. Espiritualidade no Processo Saúde-Doença- Cuidado no Usuário Oncológico: Olhar do enfermeiro. Revista enfermagem, Recife, v.11, n. 8, p. 2996-3004, 2017.

38. SIQUEIRA, Hedi C. H. et al. Espiritualidade no Processo Saúde-Doença-Cuidado no Usuário Oncológico: Olhar do enfermeiro. Rev enfer, Recife, v.11, n. 8, p. 2996-3004, agosto/2017.

39. SOUZA, M. A. A Influência da Fé no Processo Saúde-Doença sob a Percepção de Líderes Religiosos Cristãos. 2009. Dissertação (Pós-Graduação) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre, Goiás, 2009.

40. THIENGO, P. C. da S. et al. Espiritualidade e Religiosidade no Cuidado em Saúde: Revisão Integrativa. Cogitare enferm, Rio de Janeiro-RJ, v. 24, 2019.

41. WANG, D. et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 Novel Coronavirus-infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. v. 323, p. 1061–1069, 2020.

42. WAYNE, C. K.; SETH F. B. A universal coronavirus vaccin. Science, 371, 6531,759,2021.

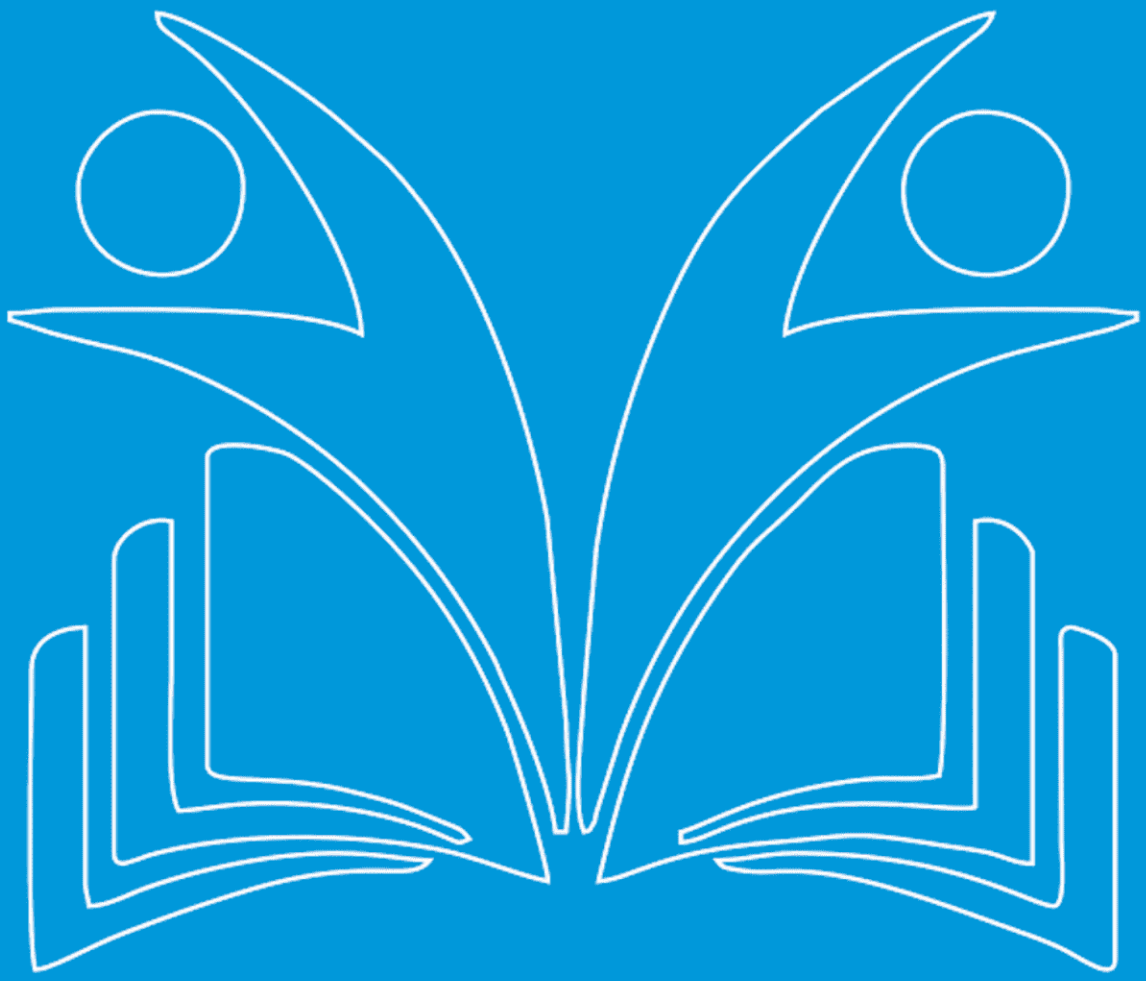
43. XIAO, C. A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: Structured letter therapy.Psychiatry Investigation,17(2), 175-176, 2020.

Capítulo 12

10.37423/230107084

USO DO MÉTODO PILATES COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO DE ESCOLIOSE: REVISÃO INTEGRATIVA

REBECCA SALOMÃO DE CARVALHO *UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*



Resumo: O estudo teve como objetivo investigar se o método Pilates é eficaz no tratamento das escolioses estrutural e não estrutural, nos casos em que não há comprometimentos cardiopulmonares ou neurológicos instalados. Configura-se uma revisão bibliográfica integrativa, que incluiu dois artigos científicos em língua portuguesa, publicados de janeiro de 2010 a janeiro de 2023, nas bases de dados PubMed, LILACS, IBECS e Cochrane Library. Os descritores usados foram "*pilates*" e *"scoliosis"*, utilizando o operador de busca booleano *"and"*. Os artigos investigaram portadores de escoliose não estrutural, apresentando benefícios em todas as variáveis eleitas para a pesquisa. Dos dois estudos eleitos para discussão, apenas um registrou o ângulo de Cobb e nenhum realizou o cálculo amostral. Ambos desenvolveram a pesquisa a curto prazo em um público feminino. Um estudo formulou o protocolo de exercícios terapêuticos utilizando o Mat Pilates, sendo que o outro teve os aparelhos do método em questão como alternativa terapêutica. As duas pesquisas apresentaram resultados positivos baseados nos parâmetros analisados. A literatura indicou que as principais queixas encontradas foram dor discreta a crônica nas regiões cervical, torácica e lombar. Observou-se melhora do quadro álgico, flexibilidade e força muscular, confirmando a eficácia dos tratamentos propostos a curto prazo. Há escassez de estudos envolvendo o tema em questão, assim como abrangendo o público masculino, escoliose estrutural e protocolos a médio e longo prazos.

1 INTRODUÇÃO

A coluna vertebral é o eixo de união dos cíngulos dos membros superior e inferior, assim como a sustentação dos vertebrados. É composta por trinta e três vértebras articuladas que possuem características peculiares de acordo com a localização, sendo elas divididas em cervical, torácica, lombar, sacral e coccígea (1,2). Em virtude da riqueza de estruturas e amplitude de movimento que compõem a coluna vertebral, diferentes afecções intrínsecas e extrínsecas podem acometê-la. Os desvios são uma das alterações, podendo ser encontrados ântero-posteriormente (hipercifose e hiperlordose) e látero-lateralmente (escoliose) (3–7).

A escoliose é uma dessas afecções, sinuosidade postural caracterizada por uma curvatura lateral que ocorre no plano frontal, podendo estar ou não associada à rotação dos corpos vertebrais nos planos sagital e axial, sendo relevante caso meça mais de 10 graus (8–10). Possui etiologia múltipla, e seu desenvolvimento pode ocorrer desde a infância com agravo na adolescência segundo o potencial de crescimento do indivíduo, devendo ser tratada precocemente, uma vez que após o término do crescimento da coluna vertebral as probabilidades de correção são menos acentuadas (7,8,10,11).

Tendo prevalência global entre 1 e 2%, atribui-se o seu surgimento a diferentes fatores como alterações neuromusculares ou do tecido conjuntivo, desvio padrão do crescimento, desenvolvimento assimétrico dos membros e influências diversas do meio ambiente (7,8,10,12). As consequências são predominantemente estéticas, porém requerem atenção especialmente em curvas acima de 50º, visto que progridem substancialmente na vida adulta se não tratadas, acarretando disfunções neurológicas e cardiopulmonares, que reduzem a expectativa de vida e impactam nas atividades diárias. Com base etiológica e no grau de acometimento da escoliose, a forma de tratamento é eleita, podendo ser cirúrgica ou conservadora (7–9).

O método Pilates vem sendo difundido e cada vez mais utilizado como tratamento conservador nos casos de escoliose não estrutural. É eficaz no combate à progressão desta, podendo também melhorar as condições da mesma através do fortalecimento específico de paravertebrais e do power house (13,14). Também denominado “centro de força” ou CORE, é uma unidade integrada composta por 29 pares de músculos responsáveis por suportar o complexo lombo-pelve- quadril, acionados através de movimentos específicos (15–17).

Em condições de debilidade, dissinergia muscular ou disfunções biomecânicas, é de fundamental importância reestabelecer o equilíbrio do CORE, consequentemente corrigindo ou melhorando

posturas adaptativas ou patológicas, visto que a correção vertebral estrutural da escoliose só é possível mediante procedimento cirúrgico, indicado apenas em casos nos quais há acometimentos mecânicos, respiratórios ou neurológicos (15–17).

Nesta perspectiva, o presente estudo teve como objetivo investigar se o método Pilates é eficaz no tratamento das escolioses estrutural e não estrutural, nos casos em que não há comprometimentos cardiopulmonares ou neurológicos instalados. A hipótese é que nos casos de indicação para tratamento conservador, este método traga benefícios em diferentes graus segundo as características biomecânicas apresentadas pelo indivíduo decorrentes deste desvio.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo se configura como uma revisão bibliográfica do tipo integrativa sendo elaborada a partir de materiais previamente publicados, objetivando reunir para avaliar e sintetizar os resultados encontrados através da maior quantidade possível de estudos primários sobre o método Pilates como tratamento das escolioses estrutural e não estrutural, esta última também conhecida como atitude escoliótica ou escoliose postural.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos científicos nos idiomas português, inglês e espanhol, por recorte temporal de aprovação nas revistas eletrônicas de 2010 a 2023, que se aproximassem da temática estudada. Foram considerados apenas artigos na íntegra disponíveis online, sendo pesquisas de campo com metodologia detalhada. Além disso, os estudos deveriam conter apenas o método Pilates como única forma de tratamento de escolioses estruturais e não estruturais independentemente da angulação, nível e formato, porém que não envolvessem comprometimentos cardiopulmonares ou neurológicos.

Utilizou-se quatro bases de dados para a confecção da revisão integrativa: MedLine (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) acessada através da PubMed; LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECS (Indice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), ambas acessadas por meio da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), e Cochrane Library. A pesquisa ocorreu de outubro de 2022 a janeiro de 2023. Os descritores utilizados para a busca dos artigos, segundo os DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), foram “pilates”, “scoliosis”, utilizando o operador de busca booleano “and”.

Foram utilizadas as palavras-chave em inglês nas bases de dados já mencionadas em virtude de uma maior especificidade de artigos encontrados compatíveis com o tema em questão. Quando

pesquisadas em inglês, foram exibidos resultados em dois ou três idiomas, sendo eles português, inglês e espanhol. Além disso, as palavras “scoliosis” e “pilates” foram combinadas para não haver nas buscas temas que não sejam pertinentes ao trabalho em questão. Os resultados das buscas nas bases de dados já surgiam com os títulos nos idiomas português, inglês e espanhol.

Considerando o descritor “scoliosis and pilates” na base de dados MedLine, das oito fontes encontradas, nenhuma foi selecionada para análise, uma vez que quatro artigos envolviam pelo menos uma técnica além do Pilates como forma de tratamento, dois não envolviam tratamento conservador para escoliose, um não apresentava reabilitação através do método em questão e um não disponibilizava o estudo na íntegra, sendo todos descartados. Quanto a LILACS, dos três artigos disponíveis durante a busca com o mesmo descritor, dois abrangiam o tema em questão. Foram, portanto, selecionados.

Na base de dados IBECS, foram encontradas duas fontes, sendo nenhuma delas relacionadas ao tema da busca, visto que abordavam outra técnica conservadora como abordagem terapêutica. Ambas foram descartadas. Em relação à Cochrane, foram encontradas duas fontes abrangendo o tema em questão. No entanto, além de serem o mesmo artigo, encontravam-se duplicadas na base de dados MedLine, sendo desconsideradas. Ao buscar na PubMed, foi encontrado apenas um artigo disponível, porém este encontrava-se duplicado na base de dados MedLine, sendo descartado.

Assim, foram realizadas pré-leitura e leitura seletiva, ou seja, uma breve leitura do material bibliográfico anteriormente separado pelos critérios de inclusão, e secundariamente pelos títulos, para análise visando verificar se os artigos selecionados realmente eram compatíveis com o objetivo dessa pesquisa. O processo de busca e análise de resultados ocorreu no primeiro semestre do ano vigente.

Dessa maneira, foram incluídos dois artigos encontrados na LILACS, publicados no período compreendido entre 2010 e 2014, no idioma português, a fim de fornecer uma melhor explanação acerca do método Pilates como alternativa terapêutica conservadora para a escoliose não estrutural, visto que foram os únicos que atenderam aos critérios de inclusão propostos na presente pesquisa.

3 RESULTADOS

Após análise criteriosa dos artigos selecionados para discussão, observou-se que ambos investigaram portadores de escoliose não estrutural, apresentando benefícios em todas as variáveis eleitas para a

pesquisa em ambos os artigos. Além disso, segundo dados fornecidos no Quadro 1, os artigos foram encontrados em português.

Quadro 1. Autor, desenho, idioma, objetivo, local e achados das pesquisas.

AUTOR	DESENHO	IDIOMA	OBJETIVO	LOCAL	ACHADOS
(18)	Prospectivo	Português	Avaliar o efeito nas alterações posturais, na flexibilidade e na força dos músculos flexores e extensores de tronco em portadores de escoliose idiopática	Brasil	Aumento da flexibilidade, aumento da força muscular de tronco, melhora no alinhamento postural global
(19)	Ensaio clínico controlado e aleatorizado	Português	Avaliar redução da dor crônica associada à escoliose não estrutural	Brasil	Redução na intensidade da dor crônica

Fonte: Dados da pesquisa 2023.

Quanto aos locais de desenvolvimento das pesquisas, observou-se que todos foram desenvolvidos no Brasil, destacando-se nitidamente o interesse brasileiro em investigar o tema em questão, já que a frequência dentro das duas pesquisas previamente mencionadas foi de 100%. Em relação aos anos de publicação, 2010 e 2014 foram marcados pela presença de uma única publicação em cada um, apontando para um interesse recente acerca desse tema. Quanto ao tipo de pesquisa, foram desenvolvidos estudo prospectivo e ensaio clínico.

Considerando o tipo de escoliose investigada, todas abrangeram indivíduos que apresentavam escoliose não estrutural, que geralmente é desenvolvida através de maus hábitos posturais e é reversível com tratamento conservador.

4 DISCUSSÃO

O tratamento conservador vem sendo difundido e incentivado como opção para a escoliose. Dentre essas possibilidades, encontra-se o método Pilates, composto por exercícios que utilizam contrações isotônicas e isométricas, sincronização dos exercícios na expiração e posturas de auto- crescimento, além de enfatizar o trabalho conjunto do power house (16,17).

Por meio da leitura e análise criteriosa de cada estudo eleito para a presente revisão, observou-se que o método Pilates (solo, acessórios e aparelhos) apresenta resultados positivos a curto, médio e longo prazos quando utilizado como tratamento conservador para escoliose não estrutural.

Através de um estudo prospectivo do tipo AB experimental (18), objetivando avaliar os efeitos do método Pilates, em curto prazo, nas alterações posturais, na flexibilidade e na força dos músculos flexores e extensores de tronco em uma paciente portadora de escoliose idiopática, foram utilizados testes relativos à avaliação antes e após as intervenções utilizando o método Pilates realizadas pelo mesmo pesquisador. As condutas foram desenvolvidas em uma adolescente de onze anos de idade, de etnia caucasiana, estudante do sexto ano do ensino fundamental, sem histórico de traumas musculoesqueléticos ou cirurgias prévias.

Apresentou como queixa um discreto quadro álgico nas regiões cervical e cintura escapular um ano antes das intervenções, porém nunca realizou tratamento fisioterapêutico. Relatou a permanência durante longos períodos na posição sentada, na escola e em casa, havendo o surgimento de algias na região torácica baixa nessa posição. Referiu, também, grande dificuldade em manter a posição ereta e em sentar corretamente. Foi constatada na radiografia uma escoliose não estrutural lombar à direita, sem mencionar o ângulo de Cobb (18).

Os atendimentos foram realizados durante quatro semanas, com três sessões semanais com uma hora de duração cada, perfazendo um total de dez atendimentos, além de uma avaliação inicial e uma reavaliação final. Ao término da aplicação do protocolo de exercícios, a participante apresentou expressiva evolução na simetria da cabeça, da cintura escapular, do ângulo de Talles e das espinhas ilíacas ântero-superiores. Houve, também, evolução positiva na protrusão de cabeça, anteversão pélvica, na protrusão abdominal e no alinhamento axial do tronco (18).

Dessa forma, os exercícios propostos baseados no método em questão mostraram-se eficazes a curto prazo quando considerados alinhamento postural global, força muscular de tronco e alongamento de cadeia posterior (18). Para obtenção de resultados mais relevantes na reeducação postural, é importante que ocorra um acompanhamento mais prolongado, assim como o relato do ângulo de Cobb, necessário para quantificar de forma objetiva e precisa uma possível redução do desvio escoliótico conforme avançar o tratamento. Os resultados descritos neste artigo, no entanto, não podem ser extrapolados para grande população, uma vez que não houve cálculo amostral, apontando uma falha na metodologia e reduzindo sua credibilidade.

Já em um ensaio clínico controlado e aleatorizado (19), tiveram como objetivo avaliar a eficácia do método Pilates na redução da dor crônica associada à escoliose não estrutural. A pesquisa foi realizada em 31 universitárias com idade entre 18 e 25 anos, com diagnóstico de escoliose não estrutural (dorsolombar destra convexa ou dorsolombar sinistra convexa), com ângulo de Cobb 7 ± 3 graus e que

referissem dor crônica na coluna torácica ou lombar há aproximadamente 36 semanas. Foram excluídas do estudo as participantes que apresentaram gibosidade no Teste de Adams ou que faltaram em algum atendimento de Pilates. A análise não foi realizada pela mesma pessoa que aplicou o tratamento e aferiu a dor.

As participantes foram alocadas por sorteio, sendo que as que ficaram com números ímpares foram para o grupo GE (20 integrantes com idades entre 20 e 22 anos, dor crônica com intensidade entre 3 e 7 e ângulos de Cobb entre 5 e 11 graus), que recebeu o tratamento através do método. As que ficaram com números pares foram encaminhadas para o grupo GC (11 integrantes com idades entre 20 e 24 anos, dor crônica com intensidade entre 2 e 6 e ângulos de Cobb entre 4 e 10 graus), não sendo submetido a intervenção de espécie alguma. Ambos os grupos são homogêneos em relação a idade, dor crônica e ângulo de Cobb (p> 0,05) (19).

Os atendimentos foram realizados duas vezes na semana durante uma hora por dia, perfazendo um total de vinte e quatro atendimentos. Ao término da aplicação do protocolo de exercícios, a intensidade da dor nas participantes foi reavaliada com os mesmos procedimentos adotados no início da coleta de dados. Observou-se que as médias e desvios-padrões da intensidade da dor dos grupos controle pré e pós tratamento foram de 4,4 ± 2,3 e 3,8 ± 2,7 respectivamente e do grupo Pilates pré e pós tratamento foram de 5,3 ± 1,5 e 1,8 ± 1,7, respectivamente. O teste post hoc de Tukey detectou diminuição relevante da dor no grupo Pilates (p=0002), o que não ocorreu no grupo controle (p=0,84) (19).

Sendo assim, os exercícios propostos baseados nesse método evidenciaram-se eficazes a curto prazo quando considerada a intensidade da dor crônica. Entretanto, para a obtenção de ganhos mais expressivos e outros achados pertinentes, é interessante que haja mais tempo de acompanhamento e análise de outras variáveis relacionadas a escoliose não estrutural. No entanto, esses resultados também não podem ser extrapolados para uma população mais numerosa, visto que não houve cálculo amostral, o que configura uma falha na metodologia que impacta negativamente em sua credibilidade.

5 CONCLUSÕES

Após essa revisão, pudemos observar, de maneira geral, que as queixas principais encontradas relacionadas ao diagnóstico de escoliose não estrutural foram dor com intensidade discreta a crônica

nas regiões cervical, torácica e lombar. Observamos que o sexo feminino foi o mais acometido, perfazendo um total de 100% dos entrevistados.

Os domínios avaliados e que apresentaram benefícios após a aplicação do tratamento proposto utilizando solo, bola, aparelhos e acessórios foram intensidade do quadro álgico, flexibilidade e força dos músculos flexores e extensores de tronco, alongamento de cadeia posterior e alinhamento postural global, confirmando a eficácia dos tratamentos propostos a curto prazo.

Durante a pesquisa, foi possível verificar que há grande escassez de artigos completos publicados sobre o tema em questão, e alguns dos poucos disponíveis não estavam na íntegra, apresentando apenas o resumo. Outros estavam repetidos em mais de uma base de dados, além de alguns estudos considerarem mais de um método conservador associado ao Pilates para tratamento da escoliose, fugindo do objetivo proposto para este estudo.

Observamos, também, que não foram encontrados artigos que propusessem protocolos terapêuticos envolvendo o método Pilates que beneficiassem os diferentes graus e regiões de acometimento da escoliose estrutural, tampouco que explorassem os acometidos no sexo masculino com desvio látero-lateral. Não foram encontrados estudos que acompanhassem os participantes a médio e longo prazos. Também há escassez de estudos envolvendo tal método como tratamento principal da escoliose não estrutural, tornando inviável registros mais aprofundados e diversificados sobre o tema em questão na presente revisão bibliográfica. Deve haver, portanto, mais estudos envolvendo esses temas ainda não explorados.

Além disso, a principal falha encontrada nas pesquisas foi a ausência do cálculo amostral, inviabilizando o extrapolamento dos resultados para uma população maior, assim como também houve ausência do registro do ângulo de Cobb no primeiro estudo, sendo impossível quantificar ou monitorar o benefício obtido através do tratamento. Os próximos estudos devem utilizar cálculo amostral prévio para que não haja comprometimento da credibilidade das pesquisas; e registro do ângulo de Cobb, viabilizando novos direcionamentos para as futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Scaal M. Early development of the vertebral column. Semin Cell Dev Biol [Internet]. 2016;49:83–91.
2. Bogduk N. Functional anatomy of the spine [Internet]. 1st ed. Vol. 136, Handbook of Clinical Neurology.
3. Elsevier B.V.; 2016. 675–688 p.
4. Koelé MC, Lems WF, Willems HC. The Clinical Relevance of Hyperkyphosis: A Narrative Review. Front Endocrinol (Lausanne). 2020;11(January):1–7.
5. Woods GN, Huang MH, Lee JH, Cawthon PM, Fink HA, Schousboe JT, et al. Factors Associated With Kyphosis and Kyphosis Progression in Older Men: The MrOS Study. J Bone Miner Res. 2020;35(11):2193–8.
6. Morningstar MW. Cervical hyperlordosis, forward head posture, and lumbar kyphosis correction: A novel treatment for mid-thoracic pain. J Chiropr Med. 2003;2(3):111–5.
7. Roberts DRD, Roe J, Baudouin C. Hyperlordosis as a possible factor in the development of spinal cord infarction. Br J Anaesth [Internet]. 2003;90(6):797–800.
8. Godderidge C. Adolescent idiopathic scoliosis. Radiogr Today. 2016;57(653):30.
9. Janicki JA, Frcsc BA. Scoliosis : Review of diagnosis and treatment. Paedriatric Child Heal.
10. 2017;12(9):771–6.
11. Goldberg CJ, Moore DP, Fogarty EE, Dowling FE. Scoliosis: A review. Pediatr Surg Int. 2008;24(2):129–44.
12. Kikanloo SR, Tarpada SP, Cho W. Etiology of adolescent idiopathic scoliosis: A literature review. Asian Spine J. 2019;13(3):519–26.
13. Aebi M. The adult scoliosis. Eur Spine J. 2005;14(10):925–48.
14. Du Q, Zhou X, Negrini S, Chen N, Yang X, Liang J, et al. Scoliosis epidemiology is not similar all over the world: A study from a scoliosis school screening on Chongming Island (China). BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2016;17(1):1–8.
15. Cruz-Ferreira A, Fernandes J, Laranjo L, Bernardo LM, Silva A. Effect of the Pilates method on physical conditioning of healthy subjects. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2011;92(12):2071–81.
16. Fayh A, Brodt GA, Souza C, Loss JF. Pilates instruction affects stability and muscle recruitment during the long stretch exercise. J Bodyw Mov Ther [Internet]. 2018;22(2):471–5.
17. Joyce AA, Kotler DH. Core Training in Low Back Disorders. Curr Sports Med Rep. 2017;16(3):156–61.

18. Muscolino JE, Cipriani S. Pilates and the “powerhouse” - I. J Bodyw Mov Ther. 2004;8(1):15–24.

19. Panhan AC, Gonçalves M, Eltz GD, Villalba MM, Cardozo AC, Bérzin F. Co-contraction of the core muscles during Pilates exercise on the Wunda Chair. J Back Musculoskelet Rehabil. 2020;33(5):719–25.

20. de Moura PM, da Silva ML, Teixeira LP, Yamada EF, Lara S. Efeito do método Pilates sobre a escoliose idiopática: Estudo de caso. Sci Med (Porto Alegre). 2015;24(4):391–8.

21. Araújo MEA, Silva EB, Vieira PC, Cader SA, Mello DB, Dantas EHM. Redução da dor crônica associada à escoliose não estrutural, em universitárias submetidas ao método Pilates. Motriz Rev Educ Física UNESP. 2010;958–66.

Capítulo 13

10.37423/230107091

CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE FRAGILIDADE EM IDOSOS

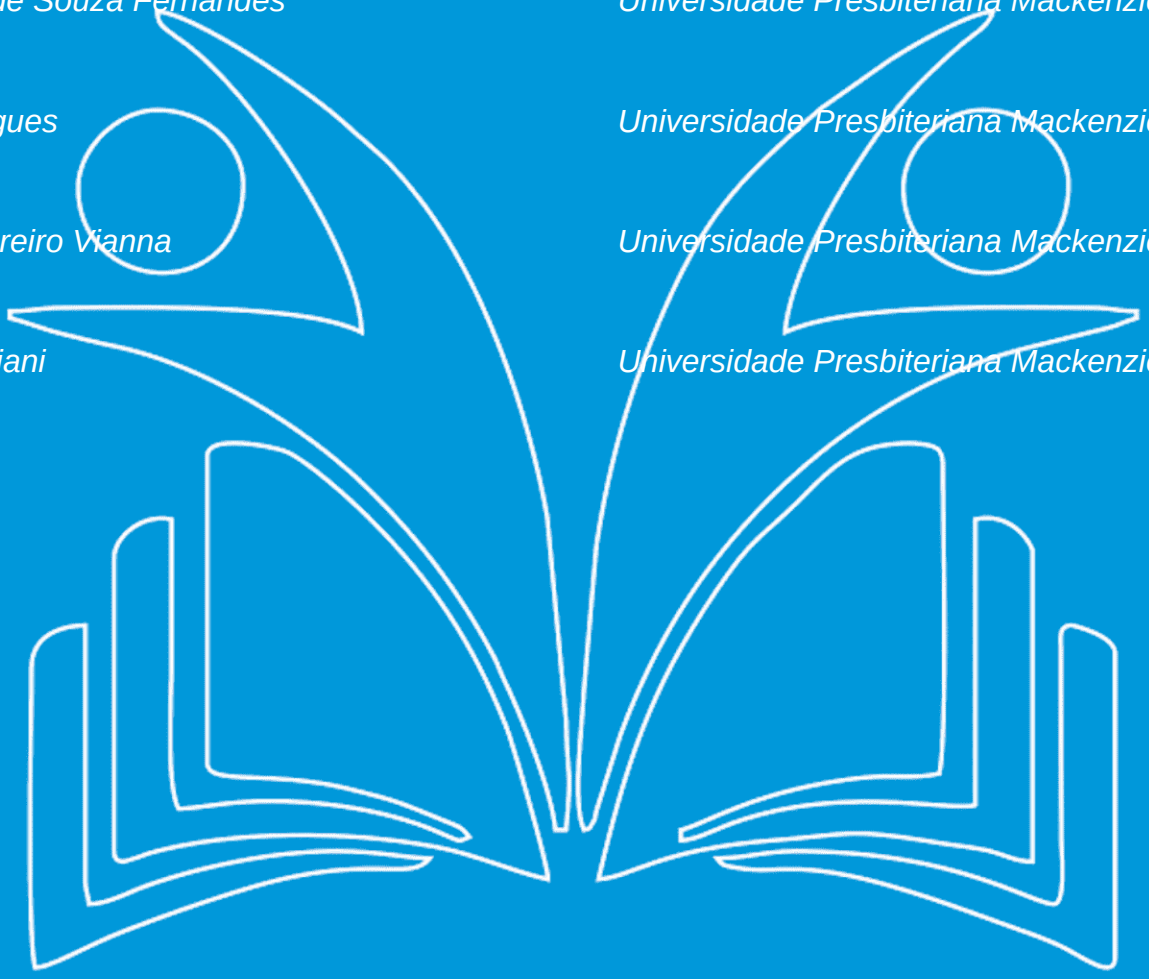
Jhony de Almeida Estevam — *Universidade Presbiteriana Mackenzie*

Susi Mary de Souza Fernandes — *Universidade Presbiteriana Mackenzie*

Etria Rodrigues — *Universidade Presbiteriana Mackenzie*

Denise Loureiro Vianna — *Universidade Presbiteriana Mackenzie*

Zodja Graciani — *Universidade Presbiteriana Mackenzie*



A população mundial encontra-se em uma rápida transição do perfil demográfico e epidemiológico, em decorrência a mudança dos indicadores de saúde, como a queda das taxas de fecundidade e mortalidade, e o aumento da expectativa de vida[1].

De acordo com as informações da pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[2] em 2021, houve um aumento substancial de pessoas com idade superior a 60 anos no Brasil. Os dados giram em torno de 14, 7% da população total, que em números absolutos representam cerca de 31,2 milhões de pessoas.

Os efeitos dessa transição refletem no perfil dos idosos e suas necessidades. O envelhecimento traz consigo alterações morfológicas, psicológicas, fisiológicas e funcionais que são inerentes à idade, estas mudanças, associadas ao desgaste orgânico-funcional e ao surgimento de doenças crônicas, tornam o envelhecer um momento crítico e possibilita o desenvolvimento de síndromes geriátricas, como a síndrome da fragilidade do idoso[3, 4].

A síndrome da fragilidade senil possui características multidimensionais, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais, econômicos e ambientais[5]. De acordo com a sociedade brasileira de geriatria e gerontologia, gera maior vulnerabilidade ao surgimento de outras doenças e incapacidades.

A identificação do grau de fragilidade e consequentes ajustes nas estratégias de cuidados em saúde podem, a longo prazo, melhorar prognóstico e, nos estágios inicias, retardar o processo e garantir melhor qualidade de vida.

Ferramentas de rastreio da síndrome são importantes para o planejamento das intervenções em saúde. Materiais validados, sensíveis e convergentes para a detecção devem ser amplamente difundidos na prática clínica da equipe de atenção à saúde. Desta forma, o objetivo deste estudo foi verificar a confiabilidade entre três instrumentos de avaliação e classificação de fragilidade em idosos.

MÉTODOS:

PARTICIPANTES

Foram convidados a participar deste estudo 66 indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos. Dos 66 indivíduos, 33 participam periodicamente de um grupo de convivência, e 33 são internos de uma instituição de longa permanência.

INSTRUMENTOS:

Para caracterização da amostra, foram utilizados questionários com variáveis sociodemográficas e informações sobre condições físicas, de saúde, cognitivas e de funcionalidade. Considerou-se três instrumentos: a escala de funcionalidade de Katz[6], escala clínica de demência (CDR) que quantifica o grau de demência do indivíduo[7]. E a escala de Holden para classificar a funcionalidade da marcha[8].

Para a avaliação da fragilidade, três instrumentos comumente citados na literatura foram utilizados: o fenótipo de fragilidade descrito por Fried em 2001[9]; A Clinical Frailty Scale - CFS - (Escala Clínica de Fragilidade)[10] e a escala de Fragilidade de Edmonton[11].

A avaliação da fragilidade proposta por Fried analisa 5 componentes: Perda de peso não intencional, exaustão avaliada por autorrelato de fadiga, diminuição da força de preensão manual, baixo nível de atividade física e diminuição da velocidade da marcha. Nesta escala, os idoss são classificados em três níveis de fragilidade: Não frágeis: Quando não apresenta nenhum comprometimento; Pré-Frágil: Quando apresenta 1 ou 2 comprometimentos e; Frágil: quando apresente 3 ou mais critérios[9].

A Clinical Frailty Scale de Roockwood apresenta 9 categorias padrão, com características que incluem: cognição, o humor, a motivação, habilidades motoras, equilíbrio, capacidade para as atividades de vida diária, nutrição, status social e comorbilidades. Os idosos serão considerados frágeis quando apresentarem características descritas a partir do 5 ° domínio. [10]

A escala de fragilidade de Edmonton possui 11 itens, com uma pontuação máxima de 17. Os escores para caracterização da fragilidade são calculados em: 0-4, sem fragilidade; 5-6, vulnerável; 7-8, fragilidade leve; 9-10, fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade severa[11].

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para comparar a escala clínica de fragilidade, a escala de Edmonton e a escala de Fried foi utilizado um método de padronização ordinal e equivalência ilustrada na tabela a seguir.

Tabela 1: Modelo de equivalência entre as escalas

Equivalência	Edmonton	Escala clínica de fragilidade	Fried
1= Sem fragilidade	Sem fragilidade	Boa forma	Sem fragilidade
		Bom	
		Bom gerenciamento	
2= Vulnerável	Vulnerável	Vulnerável	Pré frágil
3= Fragilidade leve	Fragilidade leve	Ligeiramente frágil	
4= Fragilidade moderada	Fragilidade moderada	Moderadamente frágil	
5= Fragilidade Grave	Fragilidade Grave	Gravemente frágil	Frágil
		Extremamente frágil	
		Doente terminal	

Os escores originais de cada teste foram utilizados para uma posterior análise de correlação entre as escalas, utilizando o método de correlação de Pearson. Adotou-se $p< 0,05$ para todos os instrumentos.

RESULTADOS

Participaram do estudo todos os sujeitos/ Responsáveis que após prévia leitura da Carta de Informação assinaram o Termo de Consentimento livre e esclarecido. Os testes e análises iniciaram após a anuência dos participantes e/ou responsável legal e com aprovação da instituição envolvida e do comitê de ética. A pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes e as identidades foram mantidas sob sigilo que, da mesma maneira puderam se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Foram avaliados todos os 66 indivíduos com faixa etária mínima de 60 anos previamente convidados. Do total de sujeitos, 43 eram do sexo feminino (65,1%) e 23 do sexo masculino (34,8%), 33 idosos são residentes de uma Instituição de longa permanência e os outros 33 são participantes periódicos de um grupo de convivência. Quanto as condições gerais de saúde, verificou-se que a Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente com 40,9%, seguida das alterações neurológicas (esquizofrenia, Parkinson, Alzheimer, AVE) com 36,3% e doenças musculoesqueléticas (Artrite reumatóide, osteoartrose, osteoporose, doenças da coluna vertebral) com 31,8%. As avaliações de funcionalidade mostraram que 28,84% dos indivíduos possuíam algum tipo de dependência e 31,81% dependiam de dispositivos para a marcha. Quanto a demência, 46,96 possuíam algum grau da doença.

As Tabelas a seguir ilustram os resultados obtidos pelas escalas considerando os grupos de acordo com sexo e procedência.

Tabela 2: Caracterização da fragilidade dos idosos institucionalizados.

Homens (N=17)					
Edmonton		Fried		Escala clínica de fragilidade	
Sem fragilidade	23,5%	Pré-frágil	52,9%	Bom gerenciamento	23,5%
Vulnerável	23,5%			Vulnerável	23,5%
Fragilidade leve	17,6%	Frágil	47%	Ligeiramente frágil	5,08%
Fragilidade moderada	17,6%			Moderadamente frágil	29,4%
Fragilidade grave	17,6%			Gravemente frágil	17,6%
Mulheres (N=16)					
Edmonton		Fried		Escala clínica de fragilidade	
Vulnerável	12,5%	Pré-frágil	12,5%	Vulnerável	32,2%
Fragilidade leve	12,5%			Moderadamente frágil	50%
Fragilidade moderada	37,5%	Frágil	87,5%	Gravemente frágil	6,2%

Tabela 2: Caracterização da fragilidade dos idosos não institucionalizados.

Homens (N=6)		
Edmonton	Fried	Escala clínica de fragilidade

Vulnerável	33,3%	Sem fragilidade	16,6%	Boa forma	16,6%
		Pré-frágil	66,6%	Bom gerenciamento	33,3%
Fragilidade leve	66,6%			Vulnerável	50%%
		Frágil	16,6%		
Mulheres (N=27)					
Edmonton		Fried		Escala clínica de fragilidade	
Sem fragilidade	14,8%	Pré-frágil	88,8%	Boa forma	22%
Vulnerável	33,3%			Bom	22,2%
Fragilidade leve	33,3%	Frágil	1,1%	Bom gerenciamento	22,2%
Fragilidade moderada	14,8%			Vulnerável	25,9%
Fragilidade grave	3,7%			Ligeiramente frágil	3,7%
				Gravemente frágil	3,7%

Os dados da tabela 3 apresentam os resultados da análise de correlação entre os três instrumentos. De acordo com a interpretação estatística, há uma forte equiparação entre os instrumentos de avaliação da fragilidade do idoso.

Tabela 3: Correlação dos escores das escalas por gênero

Público	Escalas	Análise	Edmonton	Escala clínica de fragilidade
Homens	Escala clínica de fragilidade	Correlação	75,1%	
		P-Valor	<0,001	
	Fried	Correlação	70%	74,04%
		P-Valor	<0,001	<0,001

Mulheres	Escala clínica de fragilidade	Correlação	64%	
		P-Valor	<0,001	
	Fried	Correlação	77,5%	80,4%
		P-Valor	<0,001	<0,001

DISCUSSÃO:

A síndrome da fragilidade tornou-se um problema de saúde pública, pois torna a pessoa idosa dependente, suscetível a quedas, agravos a saúde, hospitalizações e até mesmo a morte. O objetivo deste estudo foi avaliar a correlação entre instrumentos de mensuração da fragilidade senil para facilitar a escolha do profissional de saúde no momento de sua avaliação. A análise estatística deste estudo evidencia a convergência entre as escalas, possibilitando o uso de acordo com a facilidade e realidade local, sem prejuízos na classificação.

Os dados do estudo concordam com a literatura nacional e internacional que apontam maior suscetibilidade à síndrome de fragilidade em pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência. Salienta-se a importância da rede de apoio familiar e de aspectos socias para manutenção da saúde, a ausência destes elementos, associados ao declínio físico e cognitivo aumentam as chances do desenvolvimento da síndrome da fragilidade[12].

Todos os indivíduos que participaram da pesquisa, independente do grupo etário ou sexo, apresentavam diagnóstico de doenças crônicas, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente. Nem todos os indivíduos com tais diagnósticos apresentavam fragilidade, porém todos os indivíduos frágeis eram hipertensos, estes achados vão de encontro com estudos que relatam que tais alterações são preditoras de incapacitação, e esses fatores poderão ser desencadeadores de fragilidade[13].

As escalas de avaliação de fragilidade podem e devem ser utilizadas em diferentes contextos e equipamentos dentro dos três níveis de atenção à saúde. Este estudo apontou a sensibilidade dos instrumentos para detecção da síndrome. Uma revisão de escopo publicada no ano de 2020 apontou que além de ferramenta diagnóstica, as escalas, em especial a escala clínica de fragilidade pode ser um elemento preditor para inúmeros desfechos, inclusive o de mortalidade[14].

Apesar da forte correlação entre as escalas estudadas nesta pesquisa, sabe-se que há um número grande de ferramentas para medição da fragilidade e não existe uma medida padrão, entretanto há

relatos de que a escala clínica de fragilidade e a escala com os critérios propostos por Fried apresentam avaliações robustas para o uso em ambientes clínicos[15].

CONCLUSÃO

A três escalas avaliadas apresentaram correlação estatística forte positiva evidenciando sensibilidade e consistência entre os três instrumentos para classificar a fragilidade de idosos em ambos os sexos. Novas pesquisas são fundamentais para identificar instrumentos com melhores aplicabilidades clínicas e em pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2ª edição, 2008.

2. IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística: Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua. Rio de Janiero: IBGE, 2022. Disponível em: < https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=pesquisa+nacional+por+amostra+de+domicilios+continua> Acesso em 20/01/2023

3. CAMPOLINA. G.A.; ADAMI. F.; SANTOS, F.L.J.; LEBRÃO. L.M.; A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Revista de saúde pública. V.29, n.6, p.1217-29, Rio de Janeiro, 2013.

4. MAYER. D.L.B. STUMM. F.M.E.; BARBOSA. A.D.; GUIDO. A.L.; KIRCHNER. M.R.; Reflexões acerca do envelhecimento, das doenças crônicas e da qualidade de vida em renais crônicos. Revista contexto & saúde, v.10, n.20, p. 1315-18, [s.l] Jul, 2011.

5. CARNEIRO, J.Á. Et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. Revista Brasileira de Enfermagem. V.69, maio, 2016

6. LINO. S.T.V.; PEREIRA. M.R.S.; CAMACHO. B.A.L.; FILHO. R.T.S.; BUKSMAN. S.; Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Caderno saúde pública. V.24, n.1, p. 103-112, Rio de Janeiro, 2008.

7. MONTAÑO. M.M.B.M.; RAMOS. R.L.; Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. Revista Saúde Pública. V.39, n.6, p.912-7, São Paulo, 2005.

8. DUQUE. S.A.; GRUNER. H.; CLARA.G.J.; ERMIDA.G.J.; VERISSIMO.T.M.; Avaliação Geriátrica - Núcleo de estudos de geriatria da sociedade portuguesa de medicina interna - GEMI. 2014. 20 p. Disponível em Acesso em: 20 de maio de 2014.

9. FRIED. L.P.; TANGEN. C.M.; WALSTON. J.; NEWMAN. A.B.; HIRSCH. C.; GOTTDIENER. J.; SEEMAN. T.; TRACY. R.; KOP. W.J.; BURKE. G.; MCBURNIE. M.A. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series A: A Biological Sciences and Medical Sciences. V.56, N.3, P.146-56, [s.l] Mar. 2001.

10. ROCKWOOD. K.; SONG. X.; MACKNIGHT. C.; BERGMAN. W.; HOGAN. D.B. MACDOWELL. I.; MITNITSKI. A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Canadian Study on Health & Aging, Canadian Medical Association Journal are provided here courtesy of Canadian Medical Association. V.173, N.5, P.489-495, Canadá, 2008.

11. FABRICIO-WEHBE. C.C.S.; Adaptação cultural e validação da Edmonton Frail escale (EFS) escala de avaliação da fragilidade em idosos. 2008. 164 p. (Tese) doutorado em enfermagem. Escola de enfermagem de ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

12. FLUETTI, M. T. et al. The frailty syndrome in institutionalized elderly persons. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 21, n. Rev. bras. geriatr. gerontol., 2018 21(1), jan. 2018.

13. SILVA, L. M. et al.. Treatment adherence and frailty syndrome in hypertensive older adults. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, n. Rev. esc. enferm. USP, 2020 54, 2020.

14. CHURCH, S.; ROGERS, E.; ROCKWOOD, K. ET AL. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. BMC Geriatr 20, 393 (2020). https://doi.org/10.1186/s12877-020-01801-7

15. DENT E.; KOWAL P.; HOOGENDIJK E, O. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. Eur J Intern Med. 2016 Jun; 31:3-10. doi: 10.1016/j.ejim.2016.03.007. Epub 2016 Mar 31. PMID: 27039014.

Capítulo 14

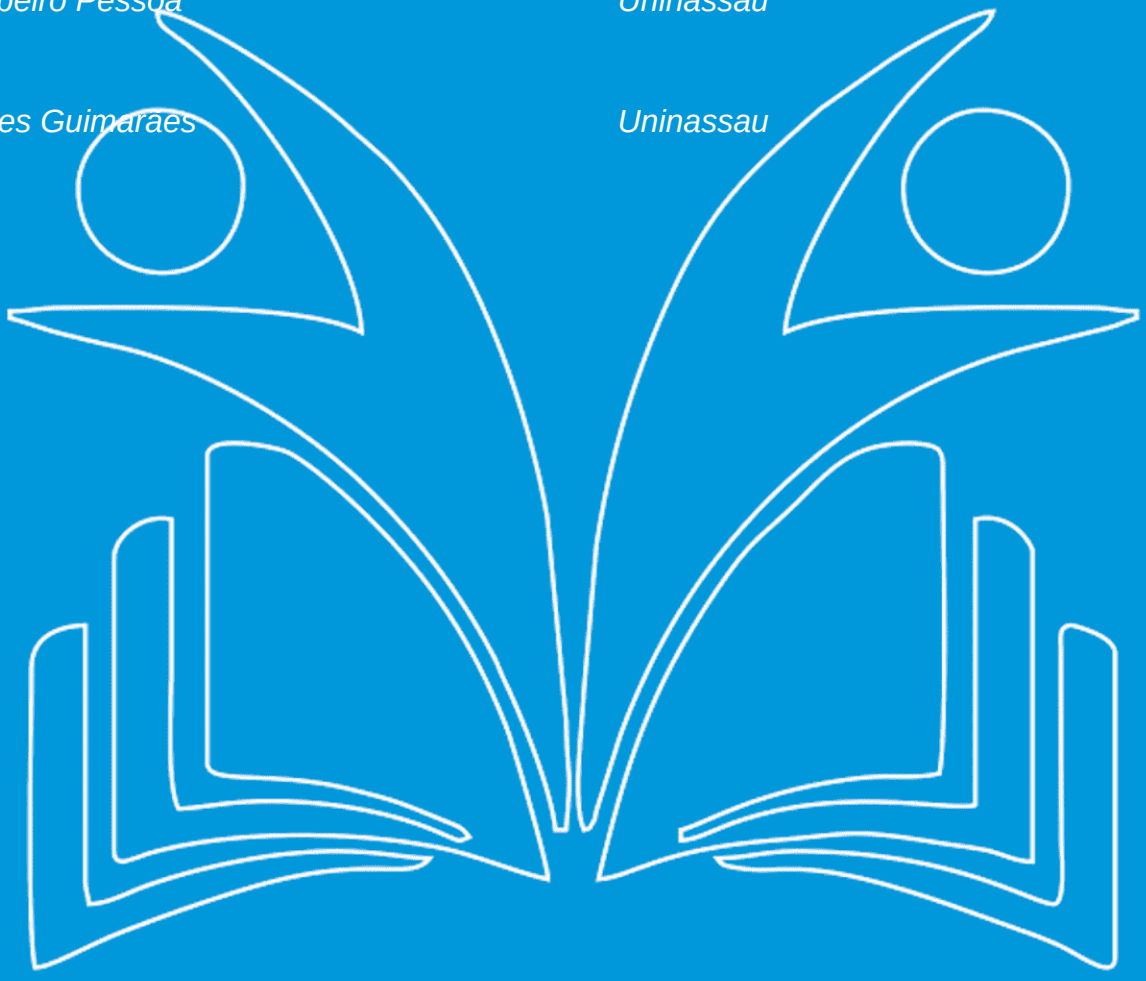
10.37423/230107094

O IMPACTO DA PANDEMIA PELO SARS-COV-02 NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO ESTADO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Mariana Cavalcanti Fraga — *Uninassau*

Amanda Ribeiro Pessoa — *Uninassau*

Luiza Prestes Guimarães — *Uninassau*



Resumo: Introdução: A pandemia de COVID-19 teve um impacto catastrófico na sociedade, na economia e nos sistemas de saúde em todo o mundo. A concentração de esforços para contenção do surto tem feito com que outras doenças sejam negligenciadas. Dentre estas, estão as patologias oncológicas. Os pacientes com câncer apresentam risco aumentado de eventos graves relacionados à infecção por COVID-19 e seus tratamentos oncológicos, usualmente, não podem ser adiados por longos períodos sem prejudicar os desfechos. Objetivo: Avaliar o número de pacientes com diagnóstico de câncer de colo do útero em Pernambuco no ano de 2020 e comparar com a incidência dessa doença nos últimos cinco anos. Método: Foi realizado um estudo epidemiológico, transversal, quantitativo e descritivo, com dados obtidos no Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), entre os anos de 2015 e 2020. Foram incluídas no estudo mulheres de 25 a 64 anos, com diagnóstico de câncer de colo do útero no estado de Pernambuco. Resultados: Durante o ano de 2020, o número de casos de câncer de colo de útero, segundo laudo citopatológico, em Pernambuco, foram 750, enquanto nos últimos 5 anos o número de casos variou entre: 1109 casos em 2015, 942 casos em 2016, 1110 casos em 2017, 1118 casos em 2018 e 1189 casos em 2019. Em relação à imunização para HPV no ano de 2020, o número de vacinas aplicadas foi 200.330 doses. Ao longo dos últimos 5 anos, houve queda no número de doses, com exceção do ano de 2016, que apresentou menor número de doses isoladamente fora da tendência. Discussão: A taxa de incidência de câncer de colo estimada para o ano de 2020 seria de 14,64 por 100 mil habitantes, seguindo a tendência dos últimos cinco anos. Contudo, no ano de 2020, foi evidenciada uma queda significativa quando avaliada retrospectivamente. A taxa foi de 7,79 a cada 100 mil habitantes, segundo laudo citológico, com 750 casos de alterações citológicas neoplásicas ou potencias e 261 casos, segundo laudos histopatológicos indicativos de câncer de colo de útero, correspondendo a uma taxa de incidência de 2,71 a cada 100 mil habitantes em Pernambuco. As pacientes entre 25 e 64 anos, que deveriam realizar o exame citológico para rastreio do câncer de colo do útero, provavelmente, deixaram de realizar devido às medidas restritivas adotadas pelo estado e também por medo de contaminação. Conclusão: A pandemia do novo coronavírus trouxe impactos negativos para as medidas de prevenção do câncer cervical, principalmente nas regiões menos desenvolvidas. Tomando como referência o estado de Pernambuco, a taxa de incidência de câncer de colo de útero em 2020 foi consideravelmente menor comparada à estimada para o triênio 2020-2022, visto a menor adesão às medidas prevenção resultante das restrições do período.

Descritores: Câncer de colo do útero, COVID 19, Pernambuco

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de colo do útero está entre as principais causas de câncer ginecológicos, ficando atrás apenas das neoplasias mamárias, tendo como principal fator desencadeante a infecção persistente por alguns tipos de papilomavírus humano (HPV). Nas estimativas para o triênio 2020-2022, o número de casos esperados de câncer de colo uterino será de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada

100 mil mulheres e, sem considerar os tumores de pele não melanoma, será o segundo câncer mais incidente na região Nordeste com 17,62 casos a cada 100 mil mulheres.[1]

Esta neoplasia é uma das principais causas de morte por câncer em mulheres no mundo apesar da sua possibilidade de prevenção. A progressão do câncer de colo do útero se dá de forma lenta, a partir de lesões precursoras que possuem potencial de malignidade se não detectadas e tratadas precocemente.[2] A maioria dessas mortes poderia ser evitada a partir do acesso a programas de prevenção e controle do câncer de colo do útero, abrangendo a vacinação para as cepas oncogênicas do HPV e o rastreamento.[3,9]

A detecção dessas lesões é realizada facilmente e com baixos custos, apresentando alta possibilidade de cura em fases pré-clínicas a partir do diagnóstico pelos exames de colposcopia e citologia oncótica em mulheres do grupo-alvo, de 25 a 64 anos, que já tenham iniciado atividade sexual. Essa doença apresenta pico de incidência entre mulheres de 40 a 60 anos de idade e marcante associação com o baixo nível socioeconômico e menor acesso aos serviços para detecção e tratamento precoce das lesões precursoras.[4]

Diante desse contexto, o Brasil vem historicamente instituindo políticas populacionais para prevenção, rastreamento e controle deste câncer. Desde o surgimento do SUS, o INCA passou a ser responsável pela formulação de políticas nacionais de prevenção de neoplasias, além de programas como “Viva Mulher”, Programa Nacional do Combate ao Câncer de Colo do Útero e o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), que surgiram para padronizar a coleta de material, o seguimento e a conduta diante de achados com alteração. [5]

Além disso, no âmbito da prevenção primária, o Ministério da Saúde em 2014, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação contra o papilomavírus humano (HPV), para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. A vacina disponível é a quadrivalente, realizada em duas doses com 6 meses de intervalo, oferecendo proteção contra os tipos não

oncogênicos 6, 11 e os oncogênicos 16 e 18 do HPV, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero.

Devido à manutenção de altas taxas de mortalidade por câncer de colo uterino, fica claro que essas medidas são essenciais para que se amplie a estratégia de combate ao HPV por meio do conjunto de programas de prevenção primária, rastreamento, diagnóstico e tratamento precoce.

Contudo, no final do ano de 2019, na China, um novo coronavírus foi identificado como a causa de um conjunto de alterações pulmonares. E apesar do seu surgimento na China, o vírus apresentou uma rápida disseminação global, em um curto intervalo de tempo, deixando em evidência a emergência em saúde. Em fevereiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) designou a doença COVID-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2.[6]

A partir do estabelecimento do estado de pandemia, medidas como distanciamento social, redefinição de prioridades de serviço de saúde, bloqueios (lockdown) foram estabelecidos para conter os exponentes casos e as mortes por COVID-19.7 No entanto, isso representa um enorme impacto no diagnóstico e tratamento oncológico, gerando, provavelmente, comprometimento no rastreio de casos precoces de câncer de colo de útero resultante no receio da população e defasagens nos serviços de saúde.

Da mesma forma, medidas de distanciamento social, com objetivo de mitigar a atual pandemia, implicaram na redução acentuada da cobertura vacinal. Tal fator, possivelmente trará repercussões no número de casos incidentes de câncer de colo de útero, consequência da falta de adesão à prevenção primária, evidenciando a real importância do acesso a imunizações e campanhas de incentivo.

A partir desse contexto, torna-se importante avaliar o impacto da pandemia no rastreio de câncer de colo de útero e na cobertura vacinal contra o HPV, principalmente em localidades do país que ainda se encontram em aumento do número de novos casos e mortes pelo COVID-19, como o estado de Pernambuco, bem como tornar possível o planejamento de resoluções para este novo desafio.

2. METODOLOGIA

DESENHO DO ESTUDO

Este estudo apresenta caráter epidemiológico, observacional, descritivo e quantitativo sobre os casos de câncer de colo de útero no Estado de Pernambuco.

LOCAL DO ESTUDO E PERÍODO

Foi realizado um levantamento de dados no sistema de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), disponível entre os anos de 2015 a 2020. Ademais, uma revisão bibliográfica sobre neoplasias de colo uterino nas bases de dados PubMed e SciELO, buscando textos completos, publicados em todas as línguas, nos últimos cinco anos, através dos descritores “Uterine Cervical Neoplasms”, “Neoplasias do Colo do Útero” e “SARS-CoV-2”. Foram elegíveis estudos cujo título e resumo se adequavam ao tema proposto.

POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram selecionadas mulheres de 25 a 64 anos da unidade federativa de Pernambuco, através da coleta de dados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), na opção de “Cito do colo por pacientes” do DATASUS e na opção “Histo do colo por pacientes”.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas mulheres de 25 a 64 anos de idade, residentes em Pernambuco. Na opção “Cito do colo por pacientes”, foram selecionadas as seguintes categorias de laudos citopatológicos: carcinoma epidermoide invasivo, adenocarcinoma invasor, adenocarcinoma in situ, lesão intraepitelial de alto grau, lesão de oriente indefinida de alto grau, outras neoplasias, com adequabilidade satisfatória ao exame, no período de 2015 a 2020. Foram excluídos os resultados dentro da normalidade, lesões de baixo grau e faixas etárias menores que 24 anos e maiores 65 anos.

Na opção de “Histo do colo por pacientes”, foram selecionadas as seguintes categorias de laudos histopatológicos: carcinoma epidermoide, adenocarcinoma invasor, adenocarcinoma in situ/NIC III, NIC II, NIC I, outra neoplasia e benigno, com adequabilidade satisfatória ao exame, no período de 2015 a 2020. Foram excluídas mulheres de faixas etárias menores que 24 anos e maiores 65 anos, que não preenchiam os critérios de inclusão.

INSTRUMENTO DE PESQUISA E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o processo de coleta de dados, conforme delineamento do estudo foi selecionado o número de diagnósticos de câncer de colo de útero desde 2015 a 2020, de acordo com a faixa etária, com o local e com os laudos citopatológicos e histopatológicos das atipias celulares selecionadas. Após a coleta, os dados foram armazenados em pastas de arquivo e em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador. O pesquisador construiu um banco de dados com o Programa Excell® (Windows,

versão 7), revisado cuidadosamente e analisado de forma sistemática, com a revisão, tabulação e análise quantitativa a partir de gráficos e tabelas estatísticas.

VARIÁVEIS

A variável dependente deste estudo é a citologia de colo de útero que, após descriminação das variáveis independentes, como, atipias celulares glandulares e escamosas, faixa etária, UF de residência, períodos disponíveis, adequabilidade e ano do diagnóstico, foi possível analisar quantitativamente o número de casos em cada ano do período selecionado.

RISCOS E BENEFÍCIOS

O principal benefício direto foi a comparação do número de diagnósticos no período selecionado, além da estimativa para o ano de 2020. Dessa forma, é possível verificar o impacto resultante da pandemia no número de casos de câncer de colo de útero diagnosticados. Durante a pesquisa, não houve riscos para o pesquisador nem para a população analisada, visto que se trata de uma análise de um banco de dados previamente coletados.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi desenvolvido através de dados colhidos em base de dados do Sistema de Informação do Câncer, disponíveis no DATASUS, sem interferência na integridade física dos indivíduos. Houve compromisso, por parte do pesquisador, diante da realização do trabalho, que preservou integralmente a segurança dos dados coletados. Este trabalho respeita os princípios defendidos pela bioética registrados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde e do Ministério da Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

3. RESULTADOS

Durante o ano de 2020, o número de casos de câncer de colo de útero, segundo laudo citopatológico, em Pernambuco, foi de 750 casos, enquanto nos últimos 5 anos, o número de casos variou entre: 1109 casos em 2015, 942 casos em 2016, 1110 casos em 2018 e 1189 casos em 2019, conforme descrito em quadro 1.

Laudo Citopatológico	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Total	1.109	942	1.110	1.118	1.189	750	5.662
Carc. Epiderm. Inv	70	56	59	67	65	48	351

Adenocarc invasor	9	9	17	12	7	0	53
Adenocarc in situ	7	14	8	12	8	4	52
Les IEp Alto Grau	919	780	948	954	1.033	648	4.802
At.Glan.Ind. Alto Grau	89	76	72	65	68	47	413
Ori.Indef. Alto Grau	12	7	5	6	8	2	40
Outras Neoplasias	3	0	1	2	1	1	8
Gerado em 25/02/2021							

Quadro 1. Laudo citopatológico por ano (período de 2015-2020)

O tipo citológico que apresentou maior número de casos, segundo exames com adequabilidade satisfatória, de mulheres de 25 a 64 anos, foi do tipo Lesão intraepitelial de alto grau, com 4802 casos dos anos de 2015 a 2020.

O número de casos de 2020 corresponde a uma taxa de incidência de 7,79 a cada 100.000 habitantes, tomando como base a população de Pernambuco segundo IBGE 2020. Em análise da Estimativa de Incidência do Câncer no Brasil de 2020, pelo INCA, referente a cada ano do triênio 2020-2022, a taxa de incidência do Câncer de colo de útero em Pernambuco seria de 14,64 por 100 mil habitantes, em contraste ao que foi encontrado retrospectivamente sobre 2020, quando levado em consideração as alterações neoplásicas ou potenciais de acordo com laudo citológico.

O número de casos, segundo laudo histopatológico, foi gerado a partir de pacientes que já tinham alteração em exame de citologia prévio. No ano de 2020, de um total de 409 laudos histopatológicos, 148 foram benignos. Em relação ao tipo histológico ao longo dos últimos 5 anos, o mais incidente foi o NIC III ou Carcinoma in situ, com 974 casos, porém no ano de 2020, o tipo histológico mais comum foi de achado Benigno, conforme dados do quadro 2.

Laudo histopatológico	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Total	1.039	948	1.113	893	934	409	5.336
Carcinoma Epidermoide	76	44	59	51	50	44	324
Adenoca invasor	1	2	6	8	3	3	23
Adenocarcinoma in situ	0	2	4	2	5	1	14
NIC III / Carc. in situ	182	150	184	168	203	87	974
NIC II	188	139	138	135	156	79	835
NIC I	168	154	211	135	135	43	846
Outra neoplasia	12	12	5	4	3	4	40
Benigno	412	445	506	390	379	148	2.280
Gerado em 25/02/2021							

Quadro 2. Laudo histológico por ano (período 2015 – 2020)

Excluindo-se os casos benignos, o número de laudos histopatológicos indicativos de câncer de colo de útero em foi de 261 casos correspondendo a uma taxa de incidência de 2,71 a cada 100 mil habitantes em Pernambuco. Nos últimos 5 anos, o número de casos variou entre: 627 casos em 2015, 503 casos em 2016, 607 casos em 2017, 503 casos em 2018 e 564 casos em 2019, conforme quadro 2.

Sobre as características sociodemográficas disponíveis para análise, foi visto que a faixa etária mais incidente de câncer de colo de útero, ao longo dos anos 2015 a 2020, foi entre 30 e 34 anos e, nessa faixa, o tipo mais comum foi a lesão intraepitelial de alto grau, segundo laudo citopatológico. Em relação à escolaridade, a maioria foi classificada como ignorado, não sendo possível avaliar a real situação educacional dos pacientes com câncer de colo de útero.

Laudo Citopatológico	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	Total
Total	817	1.121	1.115	906	660	520	381	278	5.662
Carc. Epiderm. Inv	16	42	42	49	59	53	51	41	351
Adenocarc invasor	3	4	5	8	7	8	7	11	53
Adenocarc in situ	4	6	12	10	2	7	8	3	52
Les IEp Alto Grau	764	1.013	986	756	537	399	271	196	4.802

At.Glan.Ind. Alto Grau	30	60	72	75	60	55	37	26	413
Ori.Indef. Alto Grau	3	0	6	8	6	3	10	4	40
Outras	0	0	1	3	2	0	0	2	8
Neoplasias									
Gerado em 23/02/2021									

Quadro 3. Pacientes por faixa etária segundo laudo citopatológico.

Escolaridade	**Pacientes**
Total	5.662
Analfabeto(a)	1
Ensino Fundamental Incompleto	9
Ensino Médio Completo	3
Ignorado	5.649
Gerado em 25/02/2021	

Quadro 4. Pacientes segundo escolaridade.

Em relação à imunização de HPV, no ano de 2020, o número de vacinas aplicadas foi 200.330 doses. Ao longo dos últimos 5 anos, houve queda do número de doses, com exceção do ano de 2016 que apresentou menor número de doses isoladamente fora da tendência. Quando comparados os sexos, observa-se que, inicialmente as mulheres representavam 99,7% em 2015 das doses aplicadas. A partir do ano de 2017, a participação de indivíduos do sexo masculino obteve aumento. Em relação as doses aplicadas, comparando o ano de 2020 com 2019 o número de doses aplicadas em 2020 decaiu mais no sexo masculino (queda de 17,55%) do que no sexo feminino (queda de 11,63%), conforme dados do quadro 5.

Imunobiológicos	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Total**
Total	356.784	131.960	337.288	249.374	226.343	200.330	1.502.079
HPV - Fem	356.069	131.519	188.524	137.327	126.495	118.006	1.057.940
HPV - Masc	715	441	148.764	112.047	99.848	82.324	444.139
Gerado em 23/02/2021							

Quadro 5. Doses de vacina quadrivalentes aplicadas por ano.

4. DISCUSSÃO

Apesar dos avanços científicos e das políticas públicas nacionais, o câncer de colo de útero persiste como uma questão de saúde pública. Em relação aos países de IDH baixo e médio, segundo dados do INCA, o segundo câncer mais incidente é o câncer do colo do útero. Já nos países desenvolvidos, os tipos de cânceres mais incidentes nas mulheres são: câncer de mama com 24,2%, cólon e reto com 9,5%, pulmão 8,4%, seguido de câncer colo do útero com 6,6%[1].

No contexto brasileiro, a taxa de incidência do câncer de colo de útero muda um pouco, sendo o terceiro mais incidente. A incidência de câncer do colo do útero esperada para cada ano do triênio 2020-2022, será de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Os cânceres mais incidentes nas mulheres, exceto o câncer de pele não melanoma, são os cânceres de mama com 29,7%, cólon e reto com 9,2% e em terceiro o câncer de colo do útero com 7,4%. Além disso, no Nordeste, também há uma mudança do painel de incidência, sendo o câncer de colo de útero, com exceção do câncer de pele não melanoma, o segundo mais incidente com a taxa de risco estimada de 17,62 a cada 100 mil mulheres e, em Pernambuco, a taxa é de 14,64 a cada 100 mil mulheres, atrás apenas dos casos de câncer de mama.[1]

O fator que justifica a manutenção das taxas de câncer de colo do útero ao longo dos anos é a infecção de papilomavírus humano. O HPV é responsável por cerca de 99% dos casos de câncer de colo de útero e sua transmissão ocorre por contato direto na relação sexual, pelo contato das mucosas genitais com líquidos corporais de parceria com verrugas ou infecção subclínica. Dessa forma, pode-se concluir que o HPV é uma causa necessária para o desenvolvimento do câncer de colo de útero devido suas características oncogênicas.[12, 13]

Contudo, apesar de necessária, a infecção pelo HPV não é um fator suficiente para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas são infectadas pelo HPV, porém, na maioria das vezes, a infecção cervical regride espontaneamente. Isso acontece porque a infecção pelo HPV pode evoluir de diversas formas: com latência, formando atipias subclínicas, com a proliferação, pelos condilomas, ou evoluir com regressão espontânea, o que acontece na maioria dos casos principalmente em mulheres jovens e imunocompetentes, resultando numa infecção transitória e no clearance da infecção viral com a regressão das lesões precursoras. [13, 14]

Visto que a evolução para neoplasia não é um desfecho comum, o que favorece a formação neoplásica é a persistência da infecção associada a condições que podem predispor lesões pré-neoplásicas. Alguns fatores de riscos podem explicar essa condição, como, por exemplo, a infecção pelos tipos mais oncogênicos, a carga viral, a idade, visto que acima de 30 anos a persistência da infecção é mais

frequente, fatores genéticos, comportamento sexual, tabagismo, outras doenças sexualmente transmissíveis, imunidade, multiparidade, exposição à radiação, tabagismo e nível socioeconômico.[13,14]

Evidentemente, as dinâmicas de saúde pública têm enorme impacto sobre o câncer de colo uterino. Em função da história natural arrastada para o desenvolvimento do câncer de colo de útero, o objetivo fundamental das medidas de prevenção é a possibilidade de evitar o câncer e, consequentemente, diminuir a mortalidade. As ações em saúde reforçam a importância das medidas de prevenção primária e secundária para efetividade do diagnóstico, estadiamento e tratamento precoce. 9, 10

Os casos de persistência da infecção podem ser identificados a partir dos exames de rastreio, observando a infecção pelo HPV ou alguma lesão pré-maligna que devem ser conduzidas de acordo com suas recomendações. O exame colpocitológico pode identificar lesões intraepiteliais de baixo grau, que refletem a manifestação citológica da infecção pelo HPV e não necessariamente se tornarão lesões precursoras podendo regredir espontaneamente na maior parte dos casos, entretanto pode também identificar lesões intraepiteliais de alto grau que apresentam grande potencial de evoluir para o câncer de colo de útero. [9, 10]

A prevenção do avanço da lesão atípica para o carcinoma e o tratamento adequado se torna possível a partir da identificação precoce pelos exames de rastreio orientados pelo Ministério da saúde. Esse rastreio tem enorme relevância pois, existe no processo, formação do carcinoma invasivo, uma grande janela de oportunidade, visto que a evolução natural desde tipo de câncer ocorre lentamente, em um prazo de 10 a 15 anos para uma lesão intraepitelial progredir para lesão cancerosa invasora. [10]

Com a prevenção primária, pretende-se a diminuição do risco de contágio pelo HPV. Dessa forma, inclui-se o uso de preservativos, com proteção parcial, já que pode haver contágio a partir do contato com a pele perineal, vulvar, escrotal e perianal. Além disso, a aplicação da vacina quadrivalente contra os tipos 6,11,16 e 18, recomendada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde, prioriza adolescentes, com objetivo de atingir pessoas antes do início da atividade sexual. A vacinação é direcionada para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos com esquema de duas doses em 0 e 6 meses e também para mulheres sexualmente ativas dos 14 a 26 anos. [17]

Visto que a vacina não protege contra todos os tipos de HPV, a prevenção primária não substitui a realização da prevenção secundária, sendo assim, o rastreio com a colpocitologia deve continuar sendo realizado, mesmo nas mulheres vacinadas. O rastreamento é uma intervenção de saúde pública dirigida a uma população alvo assintomática, com objetivo de identificar indivíduos com maior

probabilidade de ter a doença. No rastreio do câncer de colo de útero, inclui-se a maior proporção possível das mulheres que são alvo do programa nacional para garantir o manejo apropriado para todas as que tenham um resultado positivo ou anormal do exame. [17, 18]

O público alvo recomendado pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero é de 25 a 64 anos. O início da coleta deve ser aos 25 anos com coleta de amostras anualmente, durante 2 anos. Caso as duas últimas amostras forem não apresentarem atipias, recomenda-se realizar o exame a cada 3 anos até os 64 anos e, nesta faixa etária, pode-se interromper se, pelo menos, dois exames negativos nos últimos 5 anos. [5, 18]

A citologia como teste de rastreio realiza uma distinção simplificada entre lesões de baixo e alto grau, sendo simples e segura para a aplicação clínica e diagnóstico preventivo do câncer. Contudo, o diagnóstico final apenas é confirmado a partir do exame histopatológico, que é guiado a partir do exame de colposcopia que permite identificação da área acometida e sua extensão.

Contudo, as medidas empregadas para prevenção do câncer de colo do útero sofreram um grande empecilho a partir do fim ano de 2019, com o surgimento do novo coronavírus e a sua disseminação global. A crise sanitária causada pela infecção do COVID-19 modificou o modo de viver da população e a prestação dos serviços essenciais, incluindo os programas de vacinação, devido às medidas de distanciamento social para atenuar a transmissão do vírus.

Em estudos realizados em países africanos, foi possível observar que, mortes evitáveis pelas vacinas de rotina para HPV superam o risco de morte por COVID-19, associado ao comparecimento nas unidades de atenção básica. Diante deste cenário, os programas de vacinação através de estratégias de vacinação em veículos, em casa ou em salas separadas dos demais atendimentos clínicos, bem como a identificação de faltosos, podem alcançar uma melhor cobertura vacinal em tempos de pandemia.[11,19, 20]

Assim como a vacinação, todo o manejo do câncer na atenção básica, desde o rastreio até o acompanhamento dos indivíduos diagnosticados previamente e em tratamento, apresentou um impacto negativo durante o último ano. Dessa forma, foi visto que o número de pacientes que não serão rastreadas aumentou, com um risco potencial elevado de perda ou atraso do diagnóstico do câncer. A diminuição de profissionais de saúde nas UBS, a redução de consultas e o medo da exposição ao COVID-19 contribuem para este panorama. [19]

Em relação especificamente aos pacientes oncológicos, com o surgimento do SARS-CoV-2, ficou claro que certas populações são particularmente vulneráveis a infecções graves e resultados clínicos ruins, e os pacientes com câncer estão no topo da lista. Isso se deve ao estado imunossupressor causado pelas drogas malignas e quimioterápicas. [21]

Muitas doenças malignas representam uma ameaça considerável para a vida dos pacientes e atrasos no tratamento podem afetar os resultados oncológicos. Assim, as recomendações de gestão devem ser adaptadas considerando muitos fatores, incluindo o tipo de câncer, tipo de tratamento oncológico, incidência de COVID-19 no local e disponibilidade de serviços de saúde. [21, 22]

O impacto da pandemia ao rastreio do câncer de colo do útero também é visto em outros países como Estados Unidos. Em coorte realizada no Estado da Califórnia foi ultilizado registro médico eletrônico com cerca de 1,5 milhões de mulheres, e comparou a quantidade de mulheres rasteadas antes, no ano de 2019, e após as medidas de restrição, no ano de 2020, em um mesmo período, e foi visto um declíneo substancial de 78%. Outro estudo realizado no Reino Unido mostrou que mais de 6 meses de atraso no rastreio do câncer cervical, pode aumentar o risco de desenvolvimento de câncer, dessa forma, é necessário manter as medidas de rastreio priorizando as mulheres com maior risco, seguindo protocolos de proteção contra o COVID-19. [23]

Em Pernambuco, durante o início do ano de 2020 e novamente no início de 2021, as medidas de restrições atigiram consideravelmente os atendimentos ambulatoriais e cirurgias eletivas. Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos ambulatoriais nos consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais da rede pública e privada foram suspensos com objetivo de reduzir ao máximo a circulação de pessoas nos serviços de saúde para evitar exposição ao vírus, em acordo com o decreto do Governo de Pernambuco, que determinava o período de quarentena. [24]

Entretanto essas medidas de restrição para promover o distanciamento social e mitigar o avanço do contágio do coronavírus repercutiram na diminuição do número de diagnóstico de câncer de colo de útero, segundo laudos citopatológicos. De acordo com o INCA a taxa de incidência de câncer de colo estimada para o ano de 2020 seria de 14,64 por 100mil habitantes, seguindo a tendência dos últimos 5 anos.

Contudo a taxa de incidência de câncer de colo em Pernambuco no ano de 2020 apresentou queda significativa quando foi avaliada retrospectivamente. A taxa foi de 7,79 a cada 100.000 habitantes segundo laudo citológico, com 750 casos de alterações citológicas neoplásicas ou potencias e 261 casos segundo laudos histopatológicos indicativos de câncer de colo de útero, correspondendo a uma

taxa de incidência de 2,71 a cada 100 mil habitantes em Pernambuco. Validando a ideia de que as restrições de acesso aos serviços e procedimentos ambulatoriais e o temor da população frente à pandemia resultou em queda no número de diagnósticos.

Da mesma forma, foi visto o impacto na vacinação contra o HPV no ano de 2020, com redução do número de doses aplicadas. A adesão de acordo com o número de doses aplicadas em Pernambuco apresentava tendência de queda quando analisados os últimos 5 anos, que permaneceu no ano de 2020 visto que campanhas de adesão foram prejudicas pelo atual cenário. Neste ano foram 200.330 doses aplicadas, com destaque para menor adesão do sexo masculino em comparação ao feminino, ainda mais acentuada neste ano analisado, corroborando que a pandemia pelo novo corona vírus prejudicou a maior adesão ao calendário vacinal, em especial, a vacina contra o HPV.

5. CONCLUSÃO

O câncer de colo do útero é considerado um importante problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte por câncer em mulheres no mundo. O câncer cervical, além de apresentar uma evolução lenta, pode ser evitado através da ampliação dos programas de vacinação para as cepas oncogências do HPV e do rastreio realizado pela coleta da colpocitologia.

O surgimento da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) trouxe impactos negativos para as medidas de prevenção do câncer cervical, principalmente nas regiões menos desenvolvidas. Tomando como referência o estado de Pernambuco, a taxa de incidência de câncer de colo de útero em 2020 foi consideravelmente menor, quando comparada à estimativa para o triênio 2020-2022. Além disso, houve queda do número de doses de vacinas, administradas na população alvo pelo Ministério da Saúde. Este cenário reflete a redução do acesso às políticas de prevenção primária e secundária durante a pandemia.

Em virtude dos fatos mencionados, é razoável esperar um aumento de pacientes que terão perda ou atraso do diagnóstico de câncer cervical. Com isso, durante a pandemia do COVID-19, a seleção correta de pacientes que precisam de avaliação em um ambulatório de colposcopia, que não pode ser adiada, é obrigatória e altamente recomendada pelas instituições de referência. Além disso, é importante minimizar as consequências futuras através de medidas públicas por parte de profissionais capacitados e ações governamentais, como a implantação de vacinação em esquema "drive-thru" e "teleconsultas" para possíveis dúvidas e orientações.

À medida que a pandemia continua, grupos de maior risco para desenvolver câncer cervical e pré-cânceres devem ser avaliados com prioridade. Garantir que as mulheres recebam serviços preventivos, incluindo rastreamento de câncer e acompanhamento adequado em um ambiente seguro e em tempo hábil, continua sendo importante.

Torna-se notável que muitos esforços foram e ainda são necessários para o combate ao câncer de colo do útero, incluindo todo entendimento científico, reconhecimento como questão de saúde pública e estruturação das logísticas de prevenção e rastreamento. Ainda assim, esta neoplasia continua sendo um desafio para o Brasil e especialmente para o estado de Pernambuco, necessitando, dessa forma, que as políticas públicas para prevenção do câncer continuem avançando.

6. REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2019.

2. Organização Mundial de Saúde(OMS), Organização Pan-Americana de Saúde(OPAS). “Controle Integral Do Câncer Do Colo Do Útero Guia de Práticas Essenciais,”, Washington, DC, 2016.

3. Carvalho, Mozer, Joel Moreira De Melo Júnior e Kelly Segati. “Prevalência de Lesões Precursoras Para o Câncer Do Colo Do Útero Nas Regiões Do Brasil e Sua Relação Com a Cobertura Do Programa de Rastreamento,” 2014.

4. Damacena, Andressa Moura. Mortalidade por câncer de útero e rastreamento das alterações citológicas cervicais no Piauí. [Dissertação] Rio de Janeiro, julho de 2015

5. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). “Diretrizes Brasileiras Para o Rastreamento Do Câncer Do Colo Do Útero,” 2016.

6. Jones, D., Neal, R.D., Duffy, S.R.G., Scott, S.E., Whitaker, K.L., and Brain, K. (2020). “Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care”. Lancet Oncol. Abril 2020.

7. Harky A, Chiu CM, Yau THL, Lai SHD. “Cancer Patient Care during COVID-19”. Cancer Cell 2020;

8. Ramirez, Pedro T. et al. “COVID-19 global pandemic: options for management of gynecologic cancers". 2020.

9. Ladeia,Diana Neves; M L Costa ,Ana Luiza; C Vieira, Ana Lívia; Schulthais Ramos,Déborah; Lellis Coelho, Jéssica; R O Lima, Leiany; P F Santos, Luiza; M Violante Patrícia; V Bravim Pedro Miguel, Lopes, Adriel Gustavo “Fatores de proteção e ações de prevenção parao câncer de colo de útero: uma revisão integrativa dos últimos 10 anos” Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020.

10. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde “Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996”

11. Sato, Ana Paula Sayuri. "Pandemia e coberturas vacinais: desafios para o retorno às escolas." Revista de Saúde Pública 54, 2020

12. Simoes, Ludmila Pini, and Gerson Zanusso Junior. Vírus HPV e o desenvolvimento de câncer de colo de útero–uma revisão bibliográfica. Revista uningá 56.1, 2019.

13. HOFFMAN, Barbara L. et al. Ginecologia de Williams. Artmed Editora, 2014

14. Borba, Cristini Da Luz Moretti. Acurácia do teste de RNAm HPV comopreditor derecidivade lesões intraepiteliais de alto grau e câncer de colo uterino após conização: revisão sistemática e metanálise. 2018.

15. Rozario, Suelem do et al. Caracterização de mulheres com câncer cervical atendidas no Inca por tipo histológico. Revista de Saúde Pública, v. 53, p. 88, 2019.

16. Byington, Maria Rita Lustosa. A evolução da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil: uma discussão sobre idade, período e coorte. 2015.

17. Calumby, Rodrigo José Nunes et al. Papiloma Vírus Humano (HPV) e neoplasia cervical: importância da vacinação. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 2, p. 1610-1628, 2020.

18. Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais. Washington, DC : OPAS, 2016.

19. Jones, Daniel et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. The Lancet Oncology, v. 21, n. 6, p. 748-750, 2020.

20. Saxena, Sonia; SKIRROW, Helen; BEDFORD, Helen. Routine vaccination during covid-19 pandemic response. 2020.

21. Feletto, Eleonora et al. How has COVID-19 impacted cancer screening? Adaptation of services and the future outlook in Australia. Public health research & practice, v. 30, n. 4, 2020.

22. 22. Del Pilar Estevez-Diz, Maria et al. Management of cervical cancer patients during the COVID-19 pandemic: a challenge for developing countries. ecancermedicalscience, v. 14, 2020.

23. Miller, Maureen J., et al. "Impact of COVID-19 on cervical cancer screening rates among women aged 21–65 years in a large integrated health care system— Southern California, January 1–September 30, 2019, and January 1–September 30, 2020." Morbidity and Mortality Weekly Report 70.4 (2021): 109.

24. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Portaria SES/PE nº 187 de 16 de março de 2021. Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Poder Executivo, Recife, ano XCVIII, n. 52, p. 15, 17 mar. 2021

Capítulo 15

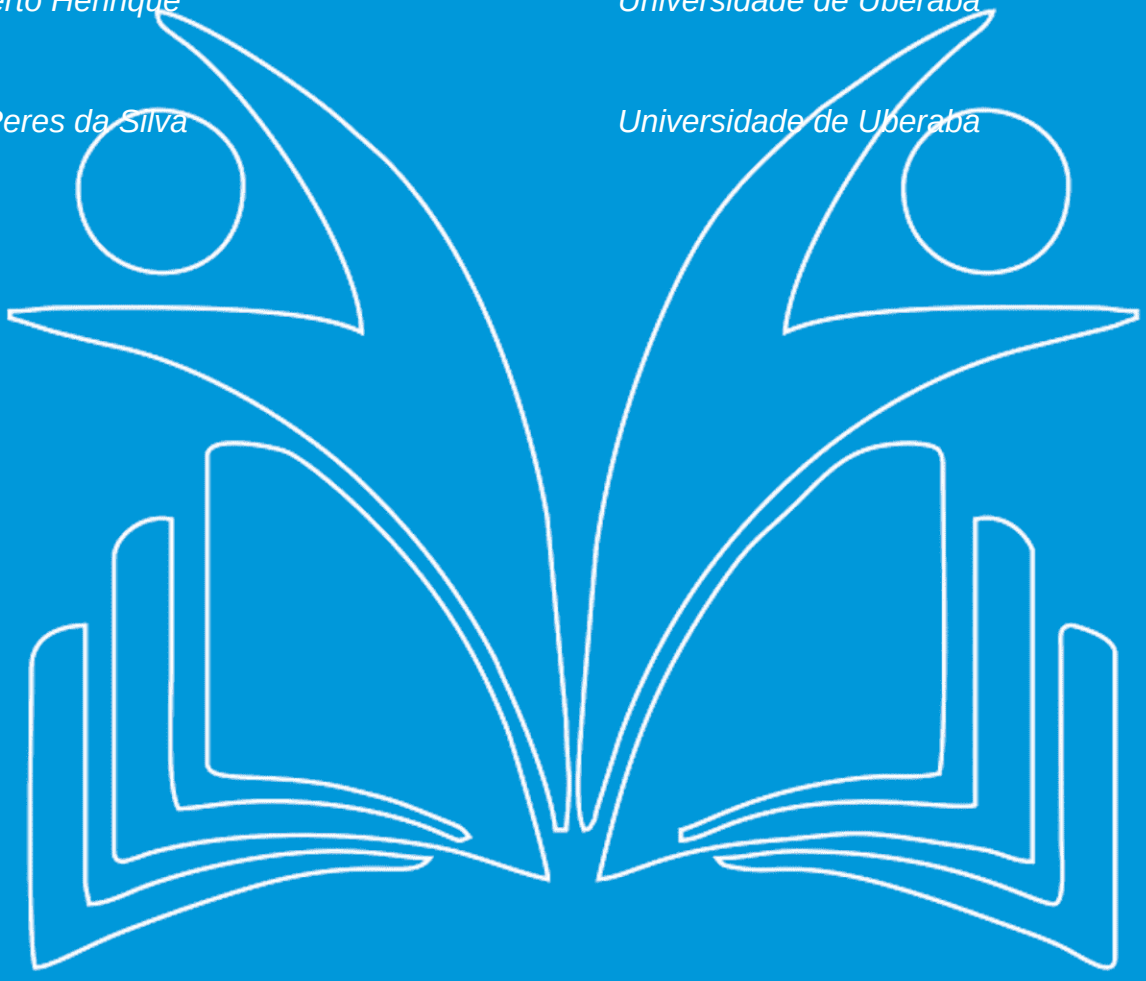
10.37423/230107108

DIABETES MELLITUS PÓS-COVID-19

Mateus Moraes Henrique — *Universidade de Uberaba*

Paulo Roberto Henrique — *Universidade de Uberaba*

Leonardo Peres da Silva — *Universidade de Uberaba*



Resumo: Introdução: Em 2019, novo tipo de infecção viral surgiu na cidade de Wuhan na China, trata-se de uma nova cepa de CoV (2019-nCoV), sendo responsável pela síndrome respiratória aguda grave CoV-2. Essa infecção viral pode apresentar um amplo espectro de manifestações clínicas, que vai desde assintomáticas, até letais e geralmente tende ser mais grave em indivíduos com comorbidades. Atinge diversos órgãos, especialmente pulmões, coração e rim. A gravidade da progressão e os fatores preditores de morte incluem idade avançada, trombocitopenia, hipóxia grave e hiperglicemia. A hiperglicemia também pode ser consequência da própria infecção do SARS-CoV, devido ao descontrole da Enzima conversora de angiotensina (ECA2), que permite a entrada do vírus nas células, provocando danos as ilhotas pancreáticas, com consequente elevação dos níveis de glicose plasmática em jejum e desenvolvimento de diabetes durante a hospitalização. Dentre as comorbidades associadas a COVID-19, a diabetes mellitus (DM) está vinculada a um número maior de indivíduos infectados por esse vírus. **Objetivo** : Realizar uma revisão da literatura, acerca do desenvolvimento de DM pós COVID-19. **Metodologia:** Seleção de artigos disponíveis na base de dados PubMed, Lilacs e Scielo, sobre a associação da COVID-19 e Diabete mellitus (DM), com ênfase ao possível surgimento de DM em decorrência dessa infecção viral. **Resultados e Discussão**: Após análise dos artigos concluiu-se que existe uma forte relação entre a COVID-19 e o surgimento de hiperglicemia nos pacientes curados. **Considerações Finais**: É de suma importância que haja monitoramento quanto à possibilidade do desenvolvimento de Diabetes em indivíduos previamente acometidos pela COVID-19.

Palavras Chave: Covid-19, Diabetes Mellitus.

Área Temática: Atenção primária a Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Em 2019, novo tipo de infecção viral surgiu na cidade de Wuhan na China. Os dados iniciais deste novo vírus não correspondem aos CoVs sequenciados anteriormente, sugerindo uma nova cepa de CoV (2019-nCoV), agora denominada de síndrome respiratória aguda grave CoV-2 (SARS-CoV-2) (DHAMA et al., 2020; LIMA et al., 2021; RAHMAN et., 2021; TORQUATO et al., 2021). O responsável por essa infecção é um vírus envelopado com genoma constituído por RNA simples de fita positiva, conhecido por causar infecções respiratórias em humanos. Na maioria dos indivíduos imunocompetentes, a infecção humana por CoV resulta em uma leve infecção respiratória do trato superior, ou pode apresentar manifestações clínicas graves em indivíduos com comorbidades (REGO et al., 2021). Assim, em indivíduos infectados com SARS-CoV-2 observa-se amplo espectro de manifestações clínicas, que vai desde lesões assintomáticas, até letais (YONEKAWA; SHIMONO, 2022).

Os principais órgãos afetados pelo SARS incluem os pulmões, coração, rim e tecidos gastrointestinais. A lesão tecidual estaria associada a expressão de ECA2 nesses tecidos, sugerindo que, o descontrole dessa enzima possibilite a entrada viral na célula, com consequente danos diretos (SANTOS et al., 2021).

A gravidade da progressão da doença e os fatores preditores de morte incluem idade avançada, trombocitopenia, hipóxia grave e hiperglicemia. Observa-se que da mesma forma que o vírus atinge os outros órgãos, a hiperglicemia observada pode ser consequência da própria infecção do SARS-CoV, provocando danos nas ilhotas pancreáticas, com elevação dos níveis de glicose plasmática em jejum e desenvolvimento de diabetes durante a hospitalização (CRISTELO et al, 2020; LIM et al., 2020; PUIG-DOMINGO et al., 2021; MARINHO et al., 2021). Assim, o propósito desse estudo foi o realizar uma revisão da literatura sobre a associação da COVID-19 e Diabetes mellitus (DM), com ênfase, ao possível surgimento de DM em decorrência dessa infecção viral em pacientes previamente não diabéticos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTRUTURA E PATOGENIA SARS-COV-2

O SARS-CoV-2 é um vírus de RNA de fita positiva que é envolvida por uma camada dupla lipídica que apresenta uma proteína que contém um genoma de RNA de fita simples. Os nucleocapsídeos em CoVs estão dispostos em simetria helicoidal, o que reflete um atributo atípico que acontece em vírus de RNA positivo. As micrografias eletrônicas revelam um contorno esférico divergente com algum grau

de pleomorfismo, diâmetros de virions variando de 60 a 140nm e picos distintos de 9 a 12nm, dando ao vírus a aparência de uma coroa solar (DHAMA et al., 2020; REGO et al., 2021).

O receptor de enzima conversora de angiotensina 2 (RACE2), presente na superfície celular de diversos órgãos, é utilizado pelo SARS-Cov-2 para infectar as células humanas. O SARS-CoV-2 adentra as células humanas quando a glicoproteína S “spike” na superfície do vírus se liga ao RACE2 das células humanas. Após o contágio e a ligação do vírus, a proteína "spike" é clivada por uma protease da célula hospedeira, permitindo o ingresso do vírus na célula e sua replicação. Após a endocitose do complexo viral, a expressão de RACE2 é diminuída (MARINHO et al; 2021; SANTOS et al., 2021; WU et al., 2020; PUIG-DOMINGO et al., 2021; HOFFMANN et al., 2022).

2.2 ASPECTOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE COV-2 (SARS-COV-2)

Um grande espectro de sintomas é notado nesses pacientes, tais como: tosse, febre, cefaleia, mialgia, perda do paladar e sensação táctil, problemas respiratórios e em casos severos, falha da respiração e morte (KONERU et al., 2021). Indivíduos completamente assintomáticos podem apresentar carga viral semelhante aos dos pacientes sintomáticos (RAHMAN et al., 2021). Na espécie humana, a principal via de transmissão do SARS-CoV-2 é mediante a gotículas respiratórias portadoras do vírus (GUPTA et al., 2020). Também, o contato com a pele e objetos contaminados e acúmulo de pessoas em recinto fechado, onde estas estão de 1 a 2 metros de distância pode ajudar a propagar o vírus. Outro possível modo de transmissão é através de matéria fecal infectada, devido a capacidade do vírus sobreviver em amostras de fezes por 4 dias (MURUGAN et al., 2021). Geralmente, os sintomas se desenvolvem em 5-6 dias após a infecção (LIM et al., 2020).

Testes de RNA pode confirmar o diagnóstico do SARS-CoV-2 COVID-19. Casos com RT-PCR em tempo real ou sequenciamento de última geração. Atualmente, técnicas de detecção de ácidos nucléicos, como RT-PCR são considerados um método eficaz para confirmar o diagnóstico de casos clínicos de COVID-19 (DHAMA et al., 2020). Por outro lado, o exame pós mortem desses pacientes mostra pulmões com defeito alveolar difuso, infiltrado inflamatório com membranas hialinas, inflamação do miocárdio, infiltração linfocitária no fígado, macrófagos encrustados no cérebro, micro trombinas nos glomérulos e pancreatite (LIMA et., 2020).

2.3 COVID-19 E DIABETES MELLITUS

2.3.1 EPIDEMIOLOGIA

Dados de outubro de 2022 relatam mais 620 milhões de casos confirmados e mais de 6,5 milhões de mortes associadas a COVID 19 no mundo (WHO, 2022) paralelamente, outras enfermidades acometem a sociedade, como é o caso do Diabetes melito (DM). De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, estima-se que 537 milhões de pessoas no mundo padeçam dessa doença crônica (https://diabetesatlas.org/) . As complicações tradicionalmente associadas a mesma incluem condições macrovasculares, como doença coronariana, acidente vascular cerebral e doença arterial periférica, e condições microvasculares, incluindo doença renal diabética, retinopatia e neuropatia periférica (TOMIC et al., 2022). No Brasil, cerca de 9% da população total apresenta diabetes. A prevalência de hipertensão arterial e obesidade nesses pacientes é de 68,4% e 15,5%, respectivamente (REGO et al., 2021).

No mundo todo, DM é a comorbidade mais frequente entre os indivíduos portadores de COVID-19, com uma prevalência variando entre 7 e 30%, sendo um dos fatores de risco para um curso clínico grave de COVID-19 (LIMA-MARTINEZ et al.,2021). Trinta a quarenta por cento das pessoas hospitalizadas em estado grave com COVID-19 são portadoras de DM tipo 2 ou tipo 1 (GREGG et al.,2021). Assim, uma pandemia que apresenta variantes virais, com alto número de casos, todo cuidado deve ser tomado, especialmente em diabéticos, adaptando as medidas de prevenção necessárias, como controle de glicemia rigoroso e atenção redobrada com a evolução do quadro clínico. Ademais, a população diabética deve ser orientada da necessidade de imunização (LIMA et al., 2021; CZUPRYNIAK et al., 2021; HARTMANN-BOYCE et al., 2021).

2.3.2 FATORES CAUSAIS DA ASSOCIAÇÃO COVID-19 E DM

Ainda não está totalmente esclarecida a razão pela qual pessoas com DM desenvolvem formas mais severas de COVID-19 (*ANGHEBEM et al., 2020).* No entanto, múltiplos fatores são considerados para explicar a associação do COVID-19 com a DM que basicamente inclui, alteração da resposta autoimune, comorbidade coexistente, especialmente hipertensão arterial, hiperglicemia, idade avançada, obesidade e ruptura do sistema renina-angiotensina pela interação vírus-hospedeiro. Em decorrência disso, tem sido observado um pior prognóstico e maior mortalidade dos pacientes portadores de COVID-19 com DM do que entre os pacientes com COVID-19 sem diabetes (YONEKAWA et al., 2022; WU et al., 2020).

Logo, diversos mecanismos estão implicados, ocasionando gravidade acentuada nos pacientes infectados pela COVID-19 em pessoas portadoras de DM. A toxicidade induzida por aumento da glicose, dano endotelial por inflamação, estresse oxidativo e produção de citocinas contribuem para um aumento do risco de complicações tromboembólicas e de danos a órgãos vitais em paciente com DM. Observa-se que esses pacientes apresentam um quadro inflamatório mais grave, aumento dos níveis de neutrófilos, de proteína de reação C de alta sensibilidade, procalcitonina, ferritina, receptor de interleucina (IL) 2, IL-6, IL-8, fator de necrose tumoral alfa, D-dímero, fibrinogênio, desidrogenase láctica e peptídeo natriurético N-terminal pró-cérebro e baixo número de línfocitos (SANTOS et al.,2021). Além disso, medicamentos frequentemente utilizados no atendimento clínico de pacientes com COVID-19, como corticóides sistêmicos ou agentes antivirais contribuem para piora da hiperglicemia (LIM et al.,2020).

O prognóstico de pacientes com DM que se infectam por COVID-19 é bastante variável e dependente das condições dos indivíduos acometidos. Daí, compreender os mecanismos subjacentes a essa associação é necessário para enfrentar essa infecção e propor uma prevenção efetiva através de medidas preventivas eficazes ou medidas terapêuticas eficazes (PISTILO et al.,2021).

3 DISCUSSÃO

É sabido, que a hiperglicemia de estresse e resistência a insulina são características de doença crítica aguda. A gravidade dos pacientes criticamente enfermos é decorrente de uma tempestade de citocinas, e receptores do ECA-2 presentes nas células das ilhotas pancreáticas que estão diretamente envolvidos no aumento dos níveis de glicose sanguínea (YONEKAWA et al.,2022). No caso de pacientes com COVID-19 grave, a hiperglicemia causa glicozilação aberrante dos receptores ECA2, o que promove a ligação do vírus SARS-CoV-2 a eles. Portanto, aumentando a gravidade da doença (MIRZA et al.,2022). Como também, a piora do controle glicêmico pode acontecer durante outras infecções que pode acometer as pessoas, especialmente em casos de “sepse”. Já que a hiperglicemia induzida pela inflamação é um tipo de reação de defesa biológica contra estresse de doenças infecciosas (YONEKAWA et al., 2022). Também, a hiperglicemia, pode estar associada a utilização de corticóides em pacientes com COVID-19 grave. No entanto, ainda não está claro se a hiperglicemia e a resistência a insulina associadas ao COVID-19 são mais graves do que em pacientes não COVID com gravidade semelhante da doença (LANGOUCHE et al., 2021).

Vários estudos relataram recentemente um novo início de DM associada ao COVID-19, que surgiram após a admissão em hospital. Os mecanismos capazes de desencadear tal evento não são conhecidos, mas é provável que vários processos inter-relacionados complexos estejam envolvidos (KHUNTI et al., 2021). Tem sido notado que alguns indivíduos não diabéticos contaminados passaram a apresentar depois da cura da infecção viral, uma hiperglicemia persistente, configurando um quadro de DM. Tal evento pode ser explicado, considerando que SARS-CoV-19 ao se ligar ao ECA2 nas células pancreáticas facilita a entrada do agente agressor nessas células, indo causar disfunção aguda e alterações na glicose sanguínea. (LIM et al., 2020; MARTINEZ-LIMA et al., 2021).

Na mesma linha de raciocínio, o tropismo do SARS-Cov-2 pelas células Betas pode causar comprometimento agudo da secreção de insulina ou destruição dessas células pancreáticas, resultando no desenvolvimento da diabetes. Essa hipótese é apoiada pela observação de uma outra virose, aquela provocada pelo herpes vírus humano . Fato observado em uma região subsaariana, onde esse vírus desenvolveu na população local diabetes tipo 2 propensa a cetose, justificando então, uma possível causa viral para DM. A infecção levaria a destruição das células beta pancreáticas, com consequente diminuição do conteúdo de insulina pancreática e alterações na capacidade do hospedeiro de responder aos testes de tolerância à glicose (APICELLA et al., 2020). No entanto, a hipótese de que a infecção direta de células B por SARS-CoV-2 possa precipitar o surgimento de uma nova diabete, em um paciente não diabético é confundida, pelo fato de que vários estágios chaves da pretensa patogênese, são condições ou eventos raros. A infecção é altamente circunscrita e amplamente não citopática, e apesar de uma alta carga viral nos subgrupos infectados, apenas perturbações celulares e respostas inflamatórias modestas são observadas (VAN DER HEIDE et al., 2022).

Quando a hiperglicemia ocorre provocada por outras infecções, os níveis glicêmicos voltam a normalidade, assim que o quadro infeccioso é debelado. Portanto, é plausível que a COVID-19 cause alterações no metabolismo e homeostasia da glicose favorecendo o início do DM em indivíduos susceptíveis. Contudo, ainda não há evidências robustas para sustentar a possibilidade desse vírus ocasionar DM *(ANGHEBEM et al., 2020)*. Embora o dano ao pâncreas tende a ser transitório para a maioria dos pacientes, em alguns casos, a diabetes permaneceu após 3 anos de acompanhamento (CRISTELO et al., 2022). JOLOBE (2022) afirmou que a possibilidade de desenvolvimento de diabetes como consequência direta da COVID-19 vai depender do dano direto do vírus sobre as células pancreáticas. Como também, do perfil imunológico do paciente e da presença ou ausência de

mimetismo molecular, este último engloba imunidade relativa cruzada contra epítopos compartilhados entre vírus e células Betas do Pâncreas .

Em conjunto, as evidências atuais sugerem que o diabetes é uma faceta da síndrome COVID-19 longa e multifacetada e que as estratégias de cuidados pós-agudos de pessoas com COVID-19 devem incluir a identificação e o gerenciamento da diabetes (XIE et al.,2022).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que a hiperglicemia pode ocorrer em pacientes com COVID-19 não diabéticos e que geralmente desaparecem depois da cura da virose. A explicação mais plausível para a normalização do quadro clínico maioria dos pacientes é que o envolvimento do pâncreas é parcial, não sendo suficiente para causar um dano permanente. Como também, deve existir outros fatores de proteção inerentes ao paciente. Entretanto, em alguns pacientes, o aumento de glicemia circulante permanece alto, indicando desenvolvimento de DM posterior a infecção pelo COVID-19. Contudo, a razão pela qual está hiperglicemia persiste, ainda não foi esclarecida. Sendo assim, recomenda-se monitoramento dos pacientes pós COVID 19 quanto a possibilidade do desenvolvimento de Diabetes Mellitus.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anghebem M. I; Rego F. G. M. COVID-19 e Diabetes: a relação entre duas pandemias distintas. Revista RBAC agosto 2020

Apicella M; Campopiano M.C; Mantuano M et al. COVID-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes. www.thelancet.com/diabetes-endocrinology Vol 8 September 2020.

Cristelo C; Azevedo C; Marques J.M et al. SARS-CoV-2 and diabetes: New challenges for the disease. Diabetes Res Clin Pract. 2020 Jun; 164: 108228

Czupryniak L; Dicker D; Lehmann R. The management of type 2 diabetes before, during and after Covid-19 infection: what is the evidence? Cardiovasc Diabetol (2021) 20:198

Dhama K Khan S Tiwari R et al. Coronavirus Disease 2019–COVID-19 Clin Microbiol Rev. 2020 Oct; 33(4): e00028-20.

Gregg E. W; Sophiea M.K; Weldegiorgis M. Diabetes and COVID-19: Population Impact 18 Months Into the Pandemic. Diabetes Care 2021;44: 1916–1923 | https://doi.org/10.2337/dci21-0001

Gupta R; Ghosh A; Singh A. K et al. Clinical considerations for patients with diabetes in times of COVID-19 epidemic. Elsevier Volume 14, Issue 3, May–June 2020, Pages 211-212

Hartmann-Boyce J; Morris E; Goyder C et al. Diabetes and COVID-19: Risks, Management, and Learnings From Other National Disasters. Diabetes Care Volume 43, August 2020

Hoffmann M; Kleine-Weber H Schroeder S et al. ARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. Elsevier Public Health Emergency Collection. Cell. 2020 Apr 16; 181(2): 271–280.e8.PMC7102627

.Jolobe O.M.P. Post-COVID-19 diabetes in the context of long COVID American Journal of Emergency Medicine. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.07.015 July 2022

Khunti K; Del Prato; S Mathieu C. COVID-19, Hyperglycemia, and New-Onset Diabetes Diabetes Care. 2021 Dec; 44(12): 2645–2655.

Koneru G , Sayed H.H Abd-elhamed N. A et al. COVID-19 and Diabetes Mellitus: A Complex Interplay. J Pure Appl Microbiol | 15(2):512-523 | June 2021,

Langouche, L., Van den Berghe, G. & Gunst, J. Hyperglycemia and insulin resistance in COVID-19 versus non-COVID critical illness: Are they really different?. Crit Care 25, 437 (2021). https://doi.org/10.1186/s13054-021-03861-6

Lim S; Bae J. H; Kwon H-S et al. COVID-19 and diabetes mellitus: from pathophysiology to clinical management Nature Reviews | Endocrinology nov.2020.

Lima B.S; Frota M.C. M; Ramos S.P. et al. Diabetes mellitus e sua relação com a COVID-19: um panorama atual proveniente de uma revisão sistemática. Research, Society and Development, v. 10, n. 15, e384101522598, 2021

Lima-Martínez M.M; Boada C. C. M.D; Madera-Silva et al. COVID-19 and diabetes: A bidirectional relationship. Copyright © 2022 Elsevier, Vol. 33. Issue 3.pages 151-157 (May - June 2021)

Marinho F. P; Loyola I.S; Monteiro I.O.F. Inter-relação entre COVID-19 e diabetes mellitus: uma revisão sistemática. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, e4810212191, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12191

Mirza S.A; Sheikh A.A.E; Barbera M et al. OVID-19 and the Endocrine System: A Review of the Current Information and Misinformation. Infect Dis Rep. 2022 Apr; 14(2): 184–197.Published online 2022 Mar 11. doi: 10.3390/idr14020023

Pititto B. A ; Ferreira S.R.G. Diabetes and covid-19: more than the sum of two morbidities. Rev Saude Publica. 2020;54:54. http://www.rsp.fsp.usp.br/

Puig-Domingo, M; Marazuela M; Yildiz, B. O. et al. COVID-19 and endocrine and metabolic diseases. An updated statement from the European Society of Endocrinology. Endocrine. 2021; 72(2): 301–316. 2021 May 8. doi: 10.1007/s12020-021-02734-w

Rego F.G.M; Picheth G.F; Santos-Weiss I.C.R; et al. A epidemia do Diabetes mellitus encontra a pandemia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Brazilian Journal of H S ealth Review. Curitiba, v.4, n.3, p. 10886-10920 may./jun. 2021

Santos A; Magro D.O; Evangelista Poderoso R. et al. Diabetes, obesity, and insulin resistance in COVID-19: molecular interrelationship and therapeutic implications. Diabetol Metab Syndr (2021) 13:23 https://doi.org/10.1186/s13098-021-00639-2

Tomic D: J.E; Magliano D.J. he burden and risks of emerging complications of diabetes mellitus. Nat Rev Endocrinol. 2022 Jun 6 : 1–15.doi: 10.1038/s41574-022-00690-7.

Torquato M. T. C. G; De Santis G. C; Zanett M. L. Diabetes e Covid-19: o que aprendemos com as duas pandemias em curso. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2021;29:e3285 DOI: 10.1590/1518-8345.0000.3285

V; Jangra S; Cohen P et al. Limited extent and consequences of pancreatic SARS-CoV-2 infection. Cell Rep. 2022 Mar 15; 38(11): 110508.

Published online 2022 Feb 21. doi: 10.1016/j.celrep.2022.110508

Yonekawa A. and Shimono N. Clinical Significance of COVID-19 and Diabetes: In the Pandemic Situation of SARS-CoV-2 Variants including Omicron (B.1.1.529). Biology 2022, 11, 400. https://doi.org/10.3390/biology11030400

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION, disponível em: https://covid19.who.int/, 2022.

Wu Z H; Tang Y; Cheng Q. Diabetes increases the mortality of patients with COVID 19: a meta analysis Acta Diabetologica https://doi.org/10.1007/s00592-020-01546-0. 6 May 2020.

Xie Y, Al-Aly Z. Risks and burdens of incident diabetes in long COVID: a cohort study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022 May;10(5):311-321. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00044-4. Epub 2022 Mar 21. PMID: 35325624; PMCID: PMC8937253.

Capítulo 16

10.37423/230107110

A PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE A PANDEMIA COVID-19: UMA REVISÃO NARRATIVA.

Isadora Albertini Mendonça

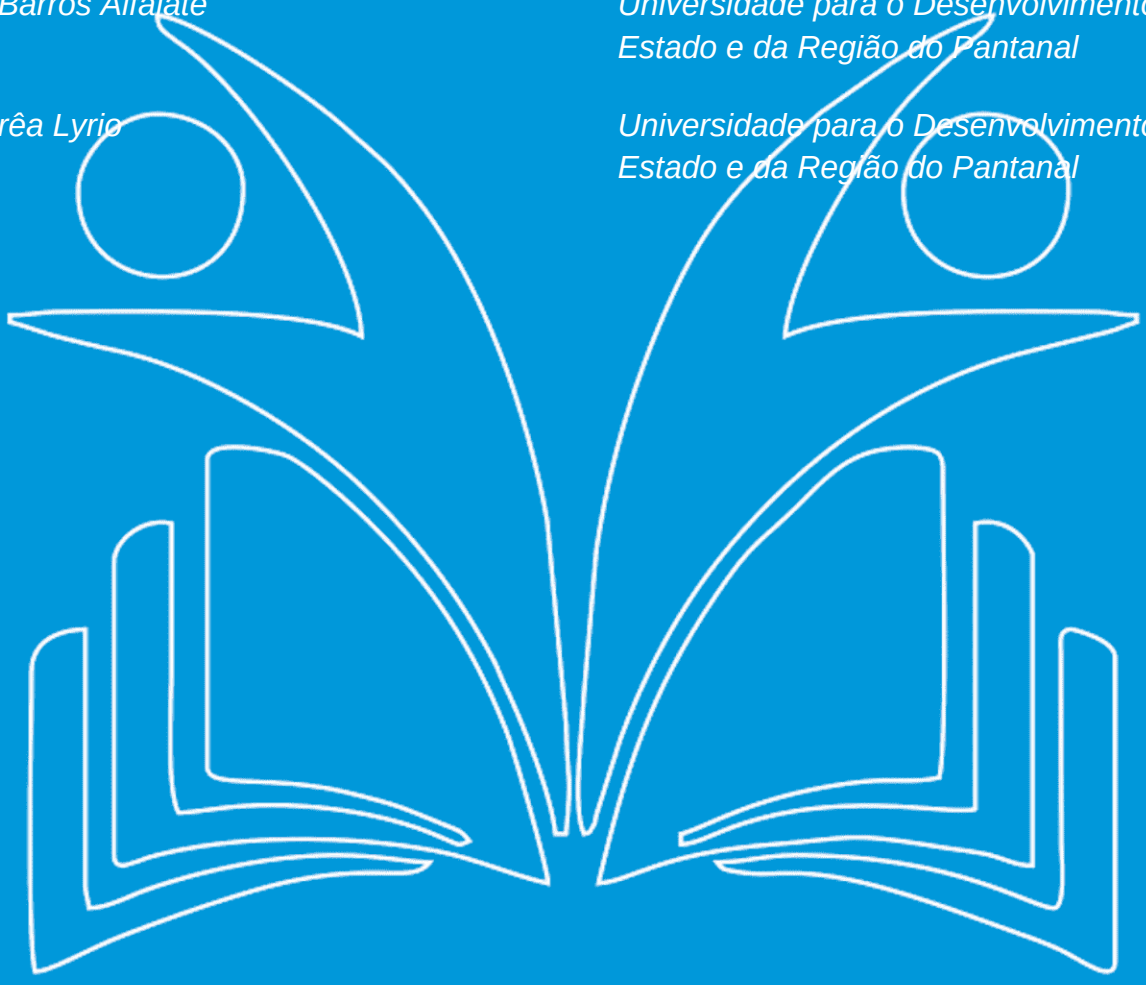
Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Emanuelle Barros Alfaiate

Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Beatriz Corrêa Lyrio

Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal



INTRODUÇÃO:

A saúde coletiva enfrenta repercussões pela infecção do Covid-19. Ha uma mobilização entre os sistemas de saúde do mundo, inclusive do Sistema Único de Saúde (SUS), a efetivarem os Cuidados Paliativos (CP) em tempos de Pandemia1 com a utilização de novas ferramentas, como a telemedicina.[2'3] Com a dualidade cura e tratamento, distanciamento social e impactos psicológicos, equipamentos de proteção e contato humano, torna-se necessária uma abordagem que visa o alivio do sofrimento e a promoção da dignidade, melhor qualidade de vida e adaptação a doenças progressivas.[4]

OBJETIVOS:

Relacionar os cuidados paliativos no contexto da pandemia por Covid-19. Avaliar as mudanças dos cuidados paliativos diante do isolamento e reconhecer a importância dos mesmos nos pacientes infectados pelo Covid-19.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura de caráter descritivo e bibliográfico. As bases de dados consultadas foram: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine(PUBMED). Foram incluídas pesquisas a partir de 2019 escritas em inglês, português e espanhol. Utilizou-se os seguintes descritores: cuidados paliativos, Covid-19, Sars-Cov-2, cuidado integral na pandemia.

DISCUSSÃO:

A pandemia por Covid-19 trouxe uma escassez importante na área de saúde, visto que os recursos materiais, equipamentos e humanos são limitados, bem como o acesso aos leitos de UTIs[5]. Ha um racionamento dos serviços disponíveis considerando priorização aos indivíduos com maior sobrevida. Aqueles que não recebem os recursos precisam de um cuidado integral respeitando o princípio de não maleficência.[6] Isso demonstra a importância do CP para esses pacientes, sendo necessário informar a situação de escassez, os possíveis riscos e estratégias de tratamento propondo o cuidado integral.[7]

O profissional deve fazer o controle dos sintomas com o tratamento farmacológico associado a monitorização constante e reorientação do doente.[8] Para que o cuidado seja de qualidade deve-se promover métodos que visam a minimização do impacto da doença e do isolamento que podem

causar déficits psicológicos nos pacientes As visitas virtuais para os pacientes conscientes devem ser estimuladas para que o contato com parentes amenize o sofrimento juntamente com um boletim médico estruturado demonstrando transparência com todas as informações.[9] Dessa forma, fez-se necessária uma readaptação dos rituais de despedida, isso se apresenta como um dilema visto que se opõe ao entendimento de dignificação da morte mas que deve respeitar os protocolos propostosnpela saúde pública.[8] O processo de cuidado durante a morte deve propor um controle físico, psicológico, social e espiritual para os pacientes com Covid-19 considerando uma possível sedação paliativa e a comunicação virtual com familiares promovendo um cuidado qualificado e digno para o paciente.1[0]

CONCLUSÃO:

Os desafios advindos da pandemia superam o eixo Saúde-Doença e alcançam os preceitos do tratamento humanizado, onde a oferta do CP deve driblar o distanciamento social. A readaptação do tratamento humanizado se torna um ponto chave na conduta médico-paciente, uma vez que novas ferramentas possam prover conforto e dignidade aos pacientes e seus entes.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, COVID-19, Cuidado integral.

REFERÊNCIAS

(1) Organização Mundial de Saúde. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. Geneva: WHO 2020.

(2) Cordioli E. Telemedicina nas especialidades: da teoria a pratica. CONASS (Brasilia) 1.ed. 2021.

(3) De Souza Frossard AG, Aguiar AB. Covid-19 e os modos de interação na assistência paliativa. ZEPPELINI (Sao Paulo) 2020

(4) Tritany EF, de Souza Filho BA, de Mendonca PEX. Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. Interface (Botucatu). 2021; 25: e e200397.

(5) Neto PKS, Pessalacia JDR, Costa EF, Basto PRHO, Mata LRF, Pinto S. Bioética e a alocação de recursos nos cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19: Percepção dos profissionais de saúde. Rev de Enf do CO Mineiro 2020;10:e4167: 1-12.

(6). Fadul N, Elsayem AF, Bruera E. Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. BMJ Supportive & Palliative Care 11 June 2020. 11:40‑44

(7). Peate I. COVID-19 and palliative care. Br J Nurs. 2020 Apr 23;29(8):455.

(8). Rocha C. Oliveira HM. Cuidados Paliativos na Pandemia COVID-19. Rev. Medicina Interna. 8 de Maio de 2020. ‑ DOI: 10.24950/rspmi/ COVID19/C.Rocha/

H.M.Oliveira/ULSM/S/2020

(9). Forte DN. Cuidados Paliativos na UTI- COVID: Integração e uma necessidade. Coleção COVID-19.- Jan 2021. Vol 5 179-19

(10). Fernandez, R, Grove, Ximena. Chile: Country of disaster, palliative care and COVID-19: experience in unidad de alivio del dolor y cuidados paliativos Hospital del Salvador, Santiago de Chile. Rev. El Dolor - No 71. Jul 2019. 71 30-34

Capítulo 17

10.37423/230107111

PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO, CAPACITAÇÃO E USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO NASF NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ, SC

Andressa Anschau

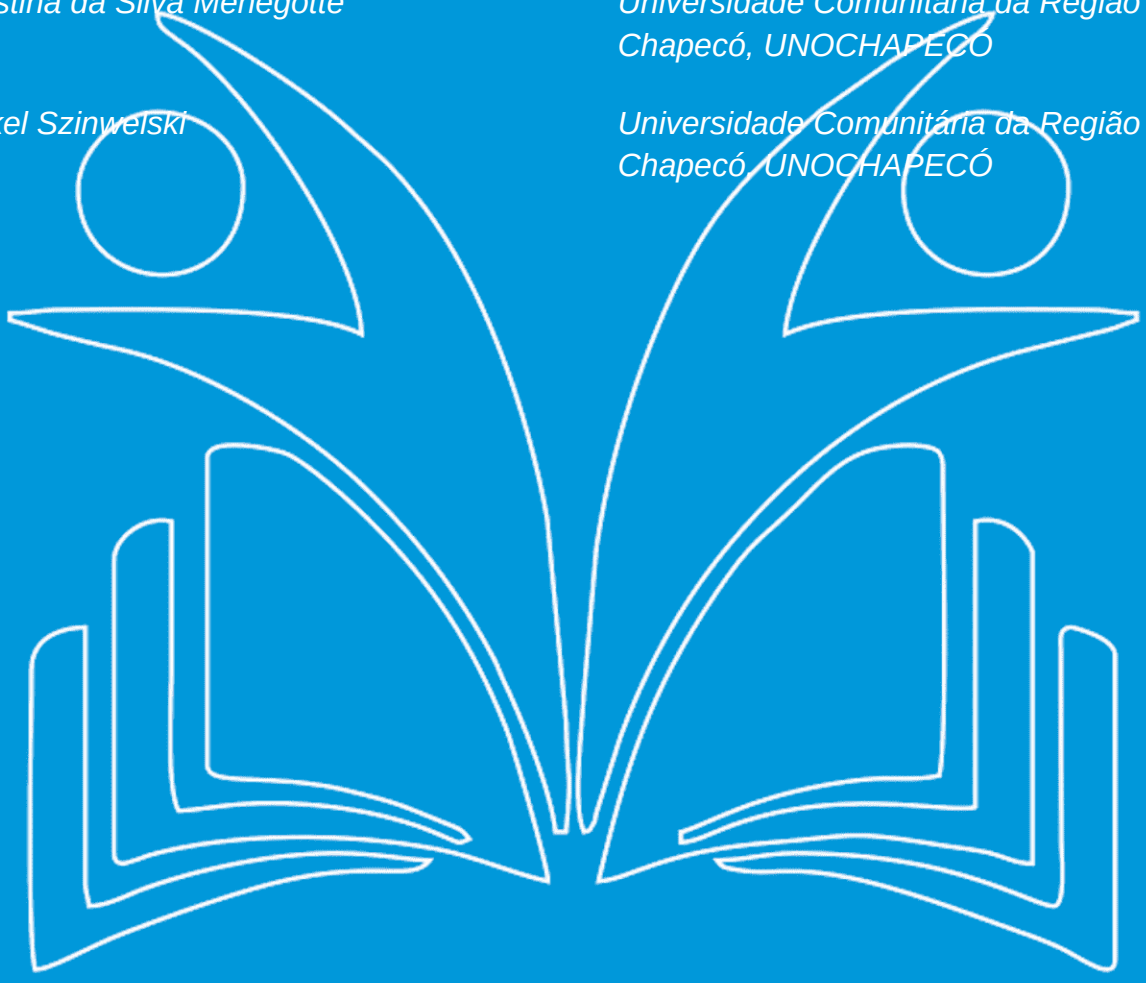
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, UNOCHAPECÓ

Patricia Cristina da Silva Menegotte

Universidade Comunitária da Região de Chapecó, UNOCHAPECÓ

Nádia Kunkel Szinwelski

Universidade Comunitária da Região de Chapecó, UNOCHAPECÓ



Resumo: Introdução: As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) representam um conjunto terapêutico que buscam estimular mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde. Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) ampliam as ações da atenção básica e podem fomentar as práticas integrativas que demandam de equipes com conhecimentos em áreas multidisciplinares. Objetivo: Retratar a atuação, capacitação e uso das PIC pelos profissionais do NASF no município de Chapecó, SC. Metodologia: A coleta de dados se deu através da aplicação de questionário com 9 perguntas. O questionário foi aplicado pessoalmente no mês de outubro de 2019 em uma reunião da equipe do NASF realizada na Secretaria de Saúde de Chapecó. Resultados: 50% dos profissionais relatam ter formação em alguma PICs, destes, 85% as aplicam e fazem uso das mesmas em média há 3 anos. A Auriculoterapia é PIC mais aplicada. Considerações finais: Mesmo com a Política Nacional aprovada desde 2006, a utilização das PIC e a formação dos profissionais do NASF no município estudado ainda é modesta. A capacitação e uso das PIC pelos profissionais do NASF é uma abordagem alternativa e deve ser incentivado no SUS.

Palavras-chave: Terapias complementares. Atenção básica. Profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

O debate sobre as Práticas Integrativas e Complementares ganhou forças no Brasil especialmente após a Oitava Conferência Nacional de Saúde, espaço esse em que foram assentadas e ouvidas as necessidades do povo em relação à saúde do país que, de certa forma, necessitava de uma melhoria, qualificação e criação de uma nova cultura de saúde, a fim de argumentar o modelo predominante que excluía outras formas de ofertar o cuidado e bem-estar.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as PIC representam um conjunto de sistemas, recursos terapêuticos e abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. O seu crescimento ocorreu por meio da elaboração de um documento normativo em 2002, no qual constava a regulamentação de tais práticas nos serviços de saúde, tanto quanto a ampliação do acesso, do uso racional, da avaliação e da segurança de tais técnicas (BRASIL,2018).

Neste cenário, em 2006, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 971/2006, publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de garantir a integralidade nos serviços de saúde. A partir de então, a oferta e o estímulo ao uso das PIC, como a fitoterapia, a homeopatia, a acupuntura, termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica foi legitimada no SUS, ampliando a utilização dessas práticas (BRASIL,2006).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde ampliou os procedimentos oferecidos pela PNPIC no SUS, são eles: automassagem, auriculoterapia, massoterapia, arteterapia, ayurveda, dança circular/biodança, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento

osteopático, tratamento quiroprático, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição das mãos, ozonioterapia e terapia de florais (BRASIL,2018).

Depois da adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção para a reorganização e fortalecimento de Atenção Básica em saúde no Brasil, as ações do SUS nesse nível de atenção, têm buscado o fortalecimento das intervenções multiprofissionais voltadas para a promoção da saúde. Diante delas, dentre outras ações, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma espécie de retaguarda que apoia as equipes de Saúde da Família com o intuito de ampliar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica da Família (BRASIL,2008). A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), propõe que essas equipes multiprofissionais passem a complementar não só equipes de Saúde

da Família, mas também equipes de Atenção Básica "tradicionais". Por isso, o nome foi alterado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (BRASIL, 2017).

Os NASFs foram instituídos com o objetivo de "ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização". Com esse objetivo, viabilizado pela ampliação das categorias profissionais na rede pública, o NASF vem fomentar, entre outras áreas, as ações e práticas que demandam de uma equipe multidisciplinar nas diversas áreas de conhecimento (BRASIL,2014).

Sabendo que as PIC podem ser um recurso importante na promoção da saúde, o objetivo desse artigo é apresentar um retrato da atuação, capacitação e uso dessas práticas pelos profissionais de saúde do NASF do município de Chapecó, SC.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizado a metodologia quantitativa com abordagem descritiva.

> Caracteriza-se o método quantitativo pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc. (BOAVENTURA, 2004, pg.56).

A população do estudo foi composta pelos 30 profissionais de saúde que atuam nos 5 NASFs do município de Chapecó/SC e pela coordenadora do mesmo.

A coleta de dados se deu através da aplicação de questionário com 9 perguntas. O questionário foi aplicado pessoalmente no mês de outubro de 2019 em uma reunião da equipe do NASF realizada na Secretaria de Saúde de Chapecó. Fizeram parte do estudo todos os profissionais presentes na reunião que aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo estes 25 profissionais das mais variadas profissões: nutricionista, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social e a coordenadora do serviço, enfermeira, totalizando uma amostra de 26 profissionais.

Os profissionais que não estiveram presentes na reunião não fizeram parte do presente estudo. Para a análise, os dados foram tabulados primeiramente no software Excel e em seguida houve a exportação para tabelas no Word.

O estudo seguiu todas as normativas éticas recomendadas, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) sob o número 3.691.839.

RESULTADOS

As áreas de atuação e tempo de serviço dos profissionais participantes da pesquisa estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Área de atuação e tempo de serviço dos profissionais de saúde do NASF de Chapecó/SC, outubro, 2019.

Atuação	Quantidade	Tempo de serviço (anos)	%
Assistente Social	03	4 I———I 8	11,5
Educação Física	05	0,34 I——I 8	19,2
Enfermagem	01	16	3,8
Farmácia	03	7 I———I 8	11,5
Fisioterapia	04	0,17 I—I 0,34	15,4
Nutrição	04	1 I———I 7	15,4
Psicologia	03	3 I———I 8	11,5
Total	**23**	-	**100**

Fonte: Dados primários coletados pela pesquisadora

Dos 26 participantes da pesquisa, três não indicaram a área de atuação, portanto não foi possível representá-los na tabela 1.

Quando questionados sobre conhecerem a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), dois profissionais responderam não conhecer a política.

Em relação à formação, 50% dos profissionais de saúde atuantes no NASF do município têm formação ou aperfeiçoamento em alguma PIC.

Tabela 2. Formação em Práticas Integrativas e Complementares e o tempo de serviço dos profissionais de saúde do NASF, Chapecó/SC, outubro, 2019.

Formação	Quantidade	Tempo de serviço (anos)	%
Sim	13	0,34 I——I 16	50
Não	13	0,05 I——I 8	50
Total	**26**		**100**

Fonte: Dados primários coletados pela pesquisadora

Quanto à aplicação das PIC, dos 13 profissionais que possuem alguma capacitação em PIC, 11 afirmaram que aplicam, isto é, utilizam as práticas integrativas em sua rotina de trabalho no NASF. Estes respondentes descreveram que fazem uso das PICs em média há 3 anos.

A fim de conhecer a formação entre os profissionais do NASF, a tabela 3 traz os dados de quais e quantos profissionais têm as respectivas formações em PIC.

Tabela 3. As formações em Práticas Integrativas e Complementares dos Profissionais de saúde do NASF, Chapecó/SC, outubro,2019.

PIC	Quantidade	%
Auriculoterapia	11	64,7
Reiki	2	11,8
Aromaterapia	1	5,9
Osteopatia	1	5,9
Shantala	1	5,9
Terapia Comunitária Integrativa	1	5,9
Total	**17**	**100**

Fonte: Dados primários coletados pela pesquisadora

Os profissionais de saúde pesquisados indicaram todas as práticas complementares e integrativas que possuem formação, por isso o "n" da tabela 3 ser maior que a tabela 2. A resposta de um profissional não pôde ser considerada, pois descrevia "terapias naturais", o que gera múltiplas interpretações.

Os profissionais do NASF quando questionados quanto ao interesse de formação em práticas integrativas e complementares resultaram na descrição da tabela 4.

Tabela 4. As Práticas Integrativas e Complementares que os profissionais de saúde do NASF possuem interesse de formação em Chapecó/SC, outubro, 2019.

PIC	Interessados	%
Acupuntura	5	12,8
Auriculoterapia	5	12,8
Fitoterapia	4	10,3
Arteterapia	3	7,7
Yoga	3	7,7
Meditação	3	7,7
Aromaterapia	2	5,1
Biodança	2	5,1
Bioenergética	2	5,1
Terapia de Florais	2	5,1
Osteopatia	2	5,1

Fonte: Dados primários coletados pela pesquisadora

Os participantes tinham a opção de indicar mais de uma PIC de interesse. Assim, conseguiu-se observar todos os interesses de capacitação em alguma PIC pelos profissionais de saúde do NASF de Chapecó.

DISCUSSÕES

A equipe do NASF é composta por uma equipe multiprofissional de diferentes profissões e especialidades, sendo que estes integrantes dependem da análise da situação demográfica, social e de saúde da cidade ou município, bem como o seu porte e a rede existente ou de referência em municípios maiores na sua região de saúde, terá implicações importantes na escolha dos profissionais que integrarão o NASF, tanto quanto no modo de organizar o trabalho deles e na frequência das ações que são ofertadas aos munícipes (BRASIL,2014).

Neste estudo, nota-se que o tempo de atuação não interfere no fato do profissional ter ou não formação para aplicação de PIC. Os profissionais com menor tempo de serviço e que possuem formação em PIC, podem já ter iniciado suas atividades no NASF com alguma capacitação prévia. Bem como, percebe-se que há profissionais que não possuem nenhuma formação e estão há bastante tempo atuando no setor.

Ao incorporar as práticas integrativas e complementares nos municípios, entende-se que a PNPIC colabora para a implementação do SUS se correlacionando com os seus princípios fundamentais: “universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social”(BRASIL, 2006).

A educação permanente na saúde fortalece e incentiva a formação específica em alguma PIC, tal como, oportuniza a integração entre equipes e consequentemente melhora o relacionamento com usuários, permitindo a integralidade do cuidado e um trabalho mais efetivo (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). A formação profissional é uma lacuna importante para o sucesso da manutenção das terapias complementares, bem como a segurança e credibilidade na aplicação destas por parte dos profissionais (RUELA et al, 2019).

Com a expansão mundial de medicinas e práticas complementares e alternativas e a necessidade de garantir a segurança dos pacientes, qualidade e eficácia, a discussão sobre a formação para o exercício profissional nesta área tem ganhado relevância.

Apesar das PIC poderem ser ofertadas no SUS em todos os âmbitos da atenção à saúde, a PNPIC estimula que essas práticas sejam implantadas prioritariamente na Atenção Básica. O NASF, como parte integrante dela, pode ser um importante meio promotor do uso das PIC no sistema de saúde, já que oportuniza o trabalho em conjunto e interdisciplinar, possibilitando a troca de experiências e a construção do conhecimento.

Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, existem um total de 29 PICS. Neste estudo, os entrevistados relataram formação em 6 tipos distintos de PIC. A prática que aparece com maior número de capacitações é a auriculoterapia, apresentando 64,5%, seguida das demais: reiki, aromaterapia, osteopatia, shantala e terapia comunitária integrativa, respectivamente.

A auriculoterapia faz parte de um conjunto de técnicas terapêuticas baseadas nos preceitos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Acredita-se que tenha sido desenvolvida juntamente com a acupuntura sistêmica que, atualmente, é uma das práticas orientais mais populares em diversos países e tem sido amplamente utilizada na assistência à saúde, nos aspectos preventivos e curativos (PRADO et al., 2012).

A auriculoterapia, juntamente com a acupuntura, também aparece como a PIC de maior interesse de capacitação futura pelos profissionais. A prática possui vários benefícios para a saúde dos indivíduos, destacando o alívio dos sintomas do estresse e da ansiedade, a partir de um cuidado holístico e integrador. Ademais, consiste em um método rápido, simples, seguro e pouco invasivo (MOURA, 2015). Além da acupuntura e auriculoterapia, a fitoterapia e a arteterapia aparecem como as práticas que despertaram mais interesse entre os entrevistados.

A acupuntura é caracterizada pela aplicação de agulhas bem finas em pontos específicos do corpo, com o intuito de melhorar a imunidade e tratar problemas emocionais. O objetivo da acupuntura é estabelecer o equilíbrio do corpo, facilitando a circulação de energia, desencadeando efeitos analgésicos e anti-inflamatórios (PEREIRA,2005). Já a fitoterapia e arteterapia têm por objetivo a utilização de plantas para o tratamento de doenças e estimular o crescimento interior, ampliando a consciência do indivíduo sobre si e sobre sua existência e o desenvolvimento da personalidade.

Ainda que em fase inicial e em número reduzido, o uso das PICs no SUS vem indicando um modelo integral e promissor no cuidado ao ser humano e que a transformação nas práticas em saúde requer o comprometimento de todos os papéis envolvidos no sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa trouxe uma breve análise, em evidências quantitativas, de como está a atuação, capacitação e uso das PIC pelos profissionais de saúde do NASF do município de Chapecó, SC. Percebe-se que, mesmo com a PNPIC aprovada desde 2006, a utilização das PIC e a formação dos profissionais do NASF no município estudado ainda é modesta. Sabe-se do desafio de se compreender, quebrar tabus e construir práticas profissionais diferentes e eficazes.

Estudos como estes podem ser evidências para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde planejar investimentos futuros em capacitação e incentivo de uso e manutenção das PIC pelos profissionais da Atenção Básica, incluindo os atuantes nos NASFs.

O aperfeiçoamento profissional, principalmente para os trabalhadores da Atenção Básica, corresponde uma ferramenta fundamental para o sucesso da implantação, do acesso e do uso das PIC no SUS.

REFERÊNCIAS

BOAVENTURA, Edivaldo M. Metodologia da Pesquisa: monografia, dissertação, tese. 1.ed. São Paulo: Atlas,2004. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. 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).

Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2018. 96 p.

MOURA, Caroline de Castro et al. Auriculoterapia - efeito sobre a ansiedade. Revista Cubana de Enfermería, [S.l.], v. 30, n. 2, mar. 2015. ISSN 1561-2961.

PRADO, Juliana Miyuki do; KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato; SILVA, Maria Júlia Paes. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, Out. 2012.

PEREIRA, Francisco Antônio de Oliveira. Evidências científicas da ação da acupuntura. Perspectivas. 2005;4(7):88-105.

RUELA, Ludmila de Oliveira et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 24(11):4239-4250, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde Debate | Rio De Janeiro, V. 42, Número Especial 1, P. 174-188, 2018.

Capítulo 18

10.37423/230107117

UM ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: A IMPORTÂNCIA DA LIBRAS PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE SAÚDE AO CLIENTE SURDO.

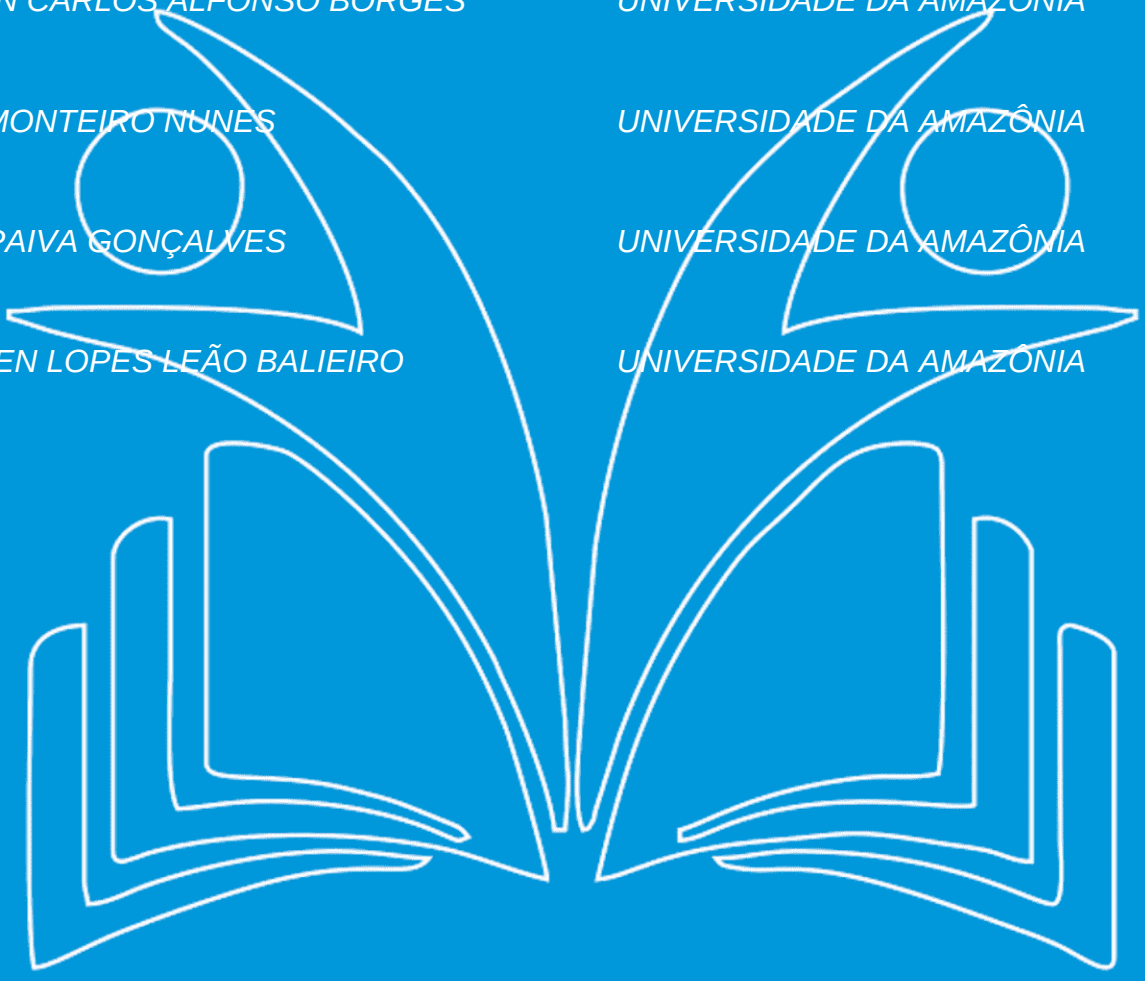
ROGERIO SARMENTO FERNANDES — *UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA*

ANDERSON CARLOS ALFONSO BORGES — *UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA*

DANIELE MONTEIRO NUNES — *UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA*

MAYKON PAIVA GONÇALVES — *UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA*

ÍRIS DARLEN LOPES LEÃO BALIEIRO — *UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA*



Resumo:

Introdução: Este estudo trata sobre os possíveis obstáculos que os profissionais de enfermagem enfrentam no atendimento de saúde a pessoa surda, e a busca de uma melhor assistência entre os profissionais de enfermagem para com este público específico. Pois apesar de existir legislação específica que trata do assunto, ainda existem barreiras que contribuem para que esse atendimento seja deficitário. **Objetivo:** Analisar através da revisão de literatura apontamentos que influenciam no atendimento a pessoa surda pelo profissional de enfermagem. **Metodologia:** Para desenvolvimento deste estudo foi realizado uma pesquisa bibliográfica exploratória, na base de dados de expressivo conhecimento em saúde: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Google Acadêmico, foram publicações disponíveis no período de 2014 a 2021. **Resultados:** A comunicação é a principal barreira dentre os vários obstáculos existentes entre o profissional de saúde e a pessoa surda, a qual pode colocar em risco o atendimento prestado nos serviços básicos de saúde. Diante esse cenário, ressalta-se a importância da qualificação em LIBRAS do profissional de enfermagem, tornando assistência um processo dinâmico que possibilita não só uma comunicação alternativa, mas propicia a aquisição de novos conhecimentos e conceitos no atendimento de enfermagem tornando determinantes para a qualidade de vida da pessoa surda. **Conclusão:** Conclui-se após análise de 17 trabalhos científicos desenvolvidos de 2014 a 2021, que o profissional de enfermagem com sua formação em LIBRAS, deve contribuir e se esforçar para garantir que a pessoa surda tenha inserido em seus direitos garantidos por lei, um atendimento adequado e seguro em unidades de saúde. Garantindo primeiramente a sua inclusão efetiva e consequentemente a igualdade de direitos de acordo com o que está preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras chaves: Profissionais da Enfermagem. Pessoa Surda. LIBRAS, Atendimento.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) a surdez pode levar o ser humano a uma sobrecarga tanto social como econômica se estendendo a famílias e sociedade. Esse fato ocorre com mais frequência em famílias de classes mais carentes que não possuem condições de pagar por cuidados preventivos de rotina necessários para evitar a perda auditiva.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, levantou que as pessoas com algum tipo de deficiência já são mais de 45,5 milhões de brasileiros e destes, 21,3% são pessoas com deficiência auditiva. Esses dados mostram um crescimento nesta última década, cerca de 11 milhões de pessoas com deficiência na população brasileira. Um outro censo de 2010 realizado pelo próprio IBGE, aponta que 9,7 milhões de pessoas têm deficiência auditiva. Desses, 2.174, 366 milhões apresentam deficiência auditiva severa, situação em que há uma perda entre 70 e 90 decibéis (DB).

A OMS aponta que 10% da população mundial tem alguma perda auditiva, e boa parte dessas pessoas teve a audição danificada por exposição excessiva a sons. Fones de ouvido com volume elevado podem degenerar a audição (Crevilare 2017). A surdez é caracterizada pela perda ou diminuição da percepção normal dos sons. De acordo com os aspectos que interferem na aquisição da linguagem e da fala, o déficit auditivo pode ser definido como perda média em decibéis, na zona conversacional (frequência de 500 – 1000 – 2000 hertz) para o melhor ouvido (BRASIL, 2005).

No decreto nº 5.626 de 2005, classifica a deficiência auditiva como “a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta em uns decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências 500 Hz; 1.000 Hz; 2.000 Hz; 3.000 Hz”, e uma pessoa surda como “aquela que, por ter perdido a audição, consegue compreender e interagir com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando cultura própria principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais” (BRASIL, 2005, p.01).

O tema proposto foi motivado depois que os autores tiveram contato com a LIBRAS através de cursos de extensão desenvolvidos pela Universidade da Amazônia (UNAMA), porém de caráter optativo, e posteriormente contato com pessoas surdas e interpretes de LIBRAS. Após relatos de surdos sobre a procura por atendimento de saúde e dificuldades enfrentadas na comunicação com profissionais da área em especial enfermeiros e técnicos em enfermagem, apesar de existir legislação específica que trata do assunto, identificamos a necessidade de protagonizar este estudo, para analisar com mais clareza esses obstáculos existentes no atendimento a pessoa surda.

Acreditamos que este estudo é de grande relevância para a área da saúde em especial para os profissionais de enfermagem uma vez que os mesmos estão presentes e em contato direto com os clientes nos três níveis de atenção da saúde, em especial a atenção primária que é a porta de entrada para o atendimento público de saúde. A atenção básica caracterizada por estar presente nos bairros e por cobrir regiões centrais e periféricas, tornando-se fundamental no cadastro e assistência aos clientes que procuram os primeiros atendimentos.

Nosso objetivo é analisar através da revisão de literatura apontamentos que influenciam no atendimento a pessoa surda pelo profissional de enfermagem. Investigar o contexto histórico da pessoa surda no acesso a saúde. Verificar como ocorre o atendimento prestado ao cliente surdo pelo profissional da enfermagem. Relacionar ações do profissional da enfermagem na atenção básica com a pessoa surda. Este estudo pode levar a uma série de reflexões de maneira construtiva, inclusiva, participativa, que proporcionem novos olhares e ações na atuação do profissional da enfermagem.

1.1 ATENDIMENTO A SAÚDE NO CONTEXTO HISTÓRICO DO POVO SURDO.

Antes de qualquer fundamentação foi preciso diferenciar e esclarecer os conceitos de Povo surdo e Comunidade surda para que não haja uma compreensão errônea dos termos citados.

A comunidade surda não se restringe apenas aos surdos, e sim a todos que fazem parte do cotidiano da vida dos surdos, sejam eles familiares, amigos, interpretes, podendo ser ouvintes ou surdos. Segundo Padden e Humphires (2000, p.5) [...] afirmam que comunidade é um sistema social geral, no qual um grupo de pessoas vivem juntas, compartilham metas comuns e partilham certas responsabilidades umas com as outras. Assim podemos compreender que na comunidade surda há a interação entre a cultura surda e ouvinte, pois nela existem pessoas que possuem meios de se comunicar diferentes uns do outros, sendo esses meios à linguagem oral e a linguagem de sinais.

O povo surdo é composto apenas de pessoas surdas, e se comunicam através da língua de sinais. Segundo Lessa e Andrade (2016), o povo surdo se caracteriza com a criação natural de grupos de pessoas surdas, que tem como principais características, a busca de uma identidade própria, e não ouvinte, desenvolvendo atividade do cotidiano, como eventos, passeios, etc. Mas que tem como principal difusão a integração de seus membros, com intuito de uma comunicação mais direta com outro surdo, difundindo assim a afirmação de seus valores.

Segundo Perlin e Strobel (2014), a história da população surda passou por momentos de opressão, marginalização e lutas com vitórias significativas. Os surdos passaram por um processo educacional

que foi bem conturbado com o passar do tempo, em comunidades pagãs como egípcios, a criança surda era considerada um castigo divino, tinham seus corpos reprimidos durante os conflitos da época do colonialismo e eram submetidos a métodos opressores na forma de educar. Na China Antiga, os surdos eram jogados ao mar; em Esparta eram arremessados do alto de rochedos, em Atenas, eram abandonados; entre os gauleses eram sacrificados em rituais.

Na Grécia e em Roma, eram considerados retardados, incapazes de fazer as coisas sozinhos e indignos da condição humana. Em 483-482 a.C., o Código Justiniano começa a distinguir graus de deficiência auditiva, e afirma que o nascido surdo não conseguiria um desenvolvimento moral e intelectual (ARANHA, 2001).

Porém, com o passar do tempo começaram a surgir os primeiros olhares mais reflexivos, a seguinte passagem de Sócrates, no Crátilo, de Platão propõe:

> Se não tivéssemos voz nem língua e ainda assim quiséssemos expressar coisas uns aos outros, não deveríamos, como aqueles que ora são mudos, esforçar-nos para transmitir o que desejássemos dizer com as mãos, a cabeça e outras partes do corpo? (SACKS, 2005, p.29).

Os filósofos já apresentavam interesse nas Línguas, como expressão e parte do pensamento humano. Platão, Aristóteles, Lebniz, Rousseau, Wittgenstein, Derrida e tantos outros estudiosos, já vislumbravam novos olhares sobre homem e a linguagem, chegando a pensar sobre uma língua universal. Sobre este pensamento, um abade francês chamado De l'Epeé disse o seguinte:

> A língua universal que vossos eruditos buscam em vão e da qual perderam a esperança está aqui; está bem diante de vossos olhos, é a mímica dos surdos pobres. Porque não a conheceis, vós a desprezais, e, contudo, somente ela vos dará a chave para todas as línguas (SACKS, 2005, p.30).

No Brasil os surdos até o final do século XV eram vistos como impossibilitados de se educarem. Assim, Eduard Huet, um professor francês surdo, chegou ao Brasil, sob a responsabilidade do imperador D. Pedro II, com intuito de fundar uma escola com base nos modelos da Europa para educar os surdos. Então é fundada em 26 de setembro de 1857 no Rio de Janeiro a primeira escola para surdos que inicialmente recebeu o nome de Imperial Instituto de Surdos Mudos. Assim a LIBRAS no Brasil teve como ensinamento inicial o alfabeto manual, com descendência francesa. Depois o Instituto recebeu o nome Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), (SÁ, 2002).

Para Albres (2005), a LIBRAS, surge após o desenvolvimento de uma comunicação gestual-visual, que teve influência da Língua de Sinais Francesa e de uma construção lexical da língua portuguesa. Segundo Aranha (2001), o termo inclusão precisa de intervenções decisivas e incisivas, e caminha em uma via

de mão dupla: no processo de desenvolvimento pessoal do sujeito e no processo de adequação da realidade social em uma comunidade, quando um de seus membros nasce com alguma dificuldade ou deficiência, todos os participantes devem assumir juntos o compromisso de construir um ambiente inclusivo.

Durante um longo período da história, o Brasil não dispôs de um modelo de atenção à saúde que contemplasse todos os cidadãos. Sempre à margem de uma assistência efetiva, as minorias e os pobres, viam nas instituições filantrópicas uma das poucas possibilidades de resolver seus problemas de saúde. Por volta de 1800, assim como em outros países, as pessoas com deficiência eram retiradas de suas comunidades e mantidas em instituições residenciais ou escolas especiais, que na grande maioria das vezes eram situadas em localidades distantes de suas famílias (ARANHA, 2001).

No século XX, após um longo período de institucionalização, surgem na década de 60, novos conceitos e anseios que levam gradativamente a um novo paradigma de relação entre a sociedade e a parcela da população representada pelas PcD – Pessoas com Deficiências. Com um conceito de integração, fundamentado na ideologia da normalização, a qual se buscava o “direito” e a necessidade das pessoas com deficiência de serem tratadas para buscar maior proximidade do que se julgavam ser normal, representada pela normalidade estatística e funcional (ARANHA, 2001).

Na transição do século XIX para o XX, nasce a saúde pública no Brasil, marcado por organizações e mudanças sanitárias, ficou conhecido como sanitarismo campanhista e, durante o século XX, o sistema de saúde brasileiro caminhou para o modelo médico assistencial privatista. O modelo assistencial privatista também não contemplava a maior parte da população, e com isso sofreu duras críticas. Só a partir da década de 80, no processo de redemocratização política do país, através de fortes movimentos sociais pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do estado, é que começou a ser construído um novo panorama da saúde pública brasileira que atendesse as necessidades básicas de saude a pessoa surda (GUIMARÃES,2019).

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, despertou na sociedade brasileira à necessidade de garantir a população os princípios da universalização do acesso e da integralidade da atenção à saúde. Como resultado, obrigações foram estabelecidas ao Estado que assumiu o papel de responsável por desenvolver as ações e serviços necessários à garantia de direitos que logo foram incorporados ao texto da Constituição Federal de 1988. Surge um novo modelo denominado de SUS - Sistema Único de Saúde. “Nos 20 anos seguintes, contextos econômicos e sociais bastante diversos se

sucederam e, se muitos eventos podem ser contabilizados, muitos desafios precisam ser enfrentados para que atinjam os objetivos" (OPAS, 2008).

Dentre alguns estudos voltados a surdez, existem dois grandes modelos de abordagem: a perspectiva clinico-terapêutica, desenvolvida no século XIX (para a qual a noção de deficiência é central), e a concepção socioantropológica de surdez (baseada na noção de diferença) que começou a se constituir no século XIX e cresceu no século XX (SÁ,2002). O modelo clínico-terapêutico de surdez percebe a surdez como deficiência, logo o tratamento dado por profissionais da saúde e educação se centra na reabilitação. Busca-se a cura do problema auditivo (implantes cocleares, próteses) e a correção dos defeitos da fala por meio da aprendizagem da língua oral. A busca era para a normalização do indivíduo e sua adaptação à sociedade a partir de conceitos predefinidos do que seja normalidade, e a ideia de que a aprendizagem da língua oral é o principal objetivo das intervenções educacionais e terapêuticas (GUIMARÃES, 2019).

Na década de 70, um novo modelo cultural de surdez ganha força, também conhecido como modelo socioantropológico. Foi construída uma área de estudos chamada "Estudos Surdos", que busca pensar em conceitos de identidade, cultura, poder e linguagem. O modelo socioantropológico desperta novos olhares e conceitos para que a surdez nesse modelo, seja vista como uma diferença cultural e linguística, garantindo assim o direito de os sujeitos surdos terem acesso à língua de sinais e serem reconhecidos como pertencentes a uma minoria linguística. Desloca o conceito de surdez da ordem médica para uma visão epistemológica, visto que o sujeito surdo pertence a uma comunidade linguística minoritária na qual utiliza uma língua de natureza espaço-visual (GUIMARÃES, 2019).

Assim foi possível romper com o modelo clínico-terapêutico, em que a surdez é definida como uma deficiência, um desvio da normalidade, e considerá-la como uma diferença política e cultural. Deste modo, os/as surdos/as como sujeitos históricos e culturais constroem e reconstroem suas identidades a partir do conceito de diferença. Numa perspectiva que podemos considerar em sintonia com o multiculturalismo crítico, concebe-se a existência de cultura(s) surda(s), isto é, formas de ver, perceber, estabelecer relações e valores a partir da experiência visual, em meio às relações sociais de poder existentes (GUIMARÃES, 2019).

Nessa visão de surdez, que considera a pessoa surda como pertencente a um grupo com características próprias no que diz respeito a sua cultura, língua, percepção do mundo, um ser que possui uma diferença e que constrói essa diferença histórica e socialmente vivenciando conflitos com seus pares que essa pesquisa se construirá, oportunizando os sujeitos da pesquisa perceber a importância de

valorizar a pessoa surda nas suas peculiaridades e oportunizar a elas um atendimento adequado as suas necessidades linguísticas, dentro da abordagem da antropologia interpretativa ou hermenêutica, que serve como base para alguns estudos desenvolvidos na área da saúde (LESSA; ANDRADE, 2016).

De acordo com Sacks (1998), o indivíduo surdo não é tão diferente do indivíduo ouvinte o que muda é que a linguagem deixa de ser sustentada em fonemas, letras, palavras, enfim, em sons, e passa a se sustentar em sinais imagéticos, que são signos linguísticos para os surdos da mesma forma que as palavras são para os ouvintes.

A Língua de Sinais é o elemento que identifica o sujeito surdo. Isso fica evidente na fala de Strobel quando afirma:

> A língua de sinais é uma das principais marcas da identidade de um povo surdo, é uma das peculiaridades da cultura surda, é forma de comunicação que capta as experiências visuais dos sujeitos surdos, sendo que é esta língua que vai levar o surdo a transmitir e proporcionar-lhe a aquisição de conhecimento universal (STROBEL, 2008, p. 44).

A esse respeito – cultura surda pressupõe uma diferença entre surdos e ouvintes e postula uma ideia de realidade homogênea a cada um dos polos dessa dicotomia. Entretanto, essa diferença faz parte de um processo de cisão social que não é recente. O próprio discurso sobre a desigualdade também faz parte desse mesmo processo. Um processo que, ao invés de aproximar os surdos dos ouvintes, distancia-os, já que enfatiza sempre o que eles têm de diferente e nunca o que eles têm em comum (LESSA, ANDRADE, 2016).

Identidade cultural apresenta um conjunto de características que irão definir um grupo e consequentemente a construção dos sujeitos pertencentes a ele. É comum o surdo caminhar entre as duas culturas, dos surdos e dos ouvintes, porém sua identidade é uma só e ficou marcada ao longo do tempo por ser considerada diferente (CROMACK, 2004). Para Bisol e Sperb (2010), afirmam que ser surdo é reconhecer-se através de uma identidade que é compartilhada por pessoas que utilizam a língua de sinais e se reconhecem como membros de uma minoria linguística e cultural com normas, atitudes e valores distintos e uma constituição física distinta.

Segundo Guimarães (2019), todas as vitórias dos surdos foram alcançadas por se valorizar a diferença, mudando o termo surdez para conceitos positivos. Por isso a importância de possuir uma marca registrada dos surdos, ao relacionar e valorizar a língua de sinais a cultura surda. Organicamente os surdos utilizam a experiência visual enquanto os ouvintes a experiência auditiva e oral. Logo percebe-

se a importância que tem para os surdos manterem a língua de sinais viva, os diferenciando linguística e culturalmente.

A língua de sinais é a forma oficial de expressão dos surdos, sendo fundamental entender as características desta cultura e identidade, a fim de promover o desenvolvimento da capacidade de comunicação e proporcionar o convívio harmonioso entre surdos, ouvintes e sociedade em geral. Assim, a LIBRAS constitui-se um método essencial que precisa ser amplamente divulgado e aplicado à legislação existente, ser respeitado e praticado durante as ações de proteção, prevenção e recuperação da saúde (RAMOS, ALMEIDA, 2017). A comunicação é um direito a todas as pessoas inclusive aos surdos, sendo crucial enfatizar que esse direito de usufruir de uma língua própria, seja pela ótica inclusiva a todos sem exceção, deve ser aceita e respeitada de acordo com cada particularidade.

Com um passado de muitas lutas e conquistas, os surdos conseguiram dispor de uma cultura e linguagem própria, detendo a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) como uma das maneiras de comunicação, o que possibilita uma relação mais inclusiva entre surdos e a sociedade. A LIBRAS é fundamental para o estabelecimento de uma comunidade mais inclusiva e justa, em que os integrantes da comunidade surda, considerada minoritária, possam ter atendimentos nos mais diversos serviços oferecidos, inclusive os de saúde, o que proporcionaria uma comunicação mais apropriada para toda a população (RAMOS, ALMEIDA, 2017).

1.2 O PACIENTE SURDO NO ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE.

Segundo Cohen e Gorlin (1995), a deficiência auditiva pode ser desenvolvida por questões ambientais como ruídos ou questões genéticas. Apresenta-se isoladamente ou associada a outras anomalias, podendo constituir ou não alguma síndrome.

Patologias pré-natais como rubéola, citomegalovírus, sarampo, drogas. Perinatais como asfixia e pós-natais como infecções virais, meningite, drogas ototóxicas, são algumas das responsáveis pelas perdas auditivas de etiologia não genética (Ruben et al., 1982).

A deficiência auditiva não sindrômica refere-se a uma perda isolada sem a influência de anomalias congênitas. Segundo Verhoeven et al., (1997), este tipo de perda é considerado muito comum podendo ser classificado como pré-linguístico e pós-linguístico. Castro Júnior et al., (1980), corroboram afirmando que o período pré-linguístico destacasse pela fase de aquisição da linguagem que vai até os

dois anos de idade. E o período pós-linguístico caracteriza-se pela maturação e consolidação definitiva da linguagem a partir dos dois anos de idade.

De acordo com Russo e Santos (1993), a deficiência auditiva classifica-se quanto a lateralidade (unilateral ou bilateral), intensidade ou gravidade (parcial ou total), esta deficiência também pode ser congênita ou não congênita. Com relação a intensidade, Russo e Santos (1993, pág. 207) classificam a deficiência auditiva em leve quando ocorre uma perda de 26 a 40 dB, moderada quando a perda é 41 a 70 dB, severa com perda de 71 a 90 dB e profunda com perda acima de 91 dB.

Os serviços de saúde brasileiros estão destinados a atender à população de forma integral, guiados por programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde com ações promotivas, preventivas e tratadoras da saúde dos indivíduos. Com a ampliação destes serviços, houve um crescimento substancial no campo profissional da equipe de saúde, tendo em vista que a interação, comunicação, informações e orientações dadas corretamente se fazem necessárias na atenção à saúde e atendimento na rede do Sistema Único de Saúde. As pessoas diagnosticadas com surdez severa e ou profunda possuem problemas para compreender a voz humana e dificuldades de desenvolver a língua oral tendo como principal solução a comunicação em LIBRAS (FRANCISQUETI et al., 2017).

A lei 8080/90, Brasil (1990), que trata dos princípios doutrinários do SUS, torna público que o atendimento é legítimo e completo quando atinge a sua Universalidade, Integralidade e a sua Equidade. O princípio da Equidade faz relação direta com o conceito de igualdade e justiça, procurando desta forma reconhecer as alterações e diferenças nas condições de vida, saúde e necessidades de seus clientes. O direito a saúde se sobrepõe as diferenças sociais que são enormes no país procurando atender a sua heterogeneidade. Mas a falta de comunicação, em particular, no atendimento à comunidade surda nos serviços de saúde ainda persiste, apesar do princípio da Equidade e da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), que preconizar um conjunto de ações que se destinam a atender esta população no que tange saúde, educação, trabalho, relacionamento afetivo e social (BRASIL, 1990; BRASIL,2004; MACHADO et al., 2013).

Os princípios e diretrizes que conduzem o SUS, como a universalidade de acesso a saúde, integralidade da assistência, equidade, descentralização, participação popular, regionalização e hierarquização, favorecem e atribuem a todos os cidadãos, que são usuários do sistema, dentro do contexto social dessa política pública, a responsabilidade de se reconhecer e fazer valer os seus direitos e deveres como parte fundamental para que esse direito seja garantido, havendo assim um empoderamento instituído legalmente (FRANCISQUETI et al., 2017).

Dentre diversas dificuldades encontradas no processo de comunicação entre surdos e profissionais de saúde, é importante salientar que o SUS continua sendo considerado como uma grande concepção de inclusão social, que se apresenta em permanente processo de mutação, aperfeiçoamento e construção. Existem leis que confirmam o direito da comunicação e atendimento por meio da LIBRAS, o que torna imediato a reprodução, inserção e aceitação da política pública estabelecida na lei brasileira, reforçando aos estabelecimentos de saúde e aos serviços que o regulamentam o necessário avanço em assuntos como formação acadêmica em enfermagem, surdez, inclusão social e gestão, bem como o conhecimento e o reconhecimento da LIBRAS como ferramenta facilitadora da comunicação e apoio ao surdo. FRANCISQUETI et al., 2017.

A Lei 7.853/89, Brasil (1989), dispõe sobre o apoio as pessoas com deficiência e sua inclusão social. É assegurado direitos básicos como saúde, educação, trabalho, lazer, previdência social, amparo a infância e maternidade, bem-estar pessoal, social e econômico (BRASIL, 1989). Já em 2002 foi criada e aprovada a Política Nacional de Saúde a Pessoa Portadora de Deficiência (portaria 1.060/2020), que tem como propósito:

> Definir, no Setor saúde, uma política voltada para reabilitação da pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, de modo a contribuir para sua inclusão plena em todas as esferas da vida social (BRASIL, 2002 a, p. 1).

Para que as pessoas com algum tipo de deficiência possam receber os serviços públicos de forma digna, a sociedade precisa se reorganizar de forma a garantir o acesso imediato através da provisão de adaptações que se mostrem necessárias (ARANHA, 2001). Baseado nas especificidades dos surdos foi sancionada a Lei de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), de número 10.436/2002, que reconhece como meio legal para a comunicação e expressão a LIBRAS e outros meios de expressão associados a ela. Já em 2005 foi publicado o Decreto 5.626/2005, que regulamentou a Lei 10.436/2002, esclarecendo as responsabilidades dos setores educação e saúde (BRASIL, 2005).

Com a publicação do Decreto 5.626/05, foi regulamentada a Lei 10. 436/02, e o artigo 18 da Lei 10.098/2000. Neste decreto o artigo 25 torna público:

> A partir de um ano da publicação deste decreto, o Sistema Único de Saúde e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, na perspectiva da inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social, devem garantir a atenção integral à saúde nos diversos níveis de complexidade e especialidades, efetivando:
>
> I – Ações de prevenção e desenvolvimento de programas de saúde auditiva; IX – Atendimento as pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de

> serviços SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de LIBRAS ou para sua tradução e interpretação; e
>
> X – Apoio a capacitação e formação de profissionais de rede de serviços do SUS para o uso de LIBRAS e sua tradução e interpretação (BRASIL, 2005, p. 6).

A Lei 10.098/2000, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. E nesse contexto também contempla a necessidade comunicativa da população surda, em seu artigo 18, que afirma:

> O poder público programará a formação de profissionais interpretes de escrita em braile, língua de sinais e de guias-interpretes, para facilitar qualquer tipo de comunicação direta à pessoa portadora de deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação (BRASIL, 2000, p. 4).

Porém o Decreto 5.626/05 que regulamenta e assegura o ensino obrigatório de LIBRAS nos cursos para formação de professores, não garante a obrigatoriedade para a área de saúde com exceção ao curso de Fonoaudiologia, ficando as demais disciplinas e profissionais membros da equipe multidisciplinar, em especifico a enfermagem, sem a obrigatoriedade no seu processo de formação, trazendo entraves ao cumprimento da lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, em seu artigo terceiro declara que: As instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva, de acordo com as normas legais em vigor (BRASIL, 2005).

No Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 que regulamenta a referida lei, reforça a importância e necessidade aos serviços de saúde disponibilizarem profissionais capacitados para atenderem os surdos, exigindo que no mínimo 5% dos profissionais de saúde do serviço público estejam qualificados para utilizarem e interpretarem a LIBRAS.O referido decreto determina também que a LIBRAS seja disciplina curricular obrigatória tanto nos estabelecimentos de ensino público quanto privado para os cursos de licenciatura que direcionam para a formação de professores de nível médio, magistério e superior (BRASIL, 2005).

Existe a Lei nº 12.319, de 1º de setembro de 2010, Brasil (2010), que regulamenta a profissão de tradutor e intérprete de LIBRAS, classificados como TILS (Tradutores-interpretes de língua de sinais). Esta lei determina como função do profissional, interpretar as práticas didáticas, pedagógicas e culturais executadas nas entidades de ensino nos níveis fundamentais, médios e superiores, o que torna esse profissional um recurso importantíssimo para a acessibilidade da pessoa surda em vários seguimentos da sociedade. Assim como a lei 13.146/2015 que garante a presença deste profissional em espaços de saúde, auxiliando na comunicação entre a pessoa surda e o profissional.

A Política Nacional de Humanização (PNH), foi instituída em 2003, Brasil (2007) pelo Ministério da Saúde com o objetivo de estreitar as relações entre profissionais de saúde e melhorar o atendimento. Surge o papel da humanização da assistência em saúde e inclusão social das pessoas com deficiência. Buscar reorganizar a assistência e oferecer as pessoas surdas uma atenção especializada seguindo princípios que têm como base a interlocução entre as diferenças sociais e o convívio com a pluralidade humana.

A integralidade, uma das diretrizes do SUS, presa pela qualidade no atendimento prestado ao usuário que envolve questões como: cuidado, acolhimento, levando em conta contextos sociais, econômicos em que esse usuário vive. Em se tratando especificamente do surdo, a humanização está diretamente ligada a comunicação pois é a forma como o surdo se expressa e interage com o mundo, visto que é a forma como podem ser entendidos e se comunicam com os profissionais de saúde (CHAVEIRO et al., 2010).

Uma das diretrizes desta política era ampliar e fortalecer o acesso à informação e bens e serviços disponibilizados pelo SUS. O que permitiria um empoderamento, autonomia e mobilidade. Uma discussão levantada quando dizemos que: na integração ocorre a inserção da pessoa com deficiência preparada para conviver na sociedade, enquanto que na inclusão há modificações da sociedade para as pessoas desenvolverem e exercerem a sua cidadania (CHAVEIRO et al., 2010).

Nesse sentido, Aranha (2001, p.20) argumenta que:

> A inclusão social, portanto, não é processo que diga respeito somente a pessoa com deficiência, mas sim a todos os cidadãos. Não haverá inclusão da pessoa com deficiência enquanto a sociedade não for inclusiva, ou seja, realmente democrática, onde todos possam igualmente se manifestar nas diferentes instâncias de debate e tomada de decisões da sociedade, tendo disponível o suporte que for necessário para viabilizar essa participação.

Com isso a Política Nacional de saúde da Pessoa Portadora de deficiência, Brasil (2009), foi criada visando a inclusão social e permitindo que as pessoas menos favorecidas possam buscar uma equiparação de oportunidades para todos a partir de suas necessidades. Partindo desse princípio, a inclusão das pessoas com deficiência, significa possibilitar acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e as novas tecnologias disponíveis decorrente do avanço social, político, econômico da sociedade.

Em um processo de inclusão, a LIBRAS não é mais uma questão de escolha, é uma realidade presente na comunidade surda e uma demanda na grande maioria dos serviços públicos. A LIBRAS é marcada por percepções visuais e espaciais, visto que o surdo recebe as informações através dos olhos

observando gestos, expressões corporais, e transmite informações através das mãos que viabiliza o acesso aos serviços públicos em especial os atendimentos básicos de saude, permitindo que os profissionais da enfermagem possam garantir uma ação promotiva a qualidade de vida, que possa abranger todos os grupos e culturas (GUIMARÃES, 2019).

1.3 A ENFERMAGEM E SEUS ASPECTOS HISTÓRICOS DE ATUAÇÃO

As Teorias de Enfermagem proporcionam o conhecer dos fundamentos científicos ou justificativas concretas de como os enfermeiros e enfermeiras podem realizar suas intervenções específicas. A perícia no exercício da enfermagem é um resultado de muito conhecimento e experiência clínica. A perícia necessária para interpretar e fazer julgamentos clínicos parte da essência dos cuidados de enfermagem e se faz necessário para o avanço da prática desta ciência. Uma teoria de enfermagem é composta de uma conceitualização de alguns aspectos ligados ao objetivo de descrever, explicar, prever e prescrever cuidados de enfermagem (NETO et al., 2016).

Dentre as várias teorias de Enfermagem, podemos selecionar como referência na prática da enfermagem, a Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Hildegard E. Peplau, em 1952. A teorista visualizou a prática de enfermagem como um processo interpessoal que tinha como atores principais, a relação e interação entre, o enfermeiro e o cliente e, em sua teoria, identifica conceitos e princípios que reforçam a importância das relações interpessoais que se processam na prática da enfermagem de maneira que o cuidado possa apresentar como resultado uma troca de experiências, aprendizagem e crescimento pessoal. Com isso é percebido que os pressupostos teóricos apresentados por Hildegard E. Peplau podem servir de base para as mais variadas situações nas quais os enfermeiros possam comunicar-se e interagir com seus pacientes ou clientes (ALMEIDA, LOPES, DAMASCENO; 2005).

Para que possa existir uma interação compatível e uma assistência efetiva à saúde, compete ao profissional, conhecedor da ciência, a habilidade técnica, experiência e capacidade para desenvolver meios de uma comunicação transparente e de vínculo interpessoal, visando o compartilhamento de informações e mensagens de maneira eficiente e clara, a fim de potencializar o cuidado prestado. Neste sentido, se faz necessário que os profissionais de saúde diminuam as barreiras ao se deparar com pessoas com algum tipo de limitação de linguagem, em especial, as pessoas surdas (MELEIS, 2012).

A comunicação sempre esteve presente na vida dos seres humanos, uma vez que a mesma possibilita a convivência em sociedade. Além disso, uma comunicação bem-sucedida constitui-se ferramenta essencial para o cuidado em saúde por proporcionar e estabelecer uma relação de confiança e respeito entre profissional e cliente. Entender como se deu o processo de inclusão social exige conhecimento da história e sobre como foram tratadas as pessoas com algum tipo de deficiência (ARANHA, 2001).

Segundo Pires e Almeida (2016), a enfermagem surgiu por volta do período colonial, mas começou aparecer no final do século XIX, foi quando apareceram as primeiras Casas de Misericórdia, de origem portuguesa. Esta Casa de Misericórdia era mantida por jesuítas que incumbiam as funções de médicos e de enfermeiros, vieram atender não somente as necessidades da população do Rio de Janeiro ao enfrentamento as enfermidades da época, mas oportunizou ensinamentos da ciência e das catequeses, desenvolvidos com base no Padre José de Anchieta, que muito era respeitado por D. Pedro II e da Dona Tereza Cristina. Pois deixou estudos por meio de seus escritos e hoje valorizados no Brasil, que relatam sobre os primitivos habitantes, a climatização e das enfermidades mais comuns (PIRES; ALMEIDA, 2016).

Nessa época, surgiram na enfermagem profissionais que merecem destaque como Ana Neri, nascida em 13/12/1914 e Florence Nightingale, nascida em 12/05/1820, na cidade de Florença da Itália. No Brasil, a célebre Ana Neri, foi recebida com louvor por fazer parte da guerra do Paraguai, no período de 1864 a 1870, por suas atuações improvisadas nos hospitais de campos de batalhas, era uma enfermeira que não media esforços para atender os feridos, pois juntos enfrentavam a guerra (PIRES; ALMEIDA, 2016).

Com advento da enfermagem em revolução, o Brasil estabeleceu o ensino de enfermagem, com base nos padrões nightingale, foco principal era as atividades práticas. Em 1923, então, surgia a Escola Ana Neri, o objetivo era estruturar a profissão de enfermagem. Logo, a Lei nº. 775/49, permitiu que o curso de auxiliar de enfermagem amplia-se em vários estados do Brasil, na finalidade de formação profissional de enfermeiros; influenciando no novo empreender de umas práxis transformadoras que são: os profissionais técnicos de enfermagem e de enfermeiros graduados, atualmente, cada vez mais especializados, fazendo parte desta nova sociedade que visa uma assistência de qualidade e de profissionais qualificados sempre (SILVA et al., 2020).

1.3.1 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA.

O profissional de enfermagem na atenção básica, segundo Araújo (2013), exerce um conjunto de ações que abrange o tratamento, a prevenção de agravos, reabilitação, diagnóstico, à promoção, manutenção e proteção da saúde do paciente; e quando essas ações são feitas com competência podem reduzir o sofrimento e/ou danos que possam vim atingir a saúde do paciente. Por fim, os serviços do sistema de saúde têm como base a atenção básica.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção básica tem como fundamentos (CASTRO, 2012):

> Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada principal do sistema de saúde, como território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância ao princípio de equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar e em equipe, além da coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; avaliar e acompanhar sistematicamente os resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação; estimular a participação popular e o controle social (CASTRO, 2012, p.2).

Segundo Ribeiro (2019) a Conferência Internacional de Alma Ata realizada em setembro de 1978, foi o marco inicial para o desenvolvimento global de uma assistência básica para promover a saúde de todos os povos do mundo. Denominada como Atenção Básica ou Atenção Primária a Saúde, caracteriza-se por ser onde ocorre o primeiro contato, a abordagem integral, a continuidade e longitudinalidade, a coordenação, a abordagem familiar e comunitária. Ainda segundo o autor, a primeira edição da PNAB surgiu em 2006, a segunda em 2011 e a terceira em 2017. Nesse período ocorreram mudanças como reestruturação, reforma, ampliação, informatização, contratações, com o intuito de melhorar o acesso e a qualidade nos serviços oferecidos pelo sistema público de saúde.

A atenção básica no sistema de saúde pública, por exemplo, requer da equipe de enfermagem, compromisso e responsabilidade perante suas intervenções. Com a PNAB fundamentado e dos constantes desafios pairando no cotidiano do profissional, nunca será demais exigir o aprimoramento das ações da enfermagem, já que a priori não é só minimizar os riscos à saúde, mas promover

qualidade de vida ao paciente. Logo é imprescindível acoplar o conhecimento proveniente das pesquisas e da prática.

A atenção básica é considerada, dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como o primeiro nível, ou seja, a porta de entrada do usuário ou cliente para os serviços ofertados pelo SUS. Desenvolve um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que engloba "a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde" (BRASIL, 2012). Entendendo que a Atenção Básica é a porta de entrada para o SUS, fica evidente e necessário investigar se os profissionais de saúde estão preparados para acolher o surdo nas suas múltiplas necessidades, e qualificar esses profissionais para que possam atender e servir aos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Os profissionais de saúde que atuam na atenção básica necessitam estar preparados para acolher e prestar um atendimento qualificado a toda a população, inclusive ao usuário com surdez. A atenção básica deve considerar o cliente em sua particularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Além de desenvolver estratégias que possibilitem a este cliente viver de modo saudável, autônomo e sem limitações físicas ou de comunicação. Em tratando-se de comunicação, é considerada um instrumento decisivo no diagnóstico, tratamento e prevenção, já que são utilizadas instruções verbais em diversos procedimentos, porém quando não há uma comunicação efetiva, ocorre o comprometimento do cuidado devido a deficiência de captação das partes envolvidas (SOUZA; ALMEIDA, 2017).

Quando os profissionais de saúde acolhem seus clientes, faz-se necessário que se estabeleçam um canal de comunicação que permita um entendimento de ambas as partes. Na grande maioria das vezes, essa comunicação percebe-se pela linguagem verbal. Mas existem outras formas de comunicação, como a comunicação através da Língua Brasileira de Sinais [LIBRAS], que é a língua oficial utilizada pela população surda brasileira, reconhecida como meio legal de comunicação e expressão (SOUZA et al., 2017).

Para os profissionais de saúde, uma efetiva comunicação, representa um atendimento de qualidade, portanto contemplar uma formação que vise compreender o sujeito surdo, e não apena sua doença, propicia uma assistência humanizada. Sem dúvida uma efetiva comunicação com clientes surdos é fundamental para um resultado positivo, isso porque uma comunicação ineficaz pode levar a erros no diagnóstico e consequentemente no tratamento (SILVA etc.al., 2018).

Para Cunha, Pereira, Oliveira (2019), a LIBRAS é uma ferramenta de empoderamento permitindo ao surdo mobilidade e fluidez nos relacionamentos discursivos, como também ajudam na constituição de identidade própria. A língua de sinais pode ser decisiva na compreensão pelos profissionais da área da saúde, pois proporciona um melhor entendimento da constituição da identidade dos surdos, dos sinais e sintomas por ele apresentados, pontos fundamentais para um atendimento humanizado.

Diante das exposições, no que tange a assistência à saúde da pessoa com deficiência, as Unidades Básicas de Saúde e da Saúde da Família devem prestar assistência às pessoas com de saúde estão preparados para acolher o surdo nas suas múltiplas necessidades, e qualificar esses profissionais para que possam atender e servir aos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Os profissionais de saúde que atuam na atenção básica necessitam estar preparados para acolher e prestar um atendimento qualificado a toda a população, inclusive ao usuário com surdez. A atenção básica deve considerar o cliente em sua particularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Além de desenvolver estratégias que possibilitem a este cliente viver de modo saudável, autônomo e sem limitações físicas ou de comunicação. Em tratando-se de comunicação, é considerada um instrumento decisivo no diagnóstico, tratamento e prevenção, já que são utilizadas instruções verbais em diversos procedimentos, porém quando não há uma comunicação efetiva, ocorre o comprometimento do cuidado devido a deficiência de captação das partes envolvidas (SOUZA; ALMEIDA, 2017).

Quando os profissionais de saúde acolhem seus clientes, faz-se necessário que se estabeleçam um canal de comunicação que permita um entendimento de ambas as partes. Na grande maioria das vezes, essa comunicação percebe-se pela linguagem verbal. Mas existem outras formas de comunicação, como a comunicação através da Língua Brasileira de Sinais [LIBRAS], que é a língua oficial utilizada pela população surda brasileira, reconhecida como meio legal de comunicação e expressão (SOUZA et al., 2017).

Para os profissionais de saúde, uma efetiva comunicação, representa um atendimento de qualidade, portanto contemplar uma formação que vise compreender o sujeito surdo, e não apena sua doença, propicia uma assistência humanizada. Sem dúvida uma efetiva comunicação com clientes surdos é fundamental para um resultado positivo, isso porque uma comunicação ineficaz pode levar a erros no diagnóstico e consequentemente no tratamento (SILVA etc.al., 2018).

Para Cunha, Pereira, Oliveira (2019), a LIBRAS é uma ferramenta de empoderamento permitindo ao surdo mobilidade e fluidez nos relacionamentos discursivos, como também ajudam na constituição de

identidade própria. A língua de sinais pode ser decisiva na compreensão pelos profissionais da área da saúde, pois proporciona um melhor entendimento da constituição da identidade dos surdos, dos sinais e sintomas por ele apresentados, pontos fundamentais para um atendimento humanizado.

Diante das exposições, no que tange a assistência à saúde da pessoa com deficiência, as Unidades Básicas de Saúde e da Saúde da Família devem prestar assistência às pessoas com surdez como a qualquer cidadão. Isto significa que a assistência a pessoa surda se insere no mesmo modelo assistencial geral utilizado pelos demais cidadãos, não cabendo nenhum tipo de exclusão ou diferenciação no atendimento que prejudique quaisquer partes envolvidas no processo.

Assim, é de responsabilidade da atenção básica o desenvolvimento de práticas de cuidado à saúde direcionada para os indivíduos portadores de surdes, principalmente referente à circulação, participação social, inclusão e garantia dos seus direitos. É fundamental que as instituições de saúde ofereçam capacitação permanente e contínua em Libras para os profissionais da equipe de enfermagem, para interpretação e comunicação com os deficientes auditivos, visando a melhora de todo esse contexto e a inclusão adequada dessa população aos serviços de saúde (BARBOSA, 2003).

1.3.2 O ATENDIMENTO A PESSOA SURDA E O PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

A comunicação em LIBRAS torna-se um instrumento indispensável para à prática em saúde, onde o emprego desta língua pelos profissionais seria de grande relevância, quando se trata de pessoas surdas, pois é bem reduzido o número de profissionais habilitados para essa comunicação (Chaveiro e Barbosa 2005). Se partirmos do conceito que a comunicação é uma das bases para um pleno exercício da cidadania, podemos dizer então que para obtermos um atendimento de saúde satisfatório, devemos antes executar uma comunicação plena para que esta possa servir para aprimorar o sistema de saúde de forma global assim garantindo a continua construção de políticas públicas para todos os cidadãos.

São inúmeros fatores que levam a uma deficiência no atendimento ao surdo, tais como: falta de preparo dos profissionais de saúde para atender o cliente surdo, dificuldade na comunicação entre os mesmos, limitações do surdo quanto a escrita da língua portuguesa, e finalmente condições meta contextuais representadas pelas políticas públicas (Chaveiro e Barbosa 2015).

O principal obstáculo para a assistência do surdo está relacionado diretamente à falta de comunicação em LIBRAS, haja vista que a comunidade surda brasileira se relaciona e percebe o mundo através dessa língua caracterizada por gestos, expressões e visual. Para se manter uma comunicação com os

profissionais de saúde, os surdos tentam de diversas maneiras estabelecer algum diálogo com a finalidade de receber o atendimento, ainda que de forma precária, recorrendo muitas vezes a leitura labial, escrita e em alguns casos a interferência de familiares sem conhecimento da língua (MAZZU Et.al 2020).

Apesar de instituída a Lei brasileira 13.146/2015, que trata da Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), Brasil (2005), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. Percebe-se que na prática os serviços de saúde ainda não estão preparados para cumprir esta legislação, pois é notório que a grande maioria dos profissionais da saúde não têm formação básica para a comunicação em LIBRAS, muito menos processos que estimulem uma busca permanente de qualificação por não estarem instituídos nos serviços de saúde.

Segundo Chaveiro et al. (2010), existe uma demanda crescente e considerável de surdos que buscam por serviços de saúde, mesmo com todas as dificuldades existentes. A inclusão destes clientes nos serviços de saúde repercute em diversos fatores das relações sociais, fazendo-se necessário o interesse e empenho dos profissionais de saúde, comunidade surda, aliado a vontade política dos gestores para a mudança no atual cenário em que vivemos.

O atendimento ao cliente surdo nos serviços de saúde, ainda é um enorme desafio para estes profissionais e para o próprio surdo. O uso da linguagem verbal precisa ser substituído por outro recurso de comunicação, para que os profissionais possam oferecer um atendimento mais humanizado ao cliente surdo. Levando em consideração que a LIBRAS é a língua pelo qual o surdo se expressa e entende o mundo ao seu redor, os profissionais de saúde precisam se inserir nesse contexto, compreender e dominar essa comunicação (CHAVEIRO et al., 2010).

Necessita de uma construção da prática em saúde entendida em LIBRAS, de uma assistência humanizada à pessoa surda, e isso só irá acontecer por meio de inclusão, estudos, ações e vontade política, assim podendo reorganizar o atendimento com dignidade e respeito que o surdo merece. A Língua Brasileira de Sinais se torna uma ferramenta de empoderamento que permite ao surdo maior independência, mobilidade e fluidez nas formações discursivas, como também fornece dados que o ajudam na constituição de uma identidade forte, frente as imposições de outras culturas.

Clientes surdos utilizam o sistema de saúde de maneira diferente dos clientes ouvintes e relatam muitas dificuldades no atendimento representadas pela ineficaz comunicação, medo, desconfiança e

frustração. A consequência destes relatos por parte de muitos clientes surdos é buscarem assistência em saúde com menos frequência (Chaveiro e Barbosa 2005).

De acordo com Chaveiro et al. (2010), os profissionais de saúde ainda não estão sendo preparados em suas formações para se comunicar com os surdos visto que esta comunidade tem preferência em receber os atendimentos de saúde por profissionais que conhecem sua língua primária. A comunicação com os surdos ainda é uma problemática importante a ser considerada no que tange ao acesso dos surdos aos serviços de saúde. Essa barreira representa um risco para

a saúde dos surdos, pois muitas vezes não é percebido corretamente o que o surdo está emitindo, por desqualificação profissional das equipes de saúde e por falta de intérpretes, nos serviços de saúde pública do Brasil (CHAVEIRO et al., 2010).

A presença de acompanhantes durante o atendimento realizado aos clientes surdos, ocorre com bastante frequência sendo uma das alternativas mais utilizadas para a comunicação, visto que na maioria das vezes as instituições de saúde não dispõem de profissionais e nem intérpretes que se comuniquem por LIBRAS. Por outro lado, a presença do acompanhante pode ferir os direitos individuais do cliente bem como sua intimidade, devido à comunicação para com o paciente partir dos familiares, acompanhantes, não havendo nenhuma maneira de comunicação direta com o paciente. Desta forma, situações que exigem a confidencialidade são perdidas quando a pessoa surda é acompanhada pelo intérprete, e já que em muitos casos os familiares são os acompanhantes, muitas vezes não é observado a postura sigilosa (CHAVEIRO E BARBOSA 2005).

Há uma necessidade de se estabelecer um atendimento especial pelos profissionais de saúde às pessoas surdas, visto que esses indivíduos possuem cultura e língua diferenciadas e essas particularidades precisam ser respeitadas. Em um contexto geral da assistência à saúde, os surdos se sentem discriminados, e alguns relatam medo por não entenderem o que os profissionais falam, o que mostra a necessidade de atenção especial. É fundamental que o profissional de saúde esteja preparado para prestar um atendimento efetivo ao cliente surdo, de forma que a qualidade da assistência prestada não seja comprometida (CHAVEIRO E BARBOSA 2005).

É importante que os profissionais de saúde tenham, nos currículos de seus respectivos cursos, incluída a disciplina de LIBRAS, não como optativa, mas sim como disciplina obrigatória. Para eles, essa medida proporcionaria a agregação de saberes que iriam modificar o cenário atual em relação ao atendimento prestado aos clientes surdos. Geraria uma maior interação em situações de convívio profissional com

colegas surdos, contribuindo para otimização e humanização da atuação do profissional, da atenção à saúde e do ato de cuidar.

A superação destes obstáculos teria um peso importantíssimo para a comunidade surda, visto que assim poderiam ser oferecidas possibilidades iguais para o atendimento quando comparadas as pessoas ouvintes que procuram serviço de saúde pública do Brasil e se sentem acolhidas para um atendimento mais humanizado ao cliente surdo, é necessário que os profissionais de saúde se capacitem em LIBRAS, pois a comunidade surda está acrescida nos dados demográficos. Procurar o serviço de saúde, não é mais fato isolado. O acolhimento humanizado ao surdo compreende ao mesmo tempo ferramentas adequadas de comunicação e postura ética de uma escuta qualificada.

Nesta perspectiva, os cursos de graduação devem contemplar na sua grade curricular, o ensino obrigatório da língua de sinais visando à capacitação dos profissionais do serviço de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos) na área educacional (pedagogos, psicopedagogos), e na comunidade escolar (diretora, secretárias de escola, agentes administrativos, auxiliares de limpeza, de cozinha), (SOUSA; ALMEIDA, 2017).

Os gestores precisam desenvolver extensões de aprendizado e implantar capacitações em LIBRAS para os profissionais de saúde e disponibilizar materiais visuais que sejam capazes de subsidiar a assistência de saúde. É muito importante a promoção de conscientização dos colaboradores quanto à necessidade de atendimento integral aos surdos. Desta forma será possível a inclusão dos surdos nas unidades de saúde, onde os mesmos receberam atendimento humanizado com qualidade, equidade, holístico, e com comunicação ativa de ambas as partes.

1.4 ANÁLISE DO DADOS

No primeiro momento, foi realizada a síntese e a comparação dos dados extraídos dos artigos científicos, que foram reunidos em dois quadros, afim de visualizar e comparar de modo objetivo o conteúdo teórico dos mesmos na apresentação dos resultados dos estudos analisados em relação à temática escolhida. Foram pesquisas precedidas a partir de uma pesquisa nas bases de dados descritos seguindo variáveis de inclusão e exclusão.

Em segundo momento, houve a seleção dos trabalhosos científicos e que deram suporte a pesquisa. O quantitativo total de pesquisas realizadas foram de 17 (dezessete) artigos científicos de 2014 a 2021, que subsidiaram o pleito da pesquisa, por sua vez destacados no quadro geral, com os seguintes

elementos: Autores, ano de publicação, tema, fonte e resumo, identificados por códigos para melhor representação da análise.

Em terceiro momento e último, a análise de dados realizada dos artigos científicos propôs desenvolver o método de comparação dos dados coletados, separando os trabalhos em duas tabelas, com base no objetivo da pesquisa que é analisar os apontamentos indicados mostrando os obstáculos enfrentados pelos profissionais de enfermagem no atendimento ao paciente surdo e a implementação do ensino da LIBRAS nas Instituições de ensino, facilitando o entendimento e fundamentando o conhecimento.

A partir dessa análise, poderão ser identificados os achados convergentes e divergentes entre os autores, além de outros fatores associados ao objeto de estudo. Os dados serão compilados e analisados de forma quantitativa e descritiva, no intuito de sintetizá-los para a produção da discussão.

1.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os quadros a serem apresentados, demonstram os mais recentes estudos de abordagem quantitativa, qualitativa, descritiva, exploratória e reflexiva que possibilitam uma visão panorâmica de estudos desenvolvidos nos vários estados brasileiros e permitem que possamos identificar semelhanças quanto aos comportamentos, sentimentos, opiniões e iniciativas no que tange a relação entre o profissional de enfermagem no atendimento a pessoa surda.

Os estudos selecionados nesta revisão trazem importantes evidências para o cuidado, inclusão, humanização, Atenção Básica, capacitação, e revelam um panorama atualizado sobre o tema da pesquisa. Por fim os estudos analisados nesta revisão, preocuparam-se em destacar a importância da comunicação da LIBRAS no contexto da Assistência em saúde pelo profissional de enfermagem para com a pessoa surda, revelando as dificuldades de inclusão e avanços no enfrentamento desta problemática. E a inclusão da disciplina de LIBRAS nas instituições de ensino para estudantes de Enfermagem.

Cabe salientar que os trabalhos inclusos nesta revisão foram publicados nos últimos 7 (sete) anos sinalizando um aumento de produções de conhecimento sobre o tema, porém ainda muito distante do ideal se comparado a outros temas mais explorados na área da saúde.

Quadro 1. Artigos selecionados dentro da temática: Quais dificuldades existem na relação do profissional da enfermagem e o usuário surdo no atendimento.

CÓD.	AUTORES	ANO	TEMA	FONTE	RESUMO
01	Amanda Monteiro Magrini; Teresa Maria Momensohn dosSantos	20 14	Comunicação entre funcionários de uma unidade desaúde e pacientes surdos: um problema?	Revista Eletrônica da PUC.	A comunicação entre os profissionais da saúde e o paciente surdo tem sido uma barreira que prejudica a eficiência do seu atendimento. O decreto Nº. 5.626 estabelece que pelo menos 5% dosfuncionários das unidades doserviço público devem ser capacitados para o uso e interpretação da Língua Brasileira de Sinais (Libras). Objetivo: investigar a comunicação dos funcionários com o paciente surdo, em uma unidade de saúde, econsequente cumprimento do decreto Nº. 5.626. Método: estudo transversal por meio de questionário aplicado em 40 funcionários de uma Unidade de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Belém-PA. Análise quantitativa e qualitativa do discurso dos funcionários, sob a ótica da Análise de ConteúdoCategorial Temática. Resultado: 80% dos participantes (n: 32) atende pessoas surdas, embora diga não estar preparado para tal (n: 39- 97,5%) e nem saber Libras (n: 37- 92,5%). Entre os entrevistados 77,5% (n: 31) sabe da existência e necessidade de se conhecer Libras, porém não busca preparação devido à falta de tempo, de informações sobre o curso, por problemas financeiros epor não ver importância em aprender a língua especificamente.

					Quase a totalidade 97,5% (n: 39) gostaria que a unidade proporcionasse o curso específico de Libras. Conclusão: Há um despreparo dos funcionários no atendimento do paciente surdo e o Decreto Nº 5.626 de 22/12/ 2005, embora aprovado, não está sendo cumprido.
02	Leidiane Mendes Brito; Welton DiegoCarmim Lavareda	2015	O enfermeiro e os desafios da inclusão:outros "entrelugares" da formação e da prática profissional	BVSMS	O presente texto objetiva apresentar panoramicamente algun sdispositivos legais que norteiam o enfermeiro e o cliente surdo em instituições de saúde. Para tanto, ampliaremos algumas discussões sobre cultura e políticas de saúde, trazendo para o debate contribuições dos Estudos Culturais, da Saúde Coletiva e da Comunicação em saúde. Desse modo, trataremos o ambiente hospitalar como um espaço multicultural e o enfermeiro como um agente inclusivo, a fim de produzir dados que exponham a relevância do estudo. Assim, na busca de sistematizar o ensaio em questão, os procedimentos técnicos da pesquisa têm abordagem documental tendo como instrumento para a produção dos dados, a Lei da LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais), fundamentalmente em seu artigo terceiro. Almeja-se, com este trabalho, refletir a necessidade de novas políticas públicas que considerem, de fato, o bilinguismo e ao mesmo tempo, reafirmar que

					aformação em Enfermagem deve vincular-se ao campo de trabalho e à prática social do enfermeiro.
03	Oliveira ECP, Andrade EGS	2016	Comunicação do profissional de enfermagem com o deficiente auditivo.	Revista Científica Sena Aires.	O presente estudo descreve as dificuldades dos profissionais de enfermagem na comunicação com o deficiente auditivo, tem como finalidade levantar quais as maiores dificuldades desses profissionais na comunicação com o DA e sua opinião ao aprendizado de Língua Brasileirade Sinais (LIBRAS).
04	Francisqueti, v, *et al.*	2017	Sentimentos da equipe de enfermagem ao atender um paciente com deficiência auditiva: desafios do cuidado	Revista Educação, artes e inclusão	As barreiras no processo de comunicação demonstram que (53,40%) dos profissionais de saúde referem sentimentos negativos como incapacidade, impotência, insegurança, constrangimento sobre o atendimento proporcionado aos pacientes surdos, 60,10% descreveram que o atendimento oferecido é realizado com dificuldade, devido à falta de preparo (8,70%), sendo que essa barreira influencia diretamente no atendimento ofertado, e que na percepção de 7,20% dos profissionais o atendimento foi inadequado. Foram pesquisados 198 profissionais de enfermagem.
05	Silva et al.	2018	Como falar sim com as mãos: a importância da	Revista científica eletrônica de enfermagem da	O presente artigo aborda a importância da especialização do enfermeiro na Língua Brasileira de

			especialização do enfermeiro na linguagem brasileira de sinais.	FAEF.	Sinais (LIBRAS), devido à dificuldade dos enfermeiros na hora do atendimento a um deficiente auditivo. A inclusão social dos surdos nos estabelecimentos de saúde é eficaz para promoção e proteção da saúde. Porém a falta de comunicação muitas vezes impede bloqueando o atendimento.
06	Taiza Gomes Santos	2018	Atuação do enfermeiro frente ao paciente surdo: uma revisão integrativa	Universidade Federal de Pernambuco	Objetivou-se analisar estudos brasileiros que realizaram levantamento de dados sobre a atuação do enfermeiro frente ao paciente surdo. Dificuldades encontradas pelos enfermeiros ao atenderem pacientes surdos; e Estratégias de otimização para o atendimento realizado pelos enfermeiros. Conclui-se que existem lacunas no acolhimento, o despreparo promove sentimentos negativos nos enfermeiros quando se deparam com um paciente surdo em sua instituição. A má comunicação faz com que ocorra risco de o atendimento ser inadequado, desconfortável ou ineficaz.
07	Nícia das Graças Gonçalves Machado França; Rodrigo Gomes da Silva.	2018	Percepção de enfermeiros sobre a comunicação no atendimento à pessoa com deficiência auditiva.	Revista Brasileira de Ciências da Vida. V.6 n.3	O cuidado à pessoa com deficiência auditiva é permeado pela dificuldade de compreensão, pois os profissionais da saúde geralmente não estão preparados para utilizar a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). É necessário que se discuta a inclusão dos pacientes com deficiência auditiva e melhor preparação dos profissionais de enfermagem através do curso de LIBRAS. Os enfermeiros não se

					sentem capacitados para o acolhimento, mas o realizam com a utilização de outros recursos de comunicação. Evidencia-se, portanto, a necessidade da inserção do curso de LIBRAS na graduação, além da capacitação dos profissionais de saúde atuantes no mercado de trabalho.
08	Marquete VF, CostaMAR, Teston EF	2018	Comunicação com deficientes auditivosna Ótica de profissionais de saúde.	Revista Baiana de Enfermagem	descrever o conhecimento e a capacitação dos profissionais de saúde quanto à comunicação com os deficientes auditivos. Método: investigação quantitativa, de caráter descritivo, realizada no anode 2017, com 198 profissionais que compõem a equipe de enfermagem de um município da região Noroeste do estado do Paraná, Brasil. Os dados foram processados em um programa estatístico e descritos por estatística descritiva. Resultados: verificou-se que 92,4% dos profissionais acreditavam estar despreparados para atender o deficiente auditivo, 83,8% não sabiam comunicar-se com esses e 96,5% não sabiam se comunicar em Libras. Muitos utilizavam estratégias visando quebrar a barreira de comunicação, tais como: gestos e escritas (18,7%), fala e gestos (11,6%), entre outros. Conclusão: na percepção dos profissionais de saúde, a barreira de
					comunicação com os deficientes auditivos ocorria por não saberem comunicar-se em Libras; por isso, utilizavam mecanismos como gestos e mímicas para tentar a comunicação.

09	Cunha, r.p.s.; Pereira, m.c.; Oliveira, m.l.c.	2019	Enfermagem e os cuidados com pacientes surdos no âmbito hospitalar	Revista de Divulgação Científica Sena Aires REVISA	[...] a maioria dos profissionais de enfermagem não possuem capacidade para oferecerassistência de qualidade aos pacientes surdos devido ao baixo nível de conhecimento a respeito daLibras. Notou-se que grande parte do estímulo para o aprendizado pode vir das escolas de formação acadêmica, porém, muitos dos profissionais buscam se capacitarem por meios próprios com o intuito de oferecerem melhor assistência a seus pacientes surdos.
10	Gomes et al.	20 20	Reflexões acerca dacomunicação na Assistência de enfermagem apessoa surda.	Brazilian Journalof Development ISSN 2525-8761	Refletir sobre o papel da enfermagem na assistência em saúde ao paciente surdo. A comunicação é um requisito fundamental para eficácia dos cuidados em saúde, influenciando na assistência de pacientes surdos por enfermeiros que, na maioria das vezes, não possuem formação para a comunicação em LIBRAS. Em vista disso, reitera-se a capacitação dos profissionais de enfermagem, aliada ao processo de inclusão da língua de sinais no currículo das graduações em Enfermagem e saúde como estratégias de reforço da inclusão social das pessoas surdas na convivência social.
11	Neves, A.G.A., *et al.*	20 20	Inclusão do pacientesurdo nos serviços de saúde no âmbito da atenção primária e suas interfaces com o cuidado de enfermagem	Ciências Biológicas e de Saúde Unit.	Este estudo analisa a literatura publicada sobre a inclusão do paciente surdo nos serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde e suas interfaces com o cuidado de enfermagem. Apesar dos avanços históricos, prevalecem os desafios enfrentados por profissionais da saúde na assistência aos surdos.

12	Waleria do Socorro Rodrigues Oliveira; Daniele Melo Sardinha; Ellem Fiel Franco; Erivelton do Carmo Baia; João Paulo Duarte Pereira; Rita de Cássia Siqueira Gonçalves; Marcia Andrea da Gama Araújo;	2020	Desenvolvimento eaplicação de uma tecnologia educacional para auxiliar a comunicação entre o deficiente auditivo e enfermeiro: relato deexperiência	Revista Eletrônica Acervo Saúde.	Desenvolver e aplicar uma tecnologia educacional para auxiliar a comunicação entre o deficiente auditivo e enfermeiro. Relato da Experiência: Tratou-se deum estudo descritivo do tipo relato de experiência, em que na primeira etapa, se desenvolveu uma tecnologia educativa, a partir da pesquisa bibliográfica, e na segunda etapa aplicou-se através daEducação Permanente realizada com enfermeiros atuantes do Serviço Público de Saúde. Após a verbalização do tema, da apresentação da tecnologia e de todos terem participado de forma efetiva e correta da dinâmica, abriu-se um espaço para perguntas, possíveis dúvidas e complementação do tema a fim de um retorno avaliativo dos enfermeiros. Sendo a atividade avaliada como positiva pelos enfermeiros da Unidade.

13	Jesus;	2021	enfermagem.	of Health Review. ISSN:25956825	envolvem os surdos e as categorias de gênero, corpo, tradução cultural. Entende-se que a comunidade surda, não por opção, mas por condição, têm por "obrigação" aprender duas línguas: a que melhor responde às suas necessidades de comunicação, no caso a LIBRAS, e a língua padrão da sociedade em que estão inseridos. Dessa forma, além dos problemas provenientes da discriminação a que são submetidos, por serem vistos como "deficientes", também precisam enfrentar as dificuldades própriasda falta de informação e comunicação em que se encontram, visto que o seu meio social é estruturado para pessoas ouvintes. As pessoas que possuem algum problema de audição são denominadas como "deficientes auditivos", ou DA.
14	Silva, A.B da, *et al*.	2021	Capacitação do enfermeiro na língua brasileira de sinais	Revista Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia no cuidado interdisciplinar	A insatisfação dos deficientes auditivos e surdos com relação aos atendimentos na saúde, devido à dificuldade de expressão e compreensão entre os profissionais é algo preocupante e que se pode gerar um tratamento inadequado ou equivocado. A LIBRAS tem um papel muito importante auxiliando na integração desses indivíduos na sociedade.

Fonte: Elaborada pelos próprios autores com base na pesquisa realizada.

Quadro 2. Os trabalhos selecionados retratam a importância da inclusão da disciplina de LIBRAS nas grades curriculares das Instituições de Ensino Superior (IES), para os cursos de enfermagem e da saúde num todo,

CÓD.	AUTORES	ANO	TEMA	FONTE	RESUMO
01	Maria Aparecida Mendes da Silva; Linconl Agudo Oliveira Benito	2016	Conhecimento de graduandos em enfermagem sobre língua brasileira de sinais (LIBRAS)	Centro Universitário de Brasília (Uni CEUB) – DF – Brasil. ISSN 1981-9730 (on-line)	os D.A, relatam insatisfação com o atendimento de saúde em função do reduzido quantitativo de profissionais habilitados em LIBRAS. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi analisar o conhecimento de graduandos de enfermagem (GE) de uma instituição de ensino superior (IES) sobre LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais), usada pelos deficientes auditivos para se comunicar.
02	Moura et al.	2019	A língua brasileira de sinais como disciplina obrigatória na graduação em enfermagem: opiniões dos discentes	Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde [Online]. ISSN 2317-1154	Descrever as opiniões dos graduandos em enfermagem acerca da Disciplina obrigatória de Libras durante a sua formação.
03	Arruda filho, J.J. de *et al.*	2020	Assistência de enfermagem a paciente com surdez em um setor de ginecologia: Relato de experiência	Braz. J. Hea. Rev.,	A Língua Brasileira de Sinais (Libras) é constituída em uma modalidade viso-espacial e é com base nessa modalidade que os sujeitos surdos constroem seu conhecimento e estabelecem seu principal meio de comunicação. [...] entende-se a necessidade de se repensar uma formação acadêmica que contemple as questões que envolvem a surdez e as singularidades dos indivíduos surdos. (como seria essa formação?) apresentar mais características voltadas ao tema da pesquisa)

Fonte: Elaborada pelos próprios autores com base na pesquisa realizada.

4 ANALISE E DISCUSSÃO

Neste tópico abriremos em primeiro momento uma análise e discussão sobre as fundamentações e resultados dos trabalhos científicos selecionados e identificados por código nos quadros 1 e 2 e consequentemente a consolidação da hipótese proposta neste trabalho. Importante ressaltar que os 17 artigos fazem uma abordagem da surdez como uma doença através de uma visão clínico terapêutica. Porém seria de grande valia que os profissionais da enfermagem, entendessem um pouco mais sobre o conceito de surdez e conhecessem também a visão sócio antropológica na constituição do povo surdo, onde seus usuários utilizam a língua brasileira de sinais como língua oficial e não se reconhecem como doentes ou deficientes, devendo ser respeitada esta condição. Por fim entender que o surdo possui uma língua e cultura diferente do povo oralizado.

Os trabalhos científicos da tabela 1, que tratam dos principais obstáculos enfrentados pelos profissionais de enfermagem no atendimento a pessoa surda, fica evidente através de um panorama geral que os 14 trabalhos retratam o despreparo quanto ao processo de inclusão no que tange a relação entre profissional e cliente e destacam a comunicação como principal obstáculo encontrado em um atendimento de saúde, haja visto que o surdo tem língua e cultura própria o que dificulta a comunicação com o profissional de enfermagem uma vez que este não conhece e por conseguinte não domina a mesma.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem estabelece que o enfermeiro tenha o direito de aprimorar os seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais para fomentar a sustentação da sua prática profissional (COFEN, 2017). Nesse sentido, o profissional de enfermagem deve realizar um curso de formação em libras a fim de prestar uma assistência de qualidade ao paciente surdo (ARAGÃO et al., 2015).

Nos trabalhos de código 1;3;4;8, priorizou-se uma pesquisa quantitativa realizada em unidades básicas de saúde em regiões diferentes do Brasil, inclusive registrando pesquisas realizadas em Belém do Pará, que apontam a comunicação entre profissionais de enfermagem e cliente surdo como sendo o principal obstáculo para um atendimento inclusivo e eficaz.

Aproximadamente 2,5 milhões de brasileiros são portadores da surdez, dos quais 500.000 (quinhentos mil) são surdos profundos. Outro dado bastante relevante e definidor, aponta o Pará, dentre os Estados que compõem a Região Norte, como a federação que mais possui indivíduos com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir. Fatos capazes de comprovar o quanto estas relações

precisam ser levadas em consideração, inclusive, no âmbito hospitalar. Visto que, é fundamental transpor as barreiras de comunicação entre profissionais de saúde e clientes surdos (BRITO; LAVAREDA, 2015).

Segundo as pesquisas de campo realizadas, o desconhecimento da LIBRAS se dava por conta de uma série de outros obstáculos secundários como: falta de tempo, falta de informação sobre o curso, problemas financeiros, não considerar a LIBRAS importante, dificuldades na

hora do atendimento, o que levaram os profissionais a utilizar métodos alternativos como: mimica, gestos, escritas, leitura labial, o que gerou aos profissionais sentimentos negativos relatados após este atendimento como: insegurança, incapacidade, impotência, constrangimento, dificuldade de compreensão.

Apesar dos sentimentos expostos, os profissionais reconheceram a necessidade de se capacitar e especializar na língua de sinais bem como gostariam que suas unidades de trabalho pudessem oferecer cursos gratuitos disponibilizando intérpretes para ajudar na capacitação. Por fim entendem que o cliente surdo precisa ser incluso no processo de acolhimento e que outras alternativas poderiam colaborar no atendimento como disponibilizar televisão com legenda, visita domiciliar para atender o surdo, prioridade no atendimento, disponibilidade de interpretes.

Nesse contexto, a utilização de instrumentos para facilitar a comunicação entre profissional da saúde e indivíduo surdo, sendo verbal ou não verbal, deve estar inserida no processo terapêutico, pois, irá repercutir na qualidade do atendimento, garantia do direito à saúde ao indivíduo, como também uma forma de acolhimento, e promoção da saúde da população surda. Assim, a elaboração de tecnologias é primordial para mediar essa relação, ocasionado em diversos benefícios tanto para o profissional e paciente (RAMOS TS e ALMEIDA MAPT, 2017).

Os artigos 11;13;14, fazem uma abordagem qualitativa com foco na dificuldade da comunicação entre profissionais de enfermagem e cliente surdo na Atenção Primária, uma vez que é a porta de entrada do SUS, e os seus profissionais devem estar capacitados para atender todos os usuários na sua integralidade. Segundo as pesquisas é perceptível a ausência e desconhecimento da língua de sinais por parte dos profissionais de enfermagem que precisam comunicar e interagir com seu cliente para obter uma boa relação de respeito e confiança. Porém a falta de uma comunicação efetiva associada a discriminação quanto ao conhecimento da LIBRAS, fazem com que a Atenção Primária tenha que criar mecanismos de participação e inclusão da pessoa surda criando planos de capacitação nas unidades básicas que permitam estreitar a relação entre cliente surdo e profissional.

O enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo ao paciente, com vasta experiência na área da saúde por lidar com as mais variadas situações, portanto deve estar capacitado para atuar na prevenção e promoção da saúde e na reabilitação da mesma nos indivíduos e população. Lorenzetti et al., (2014) reconhecem a enfermagem como uma das profissões da área da saúde de maior importância para o cuidado ao paciente, apoiando em todas as suas esferas de vida, desenvolvendo a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. A enfermagem é a arte do cuidado, oferecendo conforto, acolhimento e bem-estar aos pacientes.

A comunicação é fundamental para que sejam criados espaços de discussões nas diferentes áreas do saber, em especial na área de saúde. É através da comunicação que os indivíduos constroem conhecimentos, saindo do modelo tradicional de ensino aprendizagem e se tornando participantes do processo de transformação. Neste contexto, os deficientes auditivos são coparticipantes desse processo de transformação para uma sociedade mais inclusiva, visto que utilizam a comunicação das mais variadas formas, incluindo a linguagem escrita, oral ou de sinais para expressar seus sentimentos e queixas (MARTINS, RODRIGUES, 2013; SAUL, SAUL, 2016).

Nos artigos 6; 7; 9; 10; 12, apresentam uma abordagem descritiva mostrando também a comunicação como principal entrave dos profissionais de enfermagem na hora de um atendimento a uma pessoa surda. As pesquisas apontam que a dificuldade da comunicação poderia ser menor caso algumas mudanças como políticas públicas de inclusão e participação popular fossem mais consistentes e pudessem ser implementadas como: utilização de interpretes para auxiliar nos atendimentos e capacitar os profissionais de enfermagem, fazer valer a Lei 10.436/2002 e o Decreto 5.626/2005, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais. Difundir ações como oferta de cursos gratuitos de LIBRAS, produções de cartilhas, cartazes, folders educativos, palestras, tecnologias educacionais como aplicativos que permitam uma melhor comunicação já que a inclusão da pessoa surda ainda é um grande desafio para os profissionais da saúde e gera sentimentos negativos para os envolvidos no processo. Importante destacar que as cinco pesquisas falam do problema da comunicação, mas também defendem e apoiam a inclusão obrigatória da disciplina de LIBRAS nas grades curriculares das graduações.

O que poderia também ser estendido para cursos técnicos.

Os profissionais de saúde necessitam estar qualificados para realizarem o processo de acolhimento e atendimento a todos os habitantes sem nenhum tipo de exclusão, ou seja, deve ser incluído o paciente surdo nesse processo, considerando o cidadão em todas as suas peculiaridades, integralidade,

complexidade e integração sociocultural (SOUSA; ALMEIDA, 2017). Nesta perspectiva, os cursos de graduação devem conter na sua grade curricular, o ensino de língua de sinais visando à capacitação dos profissionais do serviço de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos) na área educacional (pedagogos, psicopedagogos), e na comunidade escolar (diretora, secretárias de escola, agentes administrativos, auxiliares de limpeza, de cozinha), e não somente a fonoaudiologia, enfim todos os profissionais que lidam com o público em todas as áreas e que pode deparar-se com esse segmento: a surdez, tendo em vista a inclusão e a excelência do atendimento.

Nos artigos de códigos 2; e 5, trazem uma abordagem reflexiva sobre aspectos linguísticos que interferem para uma comunicação eficiente e a importância de se estabelecer um canal de comunicação adequado para que não ocorra uma dupla frustração na hora da troca de informações. Na pesquisa de código 2 defende a ideia do profissional de enfermagem com um ser inclusivo, por trazer na sua formação o princípio do cuidado, acolhimento, humanização e relações interpessoais. Para que haja uma comunicação efetiva com o seu cliente o profissional de enfermagem deve transpor as barreiras da comunicação quando o cliente se tratar da pessoa surda. Isso porque o ambiente será composto de um bilinguismo, no caso a língua verbal (português) e a não verbal (LIBRAS).

Porém as dificuldades são imensas visto que os profissionais de enfermagem não sabem se comunicar pela língua de sinais. A pesquisa reforça a importância do conhecimento da LIBRAS pelos profissionais de saúde já que na grande maioria das vezes que acompanha o surdo são seus familiares ou interpretes contratados por ele. De certa forma o atendimento acontece, mas fere princípios como privacidade, intimidade do cliente que precisa relatar para terceiros o que está sentindo e nem sempre a informação chega corretamente ao profissional.

Sabe-se que atualmente existem diversas legislações que tem por objetivo assistir o deficiente auditivo total ou parcial, frente à garantia dos direitos previstos a todo cidadão. Porém, na prática percebe-se que a efetividade dessas legislações é questionável, pois, a integralidade, equidade e universalidade, preconizadas pelo SUS, no atendimento ao paciente auditivo fica comprometida quando não existe uma comunicação adequada (FREITAS, 2017). Portanto destaca-se a importância do domínio da LIBRAS pelos profissionais de enfermagem.

O artigo de código 5 segue uma temática diferente porem abordando a dificuldade da comunicação entre profissional e cliente nas unidades de saúde. A pesquisa reforça a importância da especialização do profissional de enfermagem em LIBRAS para que possa desenvolver uma Assistência integral, e

minimizar os possíveis obstáculos existentes em um atendimento. Por fim ambas pesquisas reforçam a importância de uma melhor qualificação do profissional de enfermagem para que haja uma resposta satisfatória quanto a comunicação e o cliente surdo possa ser atendido na sua integralidade.

Para que seja possível a determinação de uma interação compatível a uma assistência efetiva à saúde, compete ao profissional habilidade técnica, experiência e capacidade para o desenvolvimento de comunicações e de vínculo interpessoal, visando o compartilhamento de informações e mensagens de maneira eficiente e clara, a fim de qualificar o cuidado prestado (SOUSA; ALMEIDA, 2017).

Os trabalhos científicos da tabela 2, apontam a necessidade de inclusão da disciplina de LIBRAS como obrigatória nos cursos de graduação de enfermagem bem como nos demais cursos de saúde, lembrando que o único curso da área da saúde que contempla obrigatoriamente a disciplina de LIBRAS é o curso de fonoaudiologia, deixa evidente através de um panorama geral que os 03 trabalhos selecionados no quadro 2, retratam o ensino da LIBRAS nas Instituições de Ensino Superior (IES), como sendo o primeiro passo para termos profissionais mais capacitados e preparados para atender as necessidades do povo surdo, trazendo uma bagagem da graduação, um diferencial para tornar uma sociedade mais inclusiva e justa no que tange a assistência em saúde.

Os trabalhos com código 1;2;3, retratam pesquisas quantitativa, descritiva e exploratória que buscam destacar que a comunicação entre o profissional de enfermagem e o cliente surdo já começa a ser prejudicada quando as IES não oferecem suporte e metodologias adequadas para que seus discentes que serão futuros profissionais possam sair mais preparados e qualificados para atender com excelência seus clientes.

Ressalta-se que alguns cursos superiores de enfermagem só começaram a ministrar a disciplina de Libras de forma facultativa a partir de 2010, na tentativa de amenizar a dificuldade do acesso dos surdos aos serviços de saúde devido a ineficácia na comunicação no atendimento (NEVES, 2016). Esse impasse na comunicação, é um dos fatores que mais reduzem o acesso de saúde a essa população, limitando sua autonomia pela frequente necessidade de terceiros intermediando o atendimento (OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015).

Nestes 03 (três) trabalhos fica evidente o consenso de que precisa haver uma mudança no cenário acadêmico com intuito de fomentar novas discussões acerca da implementação de grades curriculares que contemplem a disciplina LIBRAS nos cursos de saúde. O Decreto nº 5.626/05, em seu artigo 3º, tornou obrigatória a inclusão de LIBRAS nos currículos dos cursos de graduação em fonoaudiologia, licenciaturas e pedagogia, e optativa em relação aos demais cursos de educação superior, talvez uma

solução a médio e a longo prazo, seria a inclusão da LIBRAS como disciplina obrigatória em todos os cursos da área de saúde, visto que, hoje, ela é ofertada, apenas, em algumas instituições como disciplina optativa, o que não tem atraído a atenção dos alunos, que, sem informações profundas sobre sua relevância, preocupam-se apenas, com as disciplinas obrigatórias para a conclusão de seus respectivos cursos (MACHADO, 2012).

Dos resultados quantitativos apresentados, código 1; 3, foram pesquisas realizadas com acadêmicos da área da saúde que consideram importante as IES implementarem a disciplina de LIBRAS na grade curricular das instituições. E que consideram a disciplina como sendo de grande relevância trazendo impactos positivos para suas formações e consequentemente para melhoria do atendimento da pessoa surda. Tratando-se sobre o número de IES no Brasil que já disponibilizam a disciplina de LIBRAS, seria interessante que as Instituições que ainda não contemplam tal disciplina buscassem modelos de IES que reconhecem a importância de desenvolver um papel inclusivo dentro do seu estado como é o caso de Alagoas e Bahia que já possuem instituições com este modelo.

As IES de enfermagem têm o dever de ser exemplo de boas práticas, começando pelo respeito integral pela pessoa humana, trazendo, com isso, integração e verdadeiras experiências clínicas simuladas nos seus currículos. O perfil dos enfermeiros egressos vem passando por metamorfoses ao longo dos anos, pois sua trajetória vem conectada ao modelo socioeconômico e político vigente do país. Nela, este caminho foi caracterizado de forma heterogênea, encontrando desafios que foram superados nos limites conjunturais da sociedade (MOURA et al. 2019).

O trabalho de código 5, aborda a necessidade de se repensar novos modelos de IES e estudantes com uma formação acadêmica que venha contemplar uma realidade sócio inclusiva que envolvam a surdez e as singularidades dos indivíduos surdos. Aponta que a comunicação entre a equipe de enfermagem e o cliente surdo ainda é um grande obstáculo a ser superado visto que a formação acadêmica destes profissionais deveria passar por uma melhor qualificação. Por isso a necessidade de a disciplina de Libras fazer parte da grade curricular dos cursos de Enfermagem que compõem a área da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou uma análise através da revisão de literatura, buscando apontamentos que influenciam no atendimento a pessoas surda pelo profissional de enfermagem. Permitindo saber que o desconhecimento da LIBRAS, a ausência de

informações, comunicação inadequada, são os principais obstáculos do profissional de saúde que dificultam no atendimento à saúde da pessoa surda.

Nesse sentindo, a comunicação é a ferramenta importante nos serviços de saúde, mas ainda, considerada como o principal obstáculo entre as pessoas surdas e profissionais. A falha ou falta de comunicação do profissional em atender a pessoa surda, dificulta o atendimento humanizado. Porém, para não deixar de atender a pessoa surda, alternativas são realizadas como a mimica, gestos, escritas, leitura labial, mas não suficientes para um atendimento de qualidade, trazendo sentimentos negativos de incapacidade, insegurança, constrangimento, impotência e dificuldade de compreensão para ambos os sujeitos do processo.

Portanto, apesar das dificuldades, o acesso ao atendimento em saúde da pessoa surda teve seus avanços, a tecnologia trouxe oportunidades para que profissionais de saúde viessem aprimorar o conhecimento com a LIBRAS por meio de aplicativos a exemplo, que facilita a aprendizagem da LIBRAS e pode mediar o processo de atendimento. No entanto percebemos que ainda necessita de maior envolvimento dos profissionais de enfermagem no sentido de interesse de aprimoramento no tocante ao atendimento da pessoa surda.

Assim como, seria de fundamental importância que as Instituições de ensino superior, oportunizassem a LIBRAS, disciplina curricular, sem caráter optativo, mas como disciplina que tenha a mesma importância das demais que embasam o acadêmico de enfermagem no ato de ação de sua profissão. Os acadêmicos devidamente treinados poderão promover a pessoa surda um acolhimento e atendimento de qualidade ,ficando mais atento a realidade desta população carente de atendimento à saúde, saberá detectar suas necessidades o que facilitará a acessibilidade ao uso de atendimento integral e humanizado, respeitando desta maneira, um dos princípios do SUS, que é a integralidade.

Para melhorias de comunicação no atendimento de saúde a pessoa surda, cabe sugerir que profissionais sejam capacitados, que façam uso da LIBRAS com eficiência, que intérpretes sejam introduzidos para auxiliar na comunicação, que cartilhas, cartazes ou folders educativos, possam ser utilizados em prol de fomentar a LIBRAS, tornando-se uma língua presente nas unidades de saúde, possibilitando a boa relação e diálogo entre profissional e paciente.

Desta forma, é relevante o tema deste estudo, para gestores e profissionais que almejam um melhor atendimento de saúde, com o propósito de oferecer a sociedade os serviços que são de direito, em especial as pessoas surdas. Seria importante que novos estudos com esta temática fossem

desenvolvidos por novos acadêmicos de enfermagem com o intuito de cada vez mais reforçarmos esse processo de inclusão das pessoas com deficiência em especial as pessoas surdas.

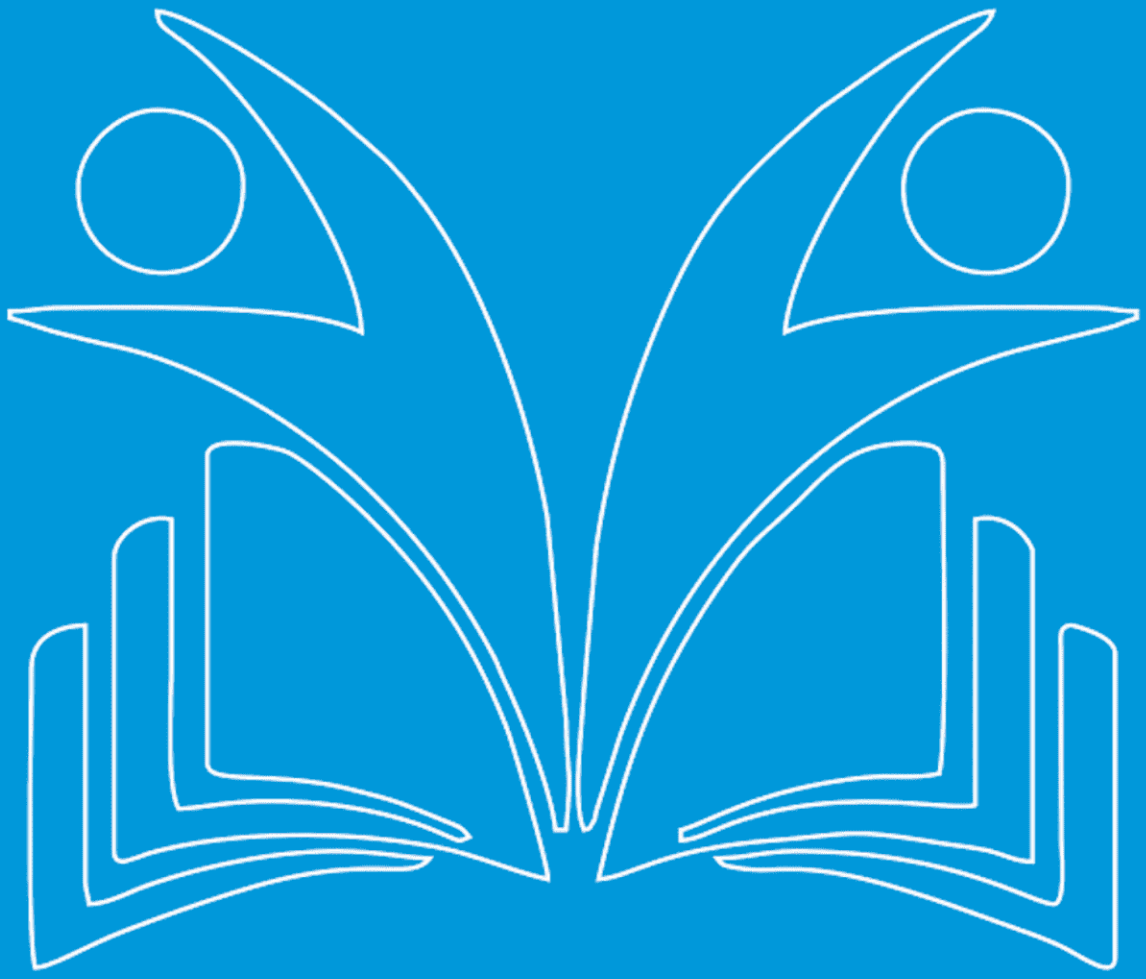
Capítulo 19

10.37423/230107124

INCIDÊNCIA DE BACTERIOBILIA E ANTIBIOTICOPROFILAXIA EM PACIENTES DE BAIXO RISCO SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA ELETIVA.

Pedro Meira Dolfini

HOSPITAL BENEFICENTE UNIMAR / DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO E ENDOSCOPIA



Resumo:

Introdução: A colecistolitíase é uma das doenças mais comuns do aparelho digestivo, estima-se que 10% a 15% da população adulta, têm ou terão cálculos biliares. O trato biliar é normalmente estéril, mas a porcentagem de contaminação da bile aumenta, podendo chegar a 30% em pacientes com cálculos em vias biliares. Em relação ao uso da antibióticoprofilaxia em colecistectomia videolaparoscópica há um crescente consenso em apoio ao não uso em casos não complicado, no entanto a maioria dos cirurgiões não desistem de tal prática tradicional. O uso desnecessário de antibióticos aumenta os custos e aumenta a incidência de multirresistência bacteriana **Objetivo:** Avaliar a incidência de bacteriobilia em pacientes de baixo risco submetidos a colecistectomia videolaparoscópica eletiva e sua correlação com antibióticoprofilaxia. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo prospectivo randomizado em 40 de pacientes portadores de cálculos biliares submetidos à colecistectomia laparoscópica eletiva. Os pacientes selecionados foram divididos de forma aleatória em dois grupos, um dos grupos recebeu antibióticoprofilaxia e o no outro grupo nenhum antibiótico foi administrado, em ambos os grupos foi realizado coleta da bile logo após a retirada da vesícula da cavidade abdominal e encaminhada para cultura e antibiograma. **Resultados:** Foi observado cultura biliar positiva no total 11 pacientes (27,5%), sendo incidência de 45% no grupo que não recebeu antibióticoprofilaxia e de 10% no grupo que recebeu antibióticoprofilaxia, dos pacientes ASA 1 apenas 5,5% tinham cultura biliar positiva enquanto os pacientes ASA 2 tinhas 45,5% de positividade, os pacientes sem comorbidades tinham presença de bactérias na bile em 14,9% e os pacientes com pelo menos uma comorbidade apresentavam 42,1% de bile colonizada por bactérias, mostrando essas relações relevância estatística ($p<0,05$), a relação com idade e sexo não apresentaram relevância estatística. **Conclusão:** Observou-se um aumento na incidência de bacteriobilia em pacientes que não foram submetidos a antibióticoprofilaxia independente de idade e sexo, porém com aumento também na incidência dos pacientes que apresentavam pelo menos uma comorbidade e consequentemente maior escore ASA.

1.INTRODUÇÃO

A colecistolitíase é uma das doenças mais comuns do aparelho digestivo, e constitui um importante problema de saúde nos países desenvolvidos. Estima-se que 10% a 15% da população adulta, têm ou terão cálculos biliares. [1]. No Brasil, a colelitíase é a doença cirúrgica abdominal mais comum no doente idoso, sendo sua incidência relacionada à progressão da idade, com prevalência global na população em geral de 9,3% [2].

A colecistectomia laparoscópica representou alteração significativa no tratamento da doença da vesícula biliar. É considerada como o tratamento padrão-ouro para colecistolitíase, substituindo a colecistectomia laparotômica como a primeira escolha de tratamento para cálculos biliares e colecistite aguda [3]. Embora esta doença tenha uma baixa taxa de mortalidade, o impacto econômico e de saúde é significativo, devido à alta incidência e morbidade [4].

O trato biliar é normalmente estéril, a infecção é um resultado de estase biliar secundária a obstrução, que por sua vez é causada, na maioria das vezes, por cálculo biliar. A obstrução aumenta a pressão ductal, resultando em proliferação e disseminação bacteriana, sendo as mais comuns bactérias gram-negativas. As duas formas mais comuns de invasão bacteriana ao trato biliar são a forma ascendente e via hematogênica [5].

Em indivíduos saudáveis a incidência de bacteriobilia é baixa devido a expulsão do organismo por excreção diária de bile por outros mecanismos de defesa, mas a porcentagem aumenta, podendo chegar a 30% em pacientes com cálculos em vias biliares [5]. As bactérias mais comuns isoladas foram *E. coli*, seguido por *Klebseilla*, e *Shigella* [4].

Em relação ao uso da antibióticoprofilaxia em colecistectomia videolaparoscópica, apesar das controvérsias, há um crescente consenso em apoio ao não uso em casos não complicado [6-7]. No entanto a maioria dos cirurgiões não desistem de tal prática tradicional facilmente. O uso desnecessário de antibióticos aumenta os custos e aumenta a incidência de multirresistência bacteriana [8]. Por causa de controvérsias no uso rotineiro dos antibióticos na colecistectomia videolaparoscópica, realizamos este estudo prospectivo avaliando a incidência de bacteriobilia em pacientes submetidos a colecistectomia em um hospital de ensino secundário.

2.OBJETIVO

Avaliar a incidência de bacteriobilia em pacientes de baixo risco submetidos a colecistectomia videolaparoscópica eletiva e sua correlação com antibióticoprofilaxia.

3.MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo prospectivo randomizado em 40 de pacientes portadores de cálculos biliares durante o período de outubro de 2019 a fevereiro de 2020. Os pacientes foram submetidos à colecistectomia laparoscópica eletiva na Associação Beneficente Hospital Universitário (ABHU) na cidade de Marília – SP.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Beneficente Hospital Unimar (ABHU). Todos pacientes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Informado.

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Fez parte do estudo pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com diagnóstico colelitíase sintomático ou não, submetidos a colecistectomia videolaparoscópica eletiva, e que concordarem (por escrito) em participar do estudo.

3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo pacientes com colecistite aguda, empiema de vesícula, episódios recentes de obstrução de via biliar, pancreatite biliar prévia, cirurgia de urgência ou por via laparotômica, pacientes submetidos a procedimento prévio em via biliar, pacientes com alto risco (ASA > 2) e perfuração acidental da vesícula biliar com extravasamento de bile no intraoperatório.

Os seguintes dados foram coletados para cada paciente: Idade, sexo, score ASA e comorbidades associadas.

3.3 DIVISÃO EM GRUPOS

Os pacientes selecionados foram divididos de forma aleatória em 2 grupos: A(n=20) que recebeu 2g de cefalotina (cefalosporina 1º geração) durante indução anestésica e B(n=20) onde nenhum antibiótico foi administrado até a coleta da bile.

Em ambos os grupos foi realizado coleta da bile logo após a retirada da vesícula da cavidade abdominal e encaminhada para cultura e antibiograma.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis qualitativas foram descritas pela distribuição de frequência relativa (%) e absoluta (f). As variáveis quantitativas foram descritas pela média e desvio-padrão (DP) e a distribuição de normalidade verificada pelo teste de Kolmogorov-smirnov. Para analisar a associação entre o uso profilático do antibiótico e a positividade de bacteriobilia será realizado o teste do Qui-quadrado. A Razão de Chance (Odds Ratio) será calculada e sua significância determinada quando o intervalo de confiança de 95% (IC95%) não incluí o valor 1. Para todas as análises foi utilizado o software SPSS versão 19.0 for Windows, sendo adotado nível de significância de 5%.

4. RESULTADOS

Foram incluídos no trabalhos 40 pacientes, incluindo 34 mulheres, sendo 17 no grupo A e 17 no grupo B, e 6 homens, sendo 3 em cada grupo, em proporção 17,6: 1. A idade dos pacientes variou de 23 a 63 anos, com média de 42,7 anos no grupo A e 50,2 anos no grupo B. Foram classificados pelo departamento de anestesiologia como ASA 1 o total de 18 pacientes (45%) sendo 11 pacientes no grupo A e 7 no grupo B, e como ASA 2 o total de 22 pacientes (65%), sendo 9 no grupo A e 13 no grupo B.

As comorbidades avaliadas foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, hipo/hipertiroidismo, obesidade e tabagismo. O total de 19 pacientes (47,5%) apresentavam pelo menos uma comorbidade, sendo estes 9 pacientes no grupo A e 10 no grupo B. Os grupos mostraram-se homogêneos quanto ao sexo, idade, condição clínica e score ASA.

Foi observado cultura biliar positiva no total 11 pacientes (27,5%). O grupo A com número total de 20 pacientes, que receberam antibioticoprofilaxia, apresentou 2 amostras positivas para bacteriobilia que representa 10% das amostras analisadas, enquanto o grupo B, também com 20 pacientes, que não recebeu nenhum antibiótico, apresentou amostras positivas para bacteriobilia em 45% dos casos analisados. Essa relação mostrou significância estatística (p = 0,0035).

O total de 19 pacientes tinham 45 anos ou mais, desses 7 (36,8%) apresentaram cultura biliar positiva, enquanto 21 pacientes tinham menos de 45 anos e desses 4 (19%) apresentaram cultura biliar positiva (p = 0,8982). Dos 6 pacientes do sexo masculino apenas 1 (16,6%) apresentou cultura biliar positiva, enquanto no sexo feminino das 34 pacientes avaliadas 10 (29,4%) apresentaram cultura biliar positiva (p = 0,2281). Nenhuma dessas relações apresentou relevância estatística.

Os pacientes avaliados pela equipe de anestesiologia como ASA 1 do total de 18 apenas 1 (5,5%) apresentou cultura biliar positiva, enquanto os pacientes classificados como ASA 2 do total de 22 pacientes, 10 (45,5%) apresentaram cultura biliar positiva. Dos pacientes com pelo menos uma comorbidade, 8 (42,1%) apresentaram cultura biliar positiva, enquanto no grupo de pacientes sem nenhuma comorbidade 3 (14,9%) apresentaram crescimento bacteriano na amostra de bile. Ambas as relações, ASA e comorbidades apresentaram relevância estatística, (p=0,004) e (p=0,0209), respectivamente.

5. DISCUSSÃO

A colecistectomia videolaparoscópica tem baixo risco para complicações infecciosas, com incidência média de 0,4% e 1,1% como mostraram as meta-análise de McGuckin et al. e Shea et al. [9-10]. Atualmente os mesmos critérios de profilaxia antibiótica utilizados para a cirurgia convencional são rotineiramente usados na cirurgia laparoscópica, sem que haja evidência clara de sua necessidade [11].

Apesar da controvérsia em torno do uso de profilaxia antibióticos na colecistectomia laparoscópica, o seu uso ainda é altamente aplicado na prática clínica. O estudo realizado por McGuckin et al. constatou que de 79% dos pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica receberam antibióticos profiláticos no pré-operatório e 63% recebeu antibióticos no pós-operatório.[9]

Nesta série, a cultura biliar positiva foi de 27,5%, que é muito semelhante aos resultados encontrados por Yaqin et al. de 25,7% [12]. Estudos mais recentes também demonstraram valores semelhantes como o de Harbi et al. em 2001 que reportou cultura biliar positiva em 25% dos casos [13]. Quando comparados os grupos houve um aumento significativo na cultura biliar positiva no grupo que não recebeu antibiótico profilático. O grupo A que recebeu antibiótico profilático apresentou taxa de 10% de bacteriobilia, enquanto o grupo B que não recebeu antibiótico apresentou taxa superior de 45% de bacteriobilia.

O Staphulococcus Coagulase Negativa foi considerado o organismo mais comum neste estudo encontrado em 23,08% das amostras positivas, seguidos pelo Staphylococcus Aureos, Klebsiella pneumoniae e Streptococcus Alfa Hemolítico com 15,38%. E. coli, Proteus Vulgaris, Enterococcus e cândida albicans surgiram nas amostras na incidência de 7,69%. Esses resultados divergem de resultados encontrados Sabir et al. [14], Harbi et al. [13], e Darko et al. [15], onde a incidência

predominante nos três estudos são de E. coli variando incidência de 28,1% a 45,07% seguidos de Klebsiella pneumoniae.

Todos os organismos isolados se mostraram sensíveis as cefalosporinas de primeira, segunda e terceira geração (Cefalotina, cefuroxima e cefitriaxone, respectivamente), exceto pela cepa de Proteus Vulgares que se mostrou resistente a cefalosporina de primeira e segunda geração. Em relação as quinolonas todas as cepas foram sensíveis ao ciprofloxacino e apenas uma cepa de Streptococcus Sp. resistente ao levofloxacino. O maior índice de resistência encontrado foi da ampicilina com total de 38,4% das amostras resistentes.

Todas as cepas avaliadas também se mostraram sensíveis a clindamicina, claritromicina, oxacilina, linezolida e vancomicina. Este padrão encontrado de cepas multisensíveis segue outros estudos como de Harbi et al. [13], Sabir et al. [14], Oliveira et al. [16].

6. CONCLUSÃO

No presente estudo observou-se um aumento na incidência de bacteriobilia em pacientes que não foram submetidos a antibióticoprofilaxia independente de idade e sexo, porém com incidência maior em pacientes que apresentavam pelo menos uma comorbidade e consequentemente maior escore ASA.

Não necessariamente o aumento da incidência de bacteriobilia na ausência do antibiótico profilático reflete aumento na incidência de infecção pós operatória, pois essa correlação já foi demonstrada em vários estudos anteriores [17-18].

7. BIBLIOGRAFIA

1. Laura M, Shaffer S, Shaffer EA. Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer. Gut and Liver, April 2012, Vol. 6, No. 2, pp. 172-187.

2. Altenfelder-Silva R. Complicações da colecistectomia vídeo laparoscópica. In: Margarido NF, Saad Junior R, Cecconello I, Martins JL, Paula RA, Soares, LA. Videocirurgia. São Paulo: Robe; 1994; 223-43.

3. Duman K, Sezer K.H, Yılmaz F, Akın M.L: The clinical outcome of traditional laparoscopic Cholecystectomy. Gaziantep Med J 2013;19(1): 35-39.

4. MANAN, F., KHAN, M., FARAZ, A., KHAN, M.. Frequency of common bacteria and their antibiotic sensitivity in patients with symptomatic cholelithiasis. Journal of Postgraduate Medical Institute (Peshawar - Pakistan), North America, 28, apr. 2014.

5. Gomes PRL, Fernando SSN, Weerasekara DD, Velathanthiri VGNS, Rizny MSM, Weerasekara MM, et al. Aerobic bacteria associated with symptomatic gallstone disease and their antimicrobial susceptibility. Galle Med J 2006;11:913

6. Yan RC, Shen SQ, Chen ZB, Lin FS, Riley J. The role of prophylactic antibiotics in laparoscopic cholecystectomy in preventing postoperative infection: a meta-analysis. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2011;21:301-306.

7. Zhou H, Zhang J, Wang Q, Hu Z. Meta-analysis: antibiotic prophylaxis in elective laparoscopic cholecystectomy. Aliment Pharmacol Ther. 2009;29:1086-1095.

8. Mehta A, Godara, R, Anand A, Noori T, Gupta D, Kajal A, Nehra A. Evaluatin of the role of prophylactictic antibiotics in laparoscopic cholecystectomy – A prospective randomized study. International Journal of Surgery and Medicin. 2018;

9. McGuckin M, Shea JA, Schwartz JS. Infecção e antimicrobiano uso em colecistectomia laparoscópica. Infect Control Hosp Epi-demiol 1999; 20: 624-626

10. Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy. A meta-analysis. Ann Surg. 1996; 224(5):609-20.

11. Shindholimath VV, Seenu V, Parshad R, Chaudhry R, Kumar A. Factors influencing wound infection following laparoscopic cholescytectomy. Trop Gastroenterol. 2003; 24(2):90-2.

12. Yaqin H, Sultan G. Results of culture of gallbladder, bile and gall-stones. J Pak Med Assoc 1978; 28: 31-2

13. Al Harbi M, Osoba AO, Mowallid A, Al-Ahmadi K.Tract microflora in Saudi patients with cholelithiasis. Trop Med Int Health 2001; 6: 5704.

14. Sabir O. Infected bile in gallbladder in cholelithiasis (dissertation). Karachi: College of Physicians and Surgeon Pakistan1998.

15. Darko R, Archampong EQ. The microflora of bile in Ghanians. West Afr J Med1994; 13: 113-5.

16. Oliveira RS, Silva P, Queiroz CAS, Terra-Júnior JA, Crema E. Prevalência de bacteriobilia em pacientes submetidos à colecistectomia eletiva. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2018;31(3):e1392. DOI: /10.1590/0102-672020180001e1392

17. Al-Ghnainiem R, Benjamin IS, Patel AG. Meta-analysis suggests antibiotic prophylaxis is not warranted in low-risk patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg. 2003; 90(3):365-6.

18. Sanabria A, Valdivieso E, Gomez G. Antibiotic prophylaxis for patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy. (Protocol) Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD005265

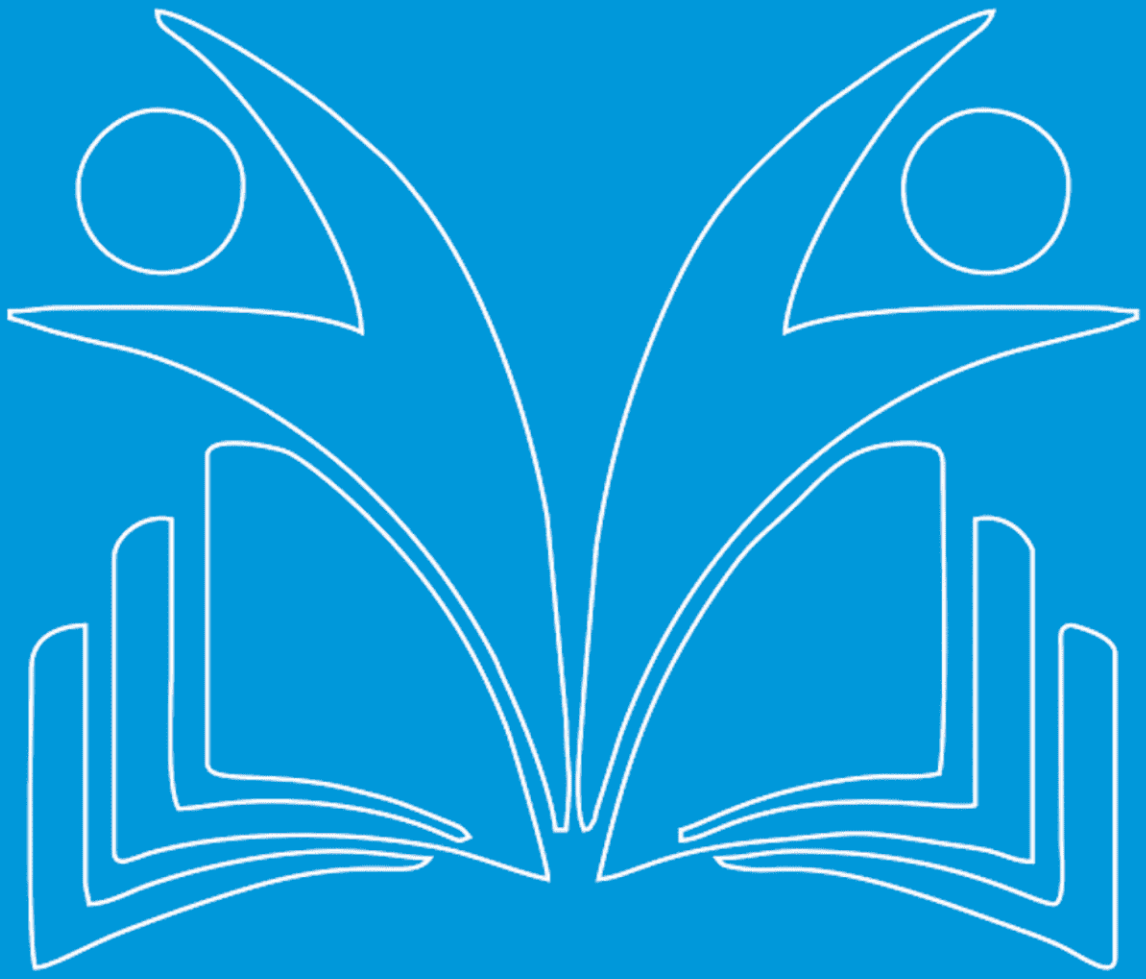
Capítulo 20

10.37423/230107127

ENFERMAGEM ATUANTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM A SÍNDROME DE BURNOUT: UMA REVISÃO DE LITERATURA

LETICIA KATHIELY PEREIRA ALMEIDA OLIVEIRA

CENTRO DE ENSINO EM ENFERMAGEM E NUTRICAO - CEEN / PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE GOIAS



Resumo: Objetivo: identificar as possíveis consequências da síndrome de burnout nos enfermeiros atuantes na unidade de terapia intensiva. Metodologia: Trata-se de uma revisão da literatura. Para levantamento dos artigos foi realizado busca online na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), usando os seguintes descritores de saúde (Decs): esgotamento profissional, enfermeiro e UTI. Resultados: O ritmo apressado das transformações sociais, organizacionais e jurídicas tem influenciado no processo de saúde/ adoecimento do trabalhador. Entre as profissões que mais têm desenvolvido a síndrome do Burnout encontra-se a Enfermagem. Esse episódio relaciona-se ao intenso trabalho em turnos, à carência de reconhecimento profissional, às relações de trabalho e ao lidar constantemente com a sensação de impotência frente à morte. Para os profissionais que trabalham nas unidades de terapia intensiva (UTI) esta condição se agrava, pois estão mais expostos as condições dolorosas como a morte e o contato consecutivo com pacientes em estado grave ou terminal. Considerações finais: O trabalho não deve ser um fardo pesado, mas uma atividade que proporcione satisfação e realização pessoal, portanto para se prevenir a Síndrome de Burnout devem-se adotar ações que valorize o profissional e lhe permita expressar a sua opinião sobre o ambiente de trabalho em que ele está inserido.

Descritores: Burnoute, Enfermeira, Assistência e Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS (2019), a Síndrome de Burnout ou Síndrome de esgotamento profissional, é marcada como uma síndrome ocupacional, configurada por três sinais clássicos: esgotamento físico e psíquico (a sensação de não dar conta das tarefas); indiferença e perda de personalidade (não se importar mais com o próprio exercício profissional, cinismo e apatia); e Baixo contentamento profissional.

A síndrome de burnout ultrapassa o estresse, sendo avaliada como uma reação ao estresse crônico. A síndrome está relacionada ao trabalho causada por repetitivas pressões emocionais sofridas pelos profissionais ao longo do tempo.

A síndrome de burnout constitui em um processo social-psicológico e multidimensional, indicado pela presença de 3 extensões independentes: a) a exaustão emocional, marcada por redução da capacidade física e esgotamento emocional; b) a despersonalização, que se menciona a respostas frias e atitudes impessoais com os usuários do serviço; e c) a baixa concretização profissional, que representa uma tendência à negatividade em seu desempenho e desenvolvimento profissional (FERREIRA, 2017).

O risco maior de enfrentar o Burnout ocorre em profissionais da educação, da saúde, policiais e agentes penitenciários, entre outros, por se tratarem de ofícios que requerem muito envolvimento com os problemas e pensamentos diversos. O estresse ocupacional pode provocar impacto para o próprio trabalho do indivíduo e nas diferentes áreas da sua vida, na expansão em que há uma inter-relação entre todas elas (SILVA, 2018).

As consequências da síndrome são rigorosas e em muitos casos irreversíveis. Em alto nível o Burnout faz com que os profissionais esperem um curto tempo de trabalho, longo período de férias ou até mesmo a demissão. Entre os motivos ligados ao desenvolvimento da síndrome de Burnout estão: desejo de reconhecimento, subvalorização profissional, necessidade de superação profissional, sobrecarga de trabalho; trabalho em conjunto, autonomia e particularidades da tarefa ou rotina de trabalho (SILVA, 2018).

Teoricamente, o Burnout depende da suscetibilidade individual e do ambiente em que o profissional está introduzido, incluindo desde o local de trabalho diário até a sociedade a qual o indivíduo pertence. Intervenções capazes de aperfeiçoar os recursos pessoais para lidar com os desafios do ambiente podem auxiliar no controle dessa síndrome. Pesquisas comprovam que os aspectos negativos do ambiente de trabalho apresentam relação com eventos adversos associados ao cuidado de baixa

qualidade e aumentam o risco de consequências indesejáveis para os profissionais de saúde, como a ocorrência de Burnout (NOGUEIRA, 2018).

A enfermagem mostra-se como uma das profissões com amplas possibilidades de desencadear a síndrome de burnout, tendo em vista a organização do trabalho, a indefinição do papel profissional; a sobrecarga de trabalho acirrada pelo pagamento de horas-extras; a falta de autonomia e autoridade na tomada de decisões, além de ter o cuidado como sua essência e por grande parte da carga de trabalho ser o contato direto com pacientes e familiares (ROSSI, 2019).

Enfermeiros de unidade de terapia intensiva suportam influência contínua de diversos estressores encontrados no ambiente laboral. Devido ao trabalho exaustivo e tenso, esses profissionais estão mais predispostos a desenvolver o estresse ocupacional, que com o tempo pode desenvolver a síndrome de burnout, assim como outros transtornos mentais.

O burnout e o estresse são os assuntos mais abordados por pesquisadores da área de saúde mental no trabalhador. Tem sido relatado que o burnout entre os enfermeiros é mais elevado do que em outros profissionais da saúde, uma vez que eles experimentam situações estressantes constantes no trabalho, além de atuarem em contato direto com os pacientes críticos que têm diagnósticos diferentes e graus de sofrimento diversos (VASCONCELOS, 2018).

Sendo assim para concretizar esta pesquisa partimos do seguinte problema: Como a síndrome de burnout afeta o trabalho dos enfermeiros na unidade de terapia intensiva?

Essa pesquisa se justifica pela necessidade de maior investigação e divulgação acerca da síndrome de burnout na área hospitalar, visto que, por lidar diretamente com seres humanos, os profissionais dessa área estão mais expostos aos fatores desencadeantes de estresse. Com isso, apresentam maior probabilidade de desenvolver a síndrome de burnout. Além disso, compreender a síndrome na dimensão organizacional possibilita detectar precocemente suas causas, prevenindo a sintomatologia e impactando positivamente a produtividade, o desempenho e a eficácia do serviço prestado por esse profissional.

CAPÍTULO I

1 OBJETIVOS

1.1 GERAL

Identificar as possíveis consequências da síndrome de burnout nos enfermeiros atuantes na unidade de terapia intensiva.

1.2 ESPECÍFICOS

Descrever sobre a síndrome de burnout nos enfermeiros

Citar os sinais e sintomas;

Verificar os tipos de tratamentos;

Detectar as complicações atuantes na assistência de enfermagem.

CAPÍTULO II

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente artigo científico segue os moldes de uma pesquisa bibliográfica, com análise integrativa, visando fazer uma ilustração geral sobre complicações cirúrgicas pós – transplante renal.

A pesquisa classifica-se como bibliográfica, pois a revisão bibliográfica é o processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema de pesquisa escolhido, permitindo efetuar um mapeamento do que já foi escrito e de quem já escreveu algo sobre o tema da pesquisa (MORESEI, 2003).

Após a definição do tema foi feita uma busca em bases de dados virtuais em saúde, especificamente na Biblioteca Virtual de Saúde - Bireme. Foram utilizados os descritores: Esgotamento profssional, enfermeiro, UTI, enfermagem. O passo seguinte foi uma leitura exploratória das publicações apresentadas no Sistema Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde - LILACS, National Library of Medicine – MEDLINE e Bancos de Dados em Enfermagem – BDENF, Scientific Electronic Library online – Scielo. Os critérios de inclusão foram: serem publicados nos últimos dez anos e responderem aos objetivos do estudo. Foram excluídos os anteriores que não respondiam aos objetivos.

Para o resgate histórico utilizou-se livros e revistas impressas que abordassem o tema e possibilitassem um breve relato da evolução do transplante renal.

Realizada a leitura exploratória e seleção do material, principiou a leitura analítica, por meio da leitura das obras selecionadas, que possibilitou a organização das ideias por ordem de importância e a sintetização destas que visou a fixação das ideias essenciais para a solução do problema da pesquisa.

Após a leitura analítica, iniciou-se a leitura interpretativa que tratou do comentário feito pela ligação dos dados obtidos nas fontes ao problema da pesquisa e conhecimentos prévios. Na leitura interpretativa houve uma busca mais ampla de resultados, pois ajustaram o problema da pesquisa a possíveis soluções. Feita a leitura interpretativa se iniciou a tomada de apontamentos que se referiram a anotações que consideravam o problema da pesquisa, ressalvando as ideias principais e dados mais importantes.

A partir das anotações da tomada de apontamentos, foram confeccionados fichamentos, em fichas estruturadas em um documento do Microsoft word, que objetivaram a identificação das obras consultadas, o registro do conteúdo das obras, o registro dos comentários acerca das obras e ordenação dos registros. Os fichamentos propiciaram a construção lógica do trabalho, que consistiram na coordenação das ideias que acataram os objetivos da pesquisa.

As ideias mais importantes dos estudos foram inseridas em um quadro sinóptico, que consistiu na desconstrução dos estudos, dividido em quatro colunas: 1) numeração dos estudos, 2) resultados das pesquisas e suas referências. A leitura repetida dos resultados, em busca dos pontos comuns entre eles resultou em uma terceira coluna: 3) pontos comuns entre os resultados das pesquisas, onde se descreveu em que os autores concordaram. O último passo foi a construção das categorias, que consistiu na síntese de cada ponto comum.

CAPÍTULO III

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. PERFIL DOS ESTUDOS

Autor (Ano)	Título	Principais Resultados	Conclusão
BEZERRA, 2019.	A síndrome de burnout em	No grupo estudado de 17 enfermeiros, 76% eram do	No presente estudo demonstrou-se que

	enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar.	sexo feminino. A idade teve uma variação de 30 a 49 anos (média de 37 anos, desvio padrão de quatro anos e mediana de 38). Quanto ao estado civil, houve igual frequência de profissionais casados e solteiros (35% cada). E 53% da amostra estudada referiram não terem filhos. A maioria dos enfermeiros, 59% referiu ter de cinco a dez anos de atuação na profissão. Com relação à naturalidade, 47% dos enfermeiros nasceram em São Paulo (Capital). Toda a amostra deste estudo é composta por brasileiros.	nesta amostra, apesar de se tratar de uma população considerada de riscos ocupacionais, não houve presença da síndrome de burnout.
FERREIRA, 2017.	Síndrome de burnout na enfermagem hospitalar / intensivista: o que dizem os estudos?	Três categorias temáticas surgiram com base na leitura das publicações – elas são: sofrimento do profissional; características individuais; suporte institucional.	O interesse da comunidade científica pelos estudos sobre a SB e seus resultados tem aumentado nos últimos anos, principalmente entre profissionais da saúde, devido às graves consequências que podem produzir na qualidade dos cuidados aos pacientes, sendo essa uma problemática

			comum em diversos países. Contudo, o Brasil ainda precisa avançar nos estudos sobre essa doença ocupacional, pois se observa vulnerabilidade entre os profissionais da saúde quanto à SB, potencializada pela identificação da elevada presença de cada uma de suas dimensões no contexto hospitalar – principalmente em áreas complexas, como a UTI.
FONSECA, 2018.	Síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem de unidades intensivas em um hospital público.	Do total de 22 entrevistados, 9 (40,9%) profissionais apresentam um nível alto de exaustão emocional, estão sofrendo com ou no seu trabalho, apresentam sensação de esgotamento físico e mental, e não possuem disposição de energia para realização de qualquer atividade. Seis (27,3%) profissionais vivenciam tais sintomas poucas vezes, no entanto sete	Com este estudo, foi possível identificar que a sobrecarga relativa ao trabalho representa um risco à saúde dos profissionais que atuam em unidades intensivas devido às situações de desgaste que enfrentam no seu dia-a-dia.

		(31,8%) apresentam um nível médio de exaustão emocional, experimentam seus sintomas algumas vezes, o que deve ser considerado um sinal de alerta.	
GALINDO, 2017.	Síndrome de burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade de recife.	Não existe consenso na literatura para diagnosticar o burnout. A constatação da síndrome num pequeno percentual da população estudada, devendo-se, ao menos em parte, ao fato de se adotar os critérios preconizados por Maslach, referidos por vários autores, os quais são considerados mais rígidos porque enfatizam as interrelações entre as três dimensões do burnout.	A frequência de burnout era baixa na população estudada, mas os resultados despertam preocupação, particularmente, devido ao caráter sorrateiro da síndrome, uma vez que algum dos seus sentimentos e atitudes constituintes pode estar presente de modo intermitente, avançando com o tempo.
MORENO, 2011.	Estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de burnout.	Foram selecionados 46 artigos, três dissertações e três livros. Os estudos enfatizam três níveis de intervenções, ou seja, estratégias organizacionais, aplicadas ao ambiente de trabalho; estratégias individuais focadas nas respostas pessoais, ao tentar regular	As ações preventivas serão viáveis quando a síndrome de burnout não for estigmatizada unicamente como responsabilidade individual ou pelo relacionamento profissional-usuário, e

		as emoções frente a uma situação estressante e estratégias combinadas centradas na interação do contexto ocupacional com o indivíduo.	ser entendida como um problema da relação indivíduo - processo de trabalho - organizaç ão.
NOGUEIRA, 2018.	Burnout e ambiente de trabalho de enfermeiros em instituições públicas de saúde.	A realização de uma atividade profissional deveria ser uma fonte de satisfação, recompensa econômica e profissional, que reafirmasse o papel importante do indivíduo na sociedade. No entanto, a prática cotidiana é vivenciada com a presença de diferentes níveis de estresse ocupacional que pode ter como produto a condição patológica do Burnout.	As características do ambiente de trabalho que apresentaram relação com Burnout dos enfermeiros foram: a autonomia, o suporte organizacional e o controle sobre o ambiente. A pouca autonomia para o enfermeiro resolver problemas do trabalho, se associou às três dimensões que caracterizam o Burnout; a falta de suporte da organização para o desenvolvimento da prática profissional foi associada à diminuição da realização pessoal e à exaustão emocional, e o mais baixo controle sobre o ambiente apresentou relação

			somente com esse último domínio.
OLIVEIRA, 2020.	Síndrome de burnout em enfermeiros: uma revisão integrativa.	A importância de avaliar burnout em profissionais de enfermagem é, sobretudo, o fato de que encontramos pessoas com alta realização profissional, porém vivem em um sistema fechado, onde a comunicação é limitada, onde aparecem como consequência da profissão, o esquecimento ou o deixar de lado suas próprias atividades.	A síndrome de burnout destaca-se dentre as doenças ocupacionais desenvolvidas em qualquer atividade profissional, no entanto, a enfermagem está entre as profissões mais acometidas, pelo fato das próprias atividades/situações características inerentes à profissão.
ROSSI, 2019.	A síndrome de burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre a atenção básica e setores fechados hospitalares.	Em relação à sintomatologia pode-se encontrar diversos fatores associados ao burnout, destacando-se a fadiga, dores musculares, distúrbios do sono, cefaleias, perturbações gastrointestinais e hipertensão arterial.	No campo da saúde do trabalhador, entendemos como relevante a construção do conhecimento de possíveis predisposições desencadeantes da síndrome do esgotamento profissional, em especial nos enfermeiros, visto que atuam em diferentes ambientes de trabalho, muitas das vezes em condições inadequadas, tanto nos

			aspectos físico, biológico e psicossocial. Situações que podem levar à alta frequência de faltas ao trabalho, pedidos de licença, abandono do emprego e deterioração da qualidade dos serviços, gerando impacto negativo sobre a efetividade da atenção oferecida aos pacientes.
SILVA, 2018.	Síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva.	Ao correlacionar os dados sociodemográficos dos enfermeiros à presença da síndrome de Burnout, observou-se que ambas eram do sexo feminino, com faixa etária entre 22 a 40 anos, sem filhos, sendo uma casada e a outra solteira. Quanto à atividade física ambas praticavam exercícios. Dessa forma, os resultados exibidos apresentam-se condizentes com a literatura.	A partir da investigação realizada pode-se concluir que a síndrome de Burnout acontece de forma discreta em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva nos quatro hospitais de ensino no município de Teresina, Piauí. Entretanto ressalta-se a presença de sintomas somáticos em grande parte dos profissionais; o que se traduz em afecções

			físicas e psicológicas importantes.
SILVA, 2018.	Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva.	A prevenção da Síndrome de Burnout inicia com uma mudança na rotina do local de trabalho, procurando não atingir metas, mas, incluindo o bem-estar de cada um, vendo o profissional dentro de uma perspectiva holística e vendo o ambiente de trabalho como um todo, seja na climatização, na diminuição dos ruídos, nos recursos materiais para que juntos, com uma valorização do profissional, contribuam para seu crescimento profissional.	Os resultados obtidos refletem que os profissionais de saúde apresentam sinais sugestivos da Síndrome de Burnout, indicam também que os profissionais apresentam um alto nível de esgotamento emocional e despersonalização, o que acarreta problemas para a saúde desses indivíduos e, consequentemente, para quem está próximo do mesmo. O fator organizacional social e econômico englobam a tríade que contribuem para o agravamento dessa síndrome.
TAVARES, 2018.	Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes.	Diante dos resultados descritos, nota-se que há similaridade com aqueles encontrados na literatura, o que evidencia que os indivíduos com alterações sugestivas para o	Os resultados apontaram para o desenvolvimento da síndrome de Burnout em um grupo de residentes de enfermagem e

		desenvolvimento do Burnout possuem características semelhantes de suscetibilidade. Em estudos realizados com residentes de enfermagem e profissionais de fisioterapia, foram encontrados indivíduos jovens, do gênero feminino, solteiros, sem filhos e no início de sua carreira profissional.	revelaram alguns indivíduos propensos a ela. Ser jovem, do gênero feminino, solteiro, sem filhos, e estar em início da carreira profissional e alocado em programas de residência de alta complexidade (cardiovascular e terapia intensiva) foram fatores predisponentes à síndrome de Burnout em um grupo de residentes de enfermagem.
VALERETTO, 2020.	Fatores desencadeantes do estresse ocupacional e da síndrome de burnout em enfermeiros.	Diante desta problemática, torna-se necessário que as instituições tenham um planejamento, a fim de combater o burnout, fazendo com que os profissionais se sintam valorizados, motivados e, principalmente, trabalhem em um ambiente harmonioso e com recursos técnicos e humanos que favoreçam o desenvolvimento de suas atribuições.	Os resultados revelam que a enfermagem se encontra como profissão de risco para o estresse ocupacional e burnout através de problemas relacionados à organização e ao processo de trabalho como trabalho em turno, escassez de pessoal, falta de recursos materiais, sobrecarga laboral, falta de autonomia,

			relacionamento interpessoal, desvalorização, baixos salários, grande responsabilidade e sobrecarga emocional.
VASCONCELOS, 2017.	Burnout e sintomas depressivos em enfermeiros de terapia intensiva: análise de relacionamento.	As taxas de prevalência da síndrome de burnout e da sintomatologia depressiva são alarmantes. Por meio da experiência profissional dos autores, observa-se que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador encontra-se distante de suprir as necessidades desses profissionais. É fundamental que sejam adotadas estratégias de enfretamento contra o burnout e a sintomatologia depressiva no âmbito ocupacional, uma vez que isso pode refletir em prejuízos na qualidade da assistência prestada, assim como na taxa de absenteísmo.	Existiu uma correlação em que, quanto maior foi o nível de exaustão emocional e de despersonalização, maior foi a sintomatologia depressiva; e quanto menor a realização profissional (inversamente proporcional), maior a sintomatologia depressiva.
VASCONCELOS, 2018.	Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de unidade de	O estudo buscou investigar a prevalência e possíveis fatores sociodemográficos, hábitos de vida e relacionados ao trabalho que estão associados à ocorrência da	O estudo contribui com o conhecimento na área de saúde mental do trabalhador, uma vez que esta é a primeira pesquisa

	terapia intensiva.	síndrome de burnout. Os resultados mostraram que a prevalência de enfermeiros com a síndrome de burnout correspondeu a 14,3%, índice similar ao encontrado na literatura.	nacional com enfermeiros assistenciais de unidade de terapia intensiva que evidenciou associação significativa entre a duração das férias e a ocorrência do burnout.

Realizada leitura analítica dos artigos selecionados que possibilitou a organização dos assuntos por ordem de importância e a sintetização destas que visou à fixação das ideias essenciais para a solução do problema da pesquisa. Para operacionalizar a pesquisa os achados serão discutidos à seguir.

O ritmo apressado das transformações sociais, organizacionais e jurídicas tem influenciado no processo de saúde/ adoecimento do trabalhador. A exposição prolongada a estressores ambientais e situacionais resulta no estresse ocupacional, que por sua vez colabora com o aumento da exaustão emocional e da despersonalização, assim como com a baixa realização profissional (VASCONCELOS, 2017).

Verifica – se que esse trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho; as atividades laborais deixam de ser significativas; e qualquer esforço lhe parece inútil, indicando um esgotamento, que advém após a utilização de toda a energia disponível. Nessa perspectiva, verifica-se que a síndrome de Burnout decorre de uma cronificação do estresse ocupacional, o qual tem consequências negativas relacionadas às esferas individuais, profissional, familiar, social e institucional, perdendo o trabalhador a capacidade de se (re)adaptar às demandas existentes no contexto laboral (TAVARES, 2018).

A Síndrome de Burnout é promulgada no estágio mais avançado do estresse. Tem seu início com o desânimo e a desmotivação com o trabalho, e pode chegar a doenças psicossomáticas, fazendo com que o profissional tenha elevadas taxas de absenteísmo, abdução temporário das funções, chegando até a aposentadoria por invalidez (OLIVEIRA, 2020).

Ao se tratar de estresse ocupacional, pesquisas apontam que os profissionais que exercem funções cuja profissão exige contatos interpessoais muito intensos, como em profissões de ajuda e/ou assistenciais, tais como médicos, enfermeiros, bombeiros, e outros, são os mais aptos a adquirir a

síndrome de burnout. É notável o impacto multiplicador que o alto nível de estresse pode causar não só para o indivíduo em si, mas também para os recebedores de seus serviços (BEZERRA, 2019).

Entre as profissões que mais têm desenvolvido a síndrome do Burnout destaca-se a Enfermagem. Esse episódio relaciona-se ao intenso trabalho em turnos, à carência de reconhecimento profissional, às relações de trabalho e ao lidar constantemente com a sensação de impotência frente à morte. O Burnout afeta enfermeiros em todo o mundo e, em vários contextos de trabalho, fazendo com que desenvolvam sentimentos negativos em relação às necessidades dos pacientes, como frustração, frieza e indiferença (OLIVEIRA, 2020).

Essa condição acontece também porque as atribuições do enfermeiro demandam muita atenção, discernimento e responsabilidade, fatores que podem influenciar diretamente na saúde física e mental do trabalhador e condicionar ao surgimento do estresse ocupacional (VALERETTO, 2020).

Para os profissionais que trabalham nas unidades de terapia intensiva (UTI) esta condição se agrava, pois estão mais expostos as condições dolorosas como a morte e o contato consecutivo com pacientes em estado grave ou terminal. Além disso, nestas unidades a equipe de enfermagem é quem se apresenta mais próximo do paciente. O trabalho concretizado nestas unidades faz com que a equipe de enfermagem se torne um grupo de alto risco para desenvolver a Síndrome de Burnout (FONSECA, 2018).

A diminuição da incidência de burnout pode ocorrer através da habilidade para administrar as situações estressoras do cotidiano, para isso, o profissional pode fazer uso de estratégias, que pode ser deliberada como uma resposta comportamental que o indivíduo emite para se adaptar de melhor forma diante do evento estressor (GALINDO et al., 2017).

É necessário que o profissional desenvolva estratégias de enfrentamento visando diminuir a sobrecarga de trabalho, o desgaste emocional e físico, a insatisfação pessoal, e promover assim, uma melhor qualidade de vida, dentro e fora do ambiente terapêutico (MORENO et al., 2011).

As organizações estão cada vez mais preocupadas com a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde física e mental de seus colaboradores, devido ao fato de que o burnout causa sérias repercussões, tanto no âmbito laboral como pessoal, além de refletir na qualidade da assistência prestada (VALERETTO, 2020).

No âmbito laboral, a instituição pode fornecer melhores condições de trabalho, tempo adequado para descanso, sistema de apoio ao trabalhador, condições físicas agradáveis e plano de carreira. Assim,

defende Moreno et al., (1019), quando a instituição se preocupa apenas com o aspecto econômico, não se importando com as condições de trabalho de seus funcionários, há uma queda na produtividade e qualidade da assistência, portanto, as instituições podem e devem investir na qualidade de vida no trabalho de seus funcionários, vendo que esse investimento irá refletir também no modo em como a instituição é vista pelos seus clientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, fica evidente que o enfermeiro, pela função que exerce, necessita de uma atenção maior por parte da instituição de trabalho. As situações vivenciadas em seu dia-a-dia podem desencadear a Síndrome de Burnout.

O ambiente laboral interfere diretamente na saúde do profissional de enfermagem, sendo assim, cabe a instituição oferecer condições favoráveis de trabalho, com recursos humanos que sejam suficientes para atender a demanda, diminuindo tanto o desgaste físico quanto mental.

A criação de estratégias que promovam a saúde mental do trabalhador e previna agravos à saúde é uma importante ferramenta para que o enfermeiro possa realizar suas tarefas de maneira agradável e satisfatória, melhorando assim, a qualidade da assistência prestada.

O trabalho não deve ser um fardo pesado, mas uma atividade que proporcione satisfação e realização pessoal, portanto para se prevenir a Síndrome de Burnout devem-se adotar ações que valorize o profissional e lhe permita expressar a sua opinião sobre o ambiente de trabalho em que ele está inserido.

REFERÊNCIAS

BARROS, Dalton de Souza et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]. 2018, v. 20, n. 3 [Acessado 1 Janeiro 2023] , pp. 235-240. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2018000300005>. Epub 04 Nov 2018. ISSN 1982-4335. https://doi.org/10.1590/S0103-507X2018000300005.

FERREIRA, Ginúbia Braga. Síndrome de burnout na enfermagem hospitalar / intensivista: o que dizem os estudos? SANARE, Sobral - v. 16, n. 01, p. 100-108, 2017. Disponível em:

file:///C:/Users/User/Downloads/1100-2656-1-SM.pdf. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

FONSECA, Thiago Carvalho de Paiva. Síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem de unidades intensivas em um hospital público. Rev enferm UFPE on line., Recife, v. 10, n. 1, 296-303, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/10953-23880-1-PB.pdf. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

GALINDO, Renata Hirschle. Síndrome de burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade de recife. Rev. esc. enferm. USP. v. 2, n. 46, p. 420-427, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a21v46n2.pdf. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

MORESEI, E. Metodologia de pesquisa. Universidade Católica de Brasília, 2003.

MORENO, Fernanda Novaes. Estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de burnout. Revista de Enfermagem UERJ, v.1, n.19, p.140-145, 2011. Disponível em:

https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-20242. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

NOGUEIRA, Lilia de Souza. Burnout e ambiente de trabalho de enfermeiros em instituições públicas de saúde. Rev Bras Enferm [Internet], v. 71, n. 2, p. 358-365, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0336.pdf. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

OLIVEIRA, Ramonyer Kayo Morais de. Síndrome de burnout em enfermeiros: uma revisão integrativa. R. pesq.: cuid. fundam. Online, v. 5, n. 1, p. 3168-3175, 2020. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897035.pdf. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

ROSSI, Suelen Soares. A síndrome de burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre a atenção básica e setores fechados hospitalares. Rev. de pesquisa: cuidado é fundamental online, v. 2, n. edição especial, p. 381-384, 2019. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/950/pdf_159. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

SILVA, Glébia Keila da Cunha. Síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva. Enferm. Foco, v. 5, n. 3-4, p. 75-78, 2018. Disponível em:

http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/563/245. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

SILVA, Arelly Barbosa do Nascimento. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – v. 14, n. 1, p. 79-86, 2018. Disponível em: http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2019/11/9.-S%C3%8DNDROME-DE-BURNOUT_09.12.15_PRONTO.pdf. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

TAVARES, Kelly Fernanda Assis. Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes. Acta Paul Enferm., v. 27, n. 3, p. 260-265, 2018. Disponível em:

https://www.redalyc.org/pdf/3070/307031542017.pdf. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

VALERETTO, Fernanda Aparecida. Fatores desencadeantes do estresse ocupacional e da síndrome de burnout em enfermeiros. Revista Saúde Física & Mental - UNIABEU, v.3 n. 2, p. 1-11, 2020. Disponível em: https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/SFM/article/view/1192/1038. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

VASCONCELOS, Eduardo Motta de. Burnout e sintomas depressivos em enfermeiros de terapia intensiva: análise de relacionamento. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 71, n. 1, p. 135-141, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000100135&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

VASCONCELOS, Eduardo Motta de. Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. Rev. Gaúcha Enferm., v. 38, n. 4, p. 1-8, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e65354.pdf. Acesso em 01 de Janeiro de 2023.

Capítulo 21

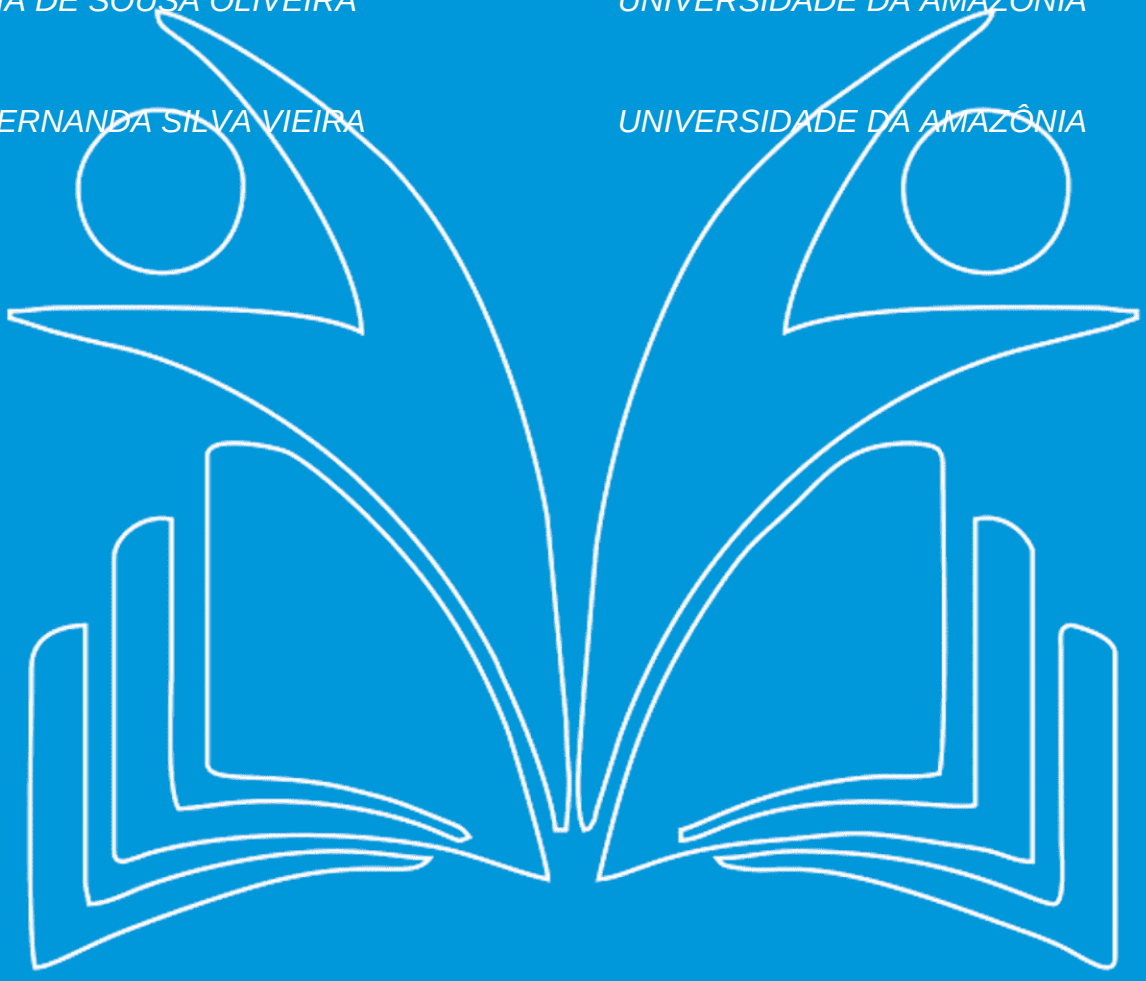
10.37423/230107133

"AMAMENTAÇÃO CRUZADA: RISCO PARA O LACTENTE E A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO"

KAROLINE MORAES DE MELO ABDON — *UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA*

MAIRA LIVIA DE SOUSA OLIVEIRA — *UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA*

RAYSSA FERNANDA SILVA VIEIRA — *UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA*



Resumo: Introdução: A amamentação é uma prática primordial para o desenvolvimento infantil. O leite materno é o alimento mais apropriado para a criança e deve lhe acompanhar desde o nascimento até seus primeiros anos de vida. A amamentação cruzada é uma prática em que uma mulher amamenta o filho de outra mulher e a muito tempo atrás as amas de leite, como eram chamadas as escravas recém- paridas, devido a tradição elas amamentavam as crianças das famílias ricas. O aleitamento cruzado embora seja contraindicado pelo Ministério da Saúde, tem um índice de prevalência muito grande quando se trata da população mais vulnerável, com o passar do tempo a aristocracia passou a valorizar a maternidade e o aleitamento materno incentivado, que logo em seguida foram surgindo os riscos que a amamentação cruzada trazia para os lactantes. Com o passar do tempo o papel das amas de leite deixou de ser praticado dando espaço ao banco de leite humano. Objetivo: Identificar o conhecimento de mulheres, com ou sem filhos sobre os riscos da prática da amamentação cruzada e a atuação do enfermeiro no aconselhamento. Metodologia: Foi realizado um levantamento bibliográfico no período de 2004 a 2020 nas bases de dados da SciELO, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Revista Paraense de medicina, Revista virtual da enfermagem e Ministério da Saúde. Foram selecionados 22 artigos e, após a leitura dos resumos foram excluídos dois artigos por duplicação. Resultados: a literatura aponta a prevalência da amamentação cruzada nas populações mais vulneráveis e o quanto é prejudicial para o crescimento e desenvolvimento da criança. Mostrando que o leite materno da sua própria mãe ou o do banco de leite humano é a opção mais segura para a sua criança. Conclusão: Com isso vemos a importância do papel do enfermeiro frente a amamentação cruzada que com seu conhecimento e esclarecimento sobre o aleitamento materno tanto na atenção básica (pré-natal), quanto no atendimento hospitalar é de grande contribuição para o desenvolvimento e crescimento da criança.

Palavras- chaves: Riscos da amamentação cruzada. Aleitamento materno exclusivo. Pré-natal. Prática do enfermeiro.

1. INTRODUÇÃO

A amamentação é uma prática primordial para o desenvolvimento materno- infantil. Os indicativos evidenciam que o leite materno é o alimento mais apropriado para criança, onde deve acompanhá-lo do dia do nascimento até os primeiros anos de vida, colaborando para a saúde das mães e seus lactentes, somando também benefícios para a família e a sociedade. Portanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) como também o Ministério da Saúde (MS) aconselha que todos os bebês obtenham o aleitamento exclusivo até o sexto mês, no sétimo mês a amamentação deve ser acompanhada com introdução alimentar até os 2 anos ou mais. (CONDE et al., 2017)

Amamentação cruzada é uma prática em que uma mulher amamenta o filho de outra mulher que tem dificuldades de amamentar. A muito tempo atrás na época da Brasil colônia as amas de leite, como eram chamadas as escravas recém paridas, devido a tradição, elas amamentavam as crianças das famílias com as quais viviam, essa prática tornou-se culturalmente aceita, pois, as amas de leite eram destinadas a cuidar e alimentar na casa de seus senhores em troca de alimentos para não passar fome (ARIZA, 2017).

O aleitamento cruzado embora seja contraindicado pelo MS, tem um índice de prevalência muito grande quando se trata da população mais vulnerável, com o passar do tempo a aristocracia passou a valorizar a maternidade e o aleitamento materno incentivado, que logo em seguida foram surgindo os riscos que a amamentação cruzada trazia para os lactentes. (Caderno de Atenção Básica, nº 23,2009)

O discurso veio carregado de preconceitos pelos higienistas onde atribuíam que as amas de leite apontadas como responsáveis pelas transmissões de doenças e comportamentos repulsivos para as crianças, várias regras foram preconizadas como restrições alimentares e intervalos entre as mamadas, e com o passar do tempo o papel das amas de leite deixou de ser praticado dando espaço hoje ao banco de leite que oferece suporte para as mães que não podem amamentar (ALVES et al., 2020).

Como nem sempre as mães conseguem estar próximas de seus filhos ou adquirir as habilidades necessárias à ordenha do leite materno para a sua administração, é possível que o aleitamento cruzado, para elas, pareça ser uma forma viável de manter a amamentação e o fornecimento de leite humano ao bebê, possivelmente pelo seu desconhecimento do risco de transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras doenças pelo leite humano (SEEHAUSEN et al., 2017)

O leite materno é o melhor alimento para o crescimento e o desenvolvimento da criança, existem muitas mulheres que mantém o aleitamento cruzado quando não produzem leite suficiente para amamentar seu bebê ou quando são encontrados fatores de riscos nessa prática, mas existem também o processo educativo a não realização dessa prática, a precariedade da atenção básica afeta a qualidade de serviço fornecido pelo profissional e acaba afetando a qualidade da informação que teria que ser fornecida para essa mãe. (GOMES et al., 2020).

O papel do enfermeiro é acompanhar por meio de consultas e intervenções e precisa estar preparado, pois a enfermagem sempre é presente em todo o processo de amamentação como um componente importante na promoção, proteção e suporte podendo ser implementado como prática hospitalar rotineira. (GOMES, 2017).

Os protocolos tem que ser cumpridos com eficiência, a atuação da enfermagem nesse processo é fundamental, é necessário o enfermeiro fazer palestras, roda de conversa, orientar e sanar dúvidas sobre a amamentação durante o período gravídico-puerperal, tem importante papel na prevenção de doenças e na promoção da qualidade de vida, e entender o cenário que essa mãe está vivendo, pois quanto mais instruída essa mãe estiver, maior será a facilidade de superar obstáculos sobre o assunto (GOMES, 2017).

1.1 JUSTIFICATIVA:

Entende-se que conhecer o aleitamento cruzado sobre a ótica da equipe de enfermagem é primordial no cuidado e proteção do lactente, pois esse ato vem sendo escolhido e praticado de forma insegura, sem que o leite materno da mãe doadora seja coletado e analisado pelo banco de leite antes da entrega ao filho de outra genitora, no qual é necessário refletirmos sobre a capacitação dos enfermeiros frente ao processo de aconselhamento sobre essa escolha de aleitamento cruzado, ao invés da busca por um banco de leite humano.

A pesquisa trata-se de como esse profissional é inserido nesse cenário para realizar as técnicas de aconselhamento que é de suma importância tanto para a mãe quanto para o bebê (GOMES et al., 2020).

1.2 PROBLEMA A SER ABORDADO:

Esta problemática instiga como questão norteadora para este estudo: O significado da Amamentação Cruzada, qual motivação as mães escolherem realizar a amamentação cruzada ao invés da procura

pelo Banco de Leite Humano no qual é seguro e as consequências das transmissões de patologias para o lactente através do aleitamento não saudável com a percepção do Enfermeiro frente a não orientação dos malefícios causados no acompanhamento gestacional, tendo em vista o nível de compreensão de mulheres sem filhos, gestantes e mães sobre o tema abordado.

Neste sentido, esta pesquisa possuí sua relevância na área da enfermagem e saúde em geral, a fim de que se possa discutir, conhecer e ampliar os conhecimentos acerca da temática proposta, refletindo também na formação académica de novos profissionais com possibilidades de maiores propriedades sobre a própria orientação para Lactantes, sobre banco de Leite Humano e amamentação cruzada.

1.3 PERGUNTA NORTEADORA

Qual a importância do enfermeiro frente a amamentação cruzada e qual o conhecimento das mulheres, com ou sem filhos sobre os riscos para o lactente?

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL:

Identificar conhecimento de mulheres, com ou sem filhos sobre os riscos da prática da amamentação cruzada e a atuação do enfermeiro no aconselhamento.

2.2. ESPECÍFICO:

Analisar a importância do enfermeiro no aconselhamento, e as consequências na ausência de orientação.

Identificar fatores de riscos na amamentação cruzada e o que a ausência ou um pré-natal incompleto pode acarretar para os lactantes, como transmissões patológicas pelo leite e contato com a mama.

3. REFERENCIAL TEÓRICO/ REVISÃO DA LITERATURA

3.1 AMAMENTAÇÃO CRUZADA

3.1.1 RISCOS PARA O LACTENTE E A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO

A amamentação cruzada (AC) era uma prática muito utilizada, conhecida como o termo muito antigo: ama-de-leite, expressão usada para se referir às escravas que eram imprescindíveis nas famílias ricas, obrigadas a amamentar os filhos de seus patrões, ao ter seus filhos, eles eram vendidos ou doados,

elas eram muito valorizadas na época, porém o direito a maternidade era negado a elas, no Brasil as amas de leite ocuparam por muito tempo essa prática, que se perdurou até o século XX. (ALVES et al., 2020)

Atualmente a AC ainda é considerada um tabu para muitas pessoas, mas ainda persistem, pois existem condições sociais, questões de precariedades e motivos culturais. No entanto, vale ressaltar que é uma prática contraindicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por conta de riscos de transmissões de doenças e a prática do enfermeiro que é de suma importância para intervir diante da educação em saúde. (GOMES e ARANTES, 2020).

A amamentação possui muitas vantagens para o lactente principalmente nos primeiros dias de vida, mas a informalidade entre as mães causa um impacto muito grande para esse lactente, pois o mesmo fica suscetível a infecções, apesar de ser vista com menos frequência, ainda vem sendo mantida por falta de orientações dadas pelo profissional de enfermagem através do acompanhamento tanto no pré- natal quanto em atividades educativas para mulheres com ou sem filhos que traz consequências futuras por falta de informações que poderiam ser colocadas em prática.

No Brasil adotou-se várias medidas de proteção que previne o controle de epidemias e doenças infecciosas, desde 1995, a amamentação cruzada é contraindicada, mas só em 2001 veio ser constituída, pois o índice de transmissões de infecções por amamentação cruzada tiveram um índice elevado, onde as mães amamentavam os lactentes que não eram seu próprio filho, e geralmente isso é uma pratica que ocorre entre parentes ou amigas que são carentes de esclarecimentos e intervenções antes e durante o período puerperal. (VASCONCELOS; HAMANN, 2005).

Dentre as complicações que podem ser desenvolvidas pelo lactente encontra- se inserido patologias que podem ser transmitidas através do leite materno, onde a Lactante é impedida de amamentar e nesses casos preconizamos a busca pelo banco de leite, leite pasteurizado ou o consumo de fórmulas lácteas conforme prescrição da equipe multidisciplinar, segue a definição dessas doenças:

- **Vírus da Imunodeficiência Humana -HIV**, a mãe que é portadora desse da patologia não irá realizar a amamentação pois está ligada a transmissão do vírus para o bebê via leite materno.
- **Vírus T - linfotrópicos humano – HTLV**, esse vírus faz parte da mesma família do HIV, a família dos retrovírus, onde atinge o sistema imunológico afetando principalmente os linfócitos TCD4 e TCD8, o vírus tem como principal consequência, a paraparesia espástica tropical, doenças

neurológicas, hematológicas e dermatológica, desta forma, RN pode ser infectado através do leite e na hora do parto.

- **Citomegalovírus (CMV)** também pode ser transmitida através do leite materno e na hora do parto, o CMV é da família Herpesvírus, a restrição da mãe positiva é pelo fator de risco a desenvolvimento de doenças comprometedoras ao sistema neurológio e a audição do RN, aos prematuros deve ser oferecido maior atenção.
- **Herpes Tipo I e II**, esse vírus também é da família Herpesvírus, e pode ser subdividida em I e II, o VHS tipo I acomete infecções orais e na face. O VHS II remete a infecções genitais. Os dois tipos virais têm a característica de formar lesões e aparecimento de bolhas, quando essas bolhas se rompem surge o aparecimento de feridas dolorosas. A contraindicação da amamentação da mãe nesse caso não é prevalente transmitido pelo leite, mais sim pelo contato da ferida causada pelo vírus, portanto, caso essas lesões apareçam nas mamas a amamentação deve ser interrompida imediatamente, caso as lesões não sejam nas mamas mais em outra parte do corpo o aleitamento pode ser mantido desde que seja levado em consideração a higienização das mãos e o cobrimento das lesões.
- **Hepatites A, B e C**. A hepatite A tem por sua transmissão via Oral-Fecal, e também podem ser transmitida pelo parto, o vírus é visto da fase mais aguda da doença, portanto, o RN deve receber imunoglobulina anti-VHA caso a mãe seja portadora, seguindo a proteção da imunoglobulina a amamentação não é contraindicada. Na Hepatite B e C é transmitido através do contato com o sangue contaminado, para a hepatite B o bebê de mães portadoras devem receber imunuprofilaxia e a primeira dose do esquema vacinal para Hepatite B, na Hepatite C não existe vacinas, a amamentação nesses casos de Hepatite B e C não são contraindicadas desde que não haja fissuras ou lesões nos mamilos que possam ser sugestivos para a transmissão da doença por contato com o Sangue contaminado.
- **Doença de chagas**. Doença causada por protozoário Trypanossoma Cruzi, onde é transmitida pelo contato das mãos a fezes do “barbeiro”, ao coçar no local da picada do inseto o parasita adentra a derme e se desloca pela corrente sanguínea, causando febre, inchaço e até mesmo insuficiência cardíaca congênita. Pode ser transmitida através do recebimento de sangue contaminado, e pelo leite materno, portanto, amamentação é contraindicada. (GIRUGILANI, et. al, 2017)

- Diante dessa situação observou-se que, a importância do enfermeiro no aconselhamento deste ato é de extrema necessidade para evitar problemas futuros para o lactente, pois existe a prática viável onde o bebê pode estar recebendo a doação desse leite materno, porém não através de amamentação cruzada, e sim através do banco de leite onde ele passará por uma análise até chegar ao lactente para que ele seja seguro sem causar-lhes agravos.

3.1.2 LEITE MATERNO

O leite materno nos primeiros dias de amamentação chamado de colostro, é especialmente produzido para os bebês dessa idade, esse tipo de leite contém proteínas e é rico em anticorpos e outras substâncias que são necessárias na proteção contra doenças. A partir do 6º dia, a mãe começa a produção do leite de transição, que se trata de um leite mais gorduroso rico em lactose onde o objetivo é satisfazer a criança e auxiliar no crescimento. Por isso, é importante deixar a criança mamar bastante em uma mama antes de oferecer a outra, para que o bebê possa se beneficiar de todas as qualidades do leite materno. (Caderno de Atenção Básica, nº 23,2009)

Após o leite de transição, por volta do 15º dia de pós-parto, há liberação do leite maduro, rico em nutrientes capazes de atuar no desenvolvimento cognitivo e corporal do bebê.

Por meio do leite materno, o bebê entra em contato desde cedo com sabores dos alimentos ingeridos por sua mãe, o que influencia positivamente as reações da criança quando ela começar a recebê-los a partir dos 6 meses, por isso a OMS recomenda que o leite materno seja o alimento exclusivo nos 6 primeiros meses de vida. (Caderno de Atenção Básica, nº 23,2009)

3.1.3 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO:

Percebe-se que o aleitamento materno (AM) está associado aos benefícios das condições saudáveis infantil como desempenho do bebê, tem eficácia para o movimento cognitivo, redução de gastos, diminui o índice de mortalidade infantil, protege contra alergia, previne a formação incorreta dos dentes, aumenta a carga de anticorpos e promove uma proteção para a mãe como o câncer de mama. (Caderno de Atenção Básica, nº 23,2009)

O leite materno é o alimento natural e essencial para o bebê nos primeiros 6 meses de vida até pelo menos 2 anos de vida é o ideal para um crescimento saudável, onde o lactente recebe toda a energia necessária dos nutrientes que ele precisa por tanto cabe ao profissional de enfermagem fazer as devidas orientações necessárias sobre o aleitamento.

Para que essa lactante não venha em hipótese alguma desistir da prática do aleitamento materno (AM) é pertinente que ela participe dos programas oferecidos através da atenção básica para dar continuidade a promoção, proteção e apoio para que essa mãe continue se sentindo imponderada diante do processo de amamentação. (SANTOS et al., 2019).

3.1.4 REDE CEGONHA

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha. (MS, PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011)

Como princípios, este programa visa o respeito, proteção e realização dos direitos humanos; a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Sua criação teve como objetivo fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses, reduzindo a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

4. METODOLOGIA

O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS- BIREME, Biblioteca Virtual da Enfermagem, e portal SciELO, e Revistas de Enfermagem. Utilizamos as seguintes palavras-chaves: Riscos da amamentação cruzada, Aleitamento materno exclusivo, pré-natal e Prática do enfermeiro.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma Revisão integrativa de abordagem qualitativa sobre o entendimento de mulheres em relação a amamentação cruzada e a atuação do profissional de enfermagem nas orientações sobre o tema.

A metodologia aplicada foi de revisão integrativa, que pode compreender as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre um determinado tema e fornece suporte para todas as fases de qualquer

tipo de pesquisa, pois ajuda a definir o problema, determinar o objetivo, estabelecer a hipótese e justificativa no final do estudo (MARCONI & LAKATOS, 2007).

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE EXCLUSÃO

Foram inclusos na pesquisa artigos originais escritos em inglês, português ou espanhol, publicados entre os anos de 2004 a 2020. Após o levantamento inicial das produções na base de dados, os artigos inclusos foram conferidos de tal forma a apurar a escolha final das produções que integraram esta revisão.

Foram excluídos os artigos que não alcançaram a perspectiva dos critérios estabelecidos para inclusão.

4.3 COLETA DE DADOS

Foram pesquisados materiais que de fato interessassem e relacionamos diretamente aos objetivos da pesquisa, foi necessário revisar e sintetizar as informações coletadas, de forma que facilitou o manejo dos dados obtidos.

Para isso, utilizamos um instrumento de medida e o método de coleta de dados estruturado contendo as variáveis como: títulos de artigos; país; idioma; ano; base de dados; autores; objetivos ou questão de investigação; características da amostra; local do estudo; análise dos dados; resultados; conclusões e recomendações dos autores.

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados encontram-se no Anexo “A”, sua escolha assegurou que a totalidade dos dados relevantes presentes nas publicações científicas fossem coletadas, diminuindo o risco de erros na transcrição e garantindo precisão nos dados das informações obtidas.

4.4 ANÁLISE DAS PESQUISAS OBTIDAS

Os resultados encontrados nos artigos que compõem a amostra visando responder aos objetivos da pesquisa, todas as etapas foram analisadas e discutidas a partir do referencial teórico relacionado à temática do estudo, os dados foram organizados de acordo com o problema abordado e questão norteadora da pesquisa, as informações obtidas no decorrer do processo dessa revisão integrativa.

Os resultados apresentam-se por meio de gráficos e/ou quadros, acompanhados de discussões encontrados na leitura das revisões dos artigos.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi realizado seguindo as diretrizes da Resolução nº466/12 CNS/MS, os resultados foram descritos de forma integra para reprodução dos dados, assegurando todos os direitos e deveres e manteremos a beneficência e o respeito.

4.6 CRONOGRAMA

O cronograma refere-se a ordem em que as atividades foram realizadas durante a pesquisa (Apêndice A).

4.7 ORÇAMENTO

Todo valor gerado com estudo foi de total responsabilidade dos pesquisadores, sendo isenta a instituição envolvida de qualquer gasto com a pesquisa (Apêndice B).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa produção acadêmica apresentou um total de 22 artigos liberados online por suporte eletrônico, em português, sendo seis publicações no banco de dados da SciELO, dois na base de dados Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), um na Revista Paraense de Medicina, dois nas Revistas virtuais da Enfermagem, e três referências na plataforma do Ministério da Saúde (MS). Duas produções no LILACS foram excluídas, pois estavam duplicadas na base de dados SciELO. Assim, essa revisão tem suporte de 14 artigos (IMAGEM 1).

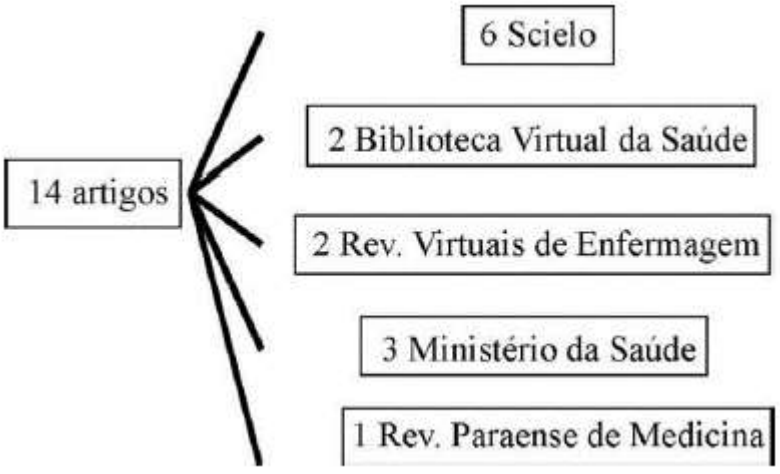


Imagem 1: Descrição das fontes dos artigos aptos a serem utilizados

Um dos focos do estudo foi em identificar os fatores de riscos e a prática da amamentação, pois o aleitamento materno além de ser um estimulo de vinculo efetivo também traz inúmeros benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê, mas para estimular essa prática seria necessário novas implantações de políticas de saúde que influenciassem o aleitamento materno, levando em consideração também os problemas mamários, insegurança, contexto familiar e socioeconômico em que a mulher está inserida, teríamos que incentivar essa pratica durante o pré-natal, proporcionando um atendimento multiprofissional de qualidade promovendo a saúde da mãe e do bebê.

O Quadro 1 descreve as informações de cada pesquisa de forma sucinta. As produções escolhidas sucederam nos anos de 2004 a 2019. Nota-se que o ano das publicações foram um estudo em 2004, três em 2015, um em 2016, dois em 2017 e um em 2019.

Quadro 1. Caracterização Dos Artigos Selecionados referente fatores de risco e prática da amamentação

	TITULO	AUTORES / ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS	OBJETIVO	RESULTADOS
I	Amamentação: Impacto Provocado Nas Gestantes HIV Positivas	VINHAS, D.C.S; REZENDE, L.P.R; MARTINS, C.A; OLIVEIRA, J.P; HUBNER-CAMPOS, (2004)	BVS	Identificar junto as gestantes HIV positivas as principais preocupações quanto ao impedimento à amamentação; avaliar a necessidade de atividades educativas como forma de alternativas ao apoio psicoemocional e afetivo à gestante HIV positiva	Importância do acompanhamento precoce ao pré-natal, pois a maioria das participantes foram unânimes em afirmar que a gravidez não foi planejada e que só tomou conhecimento do seu diagnóstico após exames para HIV recomendado como rotina de pré-natal.
II	Prevalência De Aleitamento Cruzado E Saberes Sobre Esta Prática	PEREIRA, C.R.G; PEREIRA, W.M.M; GONÇALVES, CAÑETE, V. (2015)	Revista Paraense De Medicina	Investigar a prevalência do aleitamento cruzado e os saberes sobre esta prática, entre gestantes atendidas na estratégia saúde da família (ESF), do Município de Belém, Estado Do Pará.	A prevalência de aleitamento cruzado encontrada foi de 61,54% entre as mulheres que já tinham filhos, a maioria das gestantes entrevistadas amamentaria o filho deoutra pessoa caso fosse solicitada sem qualquer restrição, bem como pediriam para outra mulher amamentar seu filho caso achasse necessário.

III	Fatores Associados Ao Aleitamento Cruzado	SEEHAUSEN, M. V., OLIVEIRA MIC, BOCCOLINI CS (2015)	SciELO	Estimar a prevalência de aleitamento cruzado em mulheres assistidas por Unidades Básicas De Saúde e analisar os fatores associados à prática.	Na maioria das mães praticantes eram parentes ou amigas e o aleitamento cruzado ocorria devido a pessoa que cuidava não ser a mãe. Entre as mais de 70% o AC ocorreu entre parentesou amigas e em ocasiões em que a mãe estava distante e o bebê sob os cuidados de outra nutriz.
IV	Saúde Da Criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno E Alimentação Complementar	Ministério Da Saúde,2ª Edição. Cadernos De Atenção Básica (2015)	Ministério Da Saúde	Identificar o tipo de alimentação que a criança recebe, sensibilizar e dar subsídio aos profissionais da atenção básica para a promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno e à prática da alimentação complementar saudável.	Cabe a cada dupla mãe/bebê e sua família a decisão de manter a amamentação, até que a criança a abandone espontaneamente, ouinterrompê-la em um determinado momento. A decisão da mãe deve ser respeitada e apoiada.
v	Aleitamento Cruzado: Prevalência E Fatores Associados	SEEHAUSEN, M. V., (2016)	SciELO	Estimar a prevalência do aleitamento cruzado e analisar os fatores associados à prática.	O aleitamento cruzado teve prevalência relevante em diferentes cenários doestado do rio de janeiro e foi mais praticado por populações mais vulneráveis.
VI	Fatores Associados Ao Aleitamento Cruzado Em Duas Cidades Do Sudeste Do Brasil	SEEHAUSEN, M. V., OLIVEIRA MIC, BOCCOLINI CS. (2017)	SciELO	Estimar a prevalência e analisar os fatores associados ao aleitamentocruzado em Unidades básicas do Rio De Janeiro/RJ.	Não foi encontrada associação entre o aleitamento cruzado e as características do bebê. Associou-se a esta pratica características maternas.

VII	Autoeficácia Na Amamentação E Duração Do Aleitamento Materno Exclusivo Entre Mães Adolescentes.	CONDE, R.G; GUIMARÃES, C.M; SONHOLZ, F.A.G; ORIA, M.O.B; MONTEIRO, J.C.S. (2017)	ScIELO	Verificar a associação entre a autoeficácia na amamentação de mães adolescentes e a duração do aleitamento materno exclusivo (AME).	56,90% das participantes apresentaram alto nível de autoeficácia para amamentar. A prevalência AME foi de 62% em 30 dias, 52,59% em 60 dias e 16% em 180 dias pós-parto. Não houve associação significativa entre a confiança com a duração do aleitamento materno exclusivo.
VIII	Avaliação Do Aleitamento Materno Em Crianças Até Dois Anos Assistida Na Atenção Básica DoRecife, Pernambuco, Brasil	SANTOS, A.M.; SILVA, L.S.DA; RODRIGUES, B.F.S; AMORIM, T.M.A.X; SILVA, C.S.DA; BORBA, J.M.C; TAVARES, F.C.L (2019)	ScIELO	Avaliar o aleitamento materno exclusivo (AME) e total em crianças até 2 anosde idade atendidas em unidades básicas de saúde (UBS) do Recife-PE.	As mães mostraram bom conhecimento sobre assuntos relacionados ao AME, no entanto, esses conhecimentos não se refletiram na prática. As prevalências de AME e AMT das crianças estão abaixo das recomendações do MS e OMS.

Existem situações temporárias ou permanentes que os autores citam em que o aleitamento materno pode causar danos para a saúde do bebê como: mulheres portadoras do vírus HIV, HTLV1 e HTLV2, Infecção herpética (vesículas nas mamas), varicela (se a mãe apresentar lesões), usuárias de drogas ilícitas, entre outras que passam ao leite da mãe e podem prejudicar a amamentação do bebê.

A equipe multiprofissional garante o acompanhamento no pré-natal de forma integral, quando se trata da amamentação exclusiva o profissional de enfermagem nesse processo tem um papel muito importante desde o pré-natal até o momento puerperal da mulher onde trabalha com o acolhimento, orientação, incentivo, sana duvidas, motivação, aconselhamento e principalmente contribuindo com o fortalecimento da autoestima dessa mulher, e esse trabalho todo consequentemente terá um impacto positivo para sociedade.

O Quadro 2 caracteriza as informações de cada pesquisa de forma sucinta. As produções escolhidas sucederam nos anos de 2005 a 2020. Nota-se que o ano das publicações foram um estudo em 2005, um em 2011, um em 2019 e três em 2020, os artigos falam sobre a falta de qualidade da assistência prestada frente a gestantes e parturientes infectadas pelo HIV, com isso mostra a fragilidade na organização, administração e avaliação sobre o devido assunto no serviço de saúde.

Tendo como objetivo a implementação de algo novo a atenção da mulher e da criança desde o nascimento até seus 24 meses de vida, a organização da rede de atenção para melhor acesso e com isso reduzir a mortalidade infantil.

O desenvolvimento dos profissionais nas ações educativas nutricionais é de extrema importância no âmbito individual e coletiva no SUS e em outros setores, o profissional de saúde é um orientador e provedor da saúde com as intervenções da amamentação.

A atuação do enfermeiro de frente a amamentação cruzada e precarização do trabalho, observando que muitos profissionais já presenciaram a situação e muitos outros não possuem orientações. Muitos se silenciam sobre os motivos da não amamentação cruzada, com isso vemos a carência do aconselhamento na conduta, devido a falta de conhecimento, medo ou receio de uma boa aceitação da gestante ou parturiente.

Com tudo vemos a importância da atuação dos profissionais de saúde frente a amamentação cruzada e a importância do aleitamento materno, a exclusividade até os 6 primeiros meses de vida da criança e a forma do aleitamento quando a mãe não pode amamentar seu filho, para isso existe o banco de leite humano que após o leite doado passar por análise e tratamento é o alimento mais adequado para uma criança.

Quadro 2. Caracterização dos artigos selecionados referente a atuação do profissional de Enfermagem

	TÍTULO	AUTORES / ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS	OBJETIVO	RESULTADOS
I	Por que O BrasilAinda Registra Elevados Coeficientes De Transmissão Vertical Do HIV? Uma Avaliação Da Qualidade DaAssistência Prestada A Gestantes / Parturientes Infectadas Pelo HIV e Seus Recém-Nascidos	VASCONCELOS, A.R.L & HAMANN, E.M. (2005)	SciELO	Avaliar a assistência prestada a parturientes HIV+ e seus recém-nascidos (RN), e determinar os coeficientes de transmissão vertical (TV) do HIV em quatro capitais brasileiras.	O programa brasileiro de redução da TV do HIV se revela frágil no que diz respeito à sua organização, administração e avaliação nos serviços de saúde. Para melhor entendimento dessas etapas, nos vários níveis de gestão, um modelo-guia é sugerido.

II	Portaria Nº 1.459, De 24 De Junho De 2011, Institui, No Âmbito Do Sistema Único De Saúde - Sus -A Rede Cegonha.	Ministério Da Saúde (2011)	Ministério Da Saúde	I - Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - Organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; III - Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.	Os resultados demonstram o desafio de incorporar os processos de monitoramento e avaliação no cotidiano destas maternidades, por questões estruturais da cultura institucional. Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; exames financiados pelo ministério da saúde a partir da adesão à rede cegonha.
III	Guia Alimentar Para Crianças Brasileiras Menores De 2 Anos	Secretaria De Atenção Primária À Saúde Departamento De Promoção Da Saúde (2019)	Ministério Da Saúde	Apoiar a família no cuidado cotidiano, este documento subsidia os profissionais no desenvolvimento de ações de educação alimentar e nutricional em âmbito individual e coletivo no sistema	A amamentação é uma das intervenções de maior impacto em termos de benefícios para a criança, a mulher e a sociedade.
				único de saúde (SUS) e em outros setores..	
IV	Amamentação Cruzada No Cenário Da Precarização Do Trabalho Em Saúde: Atuação Do Enfermeiro	GOMES, D.; RODRIGUES, P.; ARANTES, P.C.C; RODRIGUES, B.R. (2020)	BVS	Investigar a atuação dos enfermeiros frente àamamentação cruzada e correlacionar com a atual questão da precarização do trabalho.	As participantes têm idades entre 40 e 60 anos, com período de formação de 1988 a2012. Das seis enfermeiras, quatro relataram que já vivenciaram casos de amamentação cruzada na sua vida profissional e duas disseram que não participaramde nenhuma capacitação em amamentação ao longo de suacarreira.
V	Silenciamento Dos Enfermeiros Sobre Os Motivos Da Não Recomendação Da Amamentação Cruzada	GOMES, C.S; RODRIGUES; B.M.R.D; PERES P.L.P; KIFMAN, L. (2020)	Revista Conselho Federal De Enfermagem	Identificar qual a conduta assistencial do enfermeiro frente àamamentação cruzada.	Aponta a carência do aconselhamento na conduta assistencial frente à amamentação cruzada e o silenciamento sobre os motivosda não recomendação dela.

VI	Relato De Experiência De Alunos Do 3ª Ano Do Curso De Enfermagem Sobre A Importância Da Elaboração De Ações Educativas Para Captação De Doadoras De Leite Materno	ALVES, M.A; PEIXOTO, M.R; MELO, A.A.P; GIMENEZ, F.V.M. (2020)	Revista Científica Eletrônica De Enfermagem FAEF	Relatar o caso, sobre a visita ao banco de leite humano de um município do interior paulista, com a proposta de desenvolver o planejamento de uma ação educativa.	Importância do aleitamento materno, o importante papel que este alimento exerce sob anutrição humana, nos primeirosmeses e anos de vida. Notou- se também como é frequente os casos de mães que não conseguem amamentar seus filhos.

Discutir sobre AC é um desafio, onde conhecer a percepção das mães e do profissional Enfermeiro é o ponto de partida para definirmos a importância dessa abordagem temática.

De acordo com a literatura de Vinhas et. al. (2004) o impacto provocado nas gestantes HIV positivas é de difícil aceitação a restrição em não amamentar nenhum lactente, pois é comum as gestantes descobrirem o diagnóstico de HIV no momento dos exames iniciais do Pré-natal, portanto, concordamos com vinhas e nos preocupamos pela geração de um possível sentimento de impotência frente a função materna.

Pereira et. al (2015) afirmam que a prevalência de AC encontrada foi de 61,54% entre as mulheres que já tinham filhos, a maioria das gestantes entrevistadas amamentaria o filho de outra pessoa caso fosse solicitada sem qualquer restrição, bem como pediriam para outra mulher amamentar seu filho caso achasse necessário. Concordamos e enfatizamos que o papel de acolhimento e orientação do enfermeiro é crucial sobre os riscos que pode acarretar se houver alguma patologia que limite o ato de amamentar.

Segundo Seehausen, et. al (2015) estima-se que o aleitamento materno cruzado é comum em mães parentes ou amigas e ocorria por ocasião do cuidado do bebê por uma nutriz que não a sua mãe e não receberam orientações sobre os possíveis prejuízos de tal prática e a busca pelo banco de leite.

O Ministério da Saúde (2015), informa que cabe a cada dupla mãe/bebê e sua família a decisão de manter a amamentação, até que a criança a abandone espontaneamente, ou interrompê-la em um determinado momento. Tendo em vista com concordância do ponto de vista do autor reforçamos que cabe ao profissional de saúde ouvir a mãe e ajudá-la a tomar uma decisão, pesando os prós e os contras.

Seehausen, M. V (2016) Concorda com a literatura SEEHAUSEN et. al (2015), onde informa que é comum essa prática ser realizada entre parentes e expressa que como achado para essa nova

literatura teve prevalência relevante em diferentes cenários e foi mais praticado por populações mais vulneráveis. Concordamos quando o autor cita que nessas produções podemos observar e entender da necessidade de atenção para essa população em questão e buscarmos estratégia que para diminuir essa prevalência e a frequência com que essa prática é efetuada.

Seehausen et.al (2017) diz em sua pesquisa que observou nas duas cidades, que a maioria das mães praticou o aleitamento cruzado entre parentes, e a razão mais frequente para a prática foi o cuidado do bebê por nutriz que não a sua mãe. Concordamos com o ponto de vista de Seehausen et.al (2017), pois na grande maioria das vezes de todas as mulheres que recebem orientações relacionadas a amamentação cruzada apresentam alguma dificuldade, pois não comparecem em todas as consultas de pré-natal para receber o devido apoio, e acabam atribuindo a um compartilhamento informal diante desta prática.

Conde (2017), acredita que a confiança não foi um fator preditivo da prevalência do aleitamento materno exclusivo. Concordamos com o autor, pois a confiança materna é evidenciada como uma variável que influencia ao aleitamento materno e para essas mães a importância de ter um apoio emocional de familiares e profissionais trás conhecimentos e habilidades a elas.

Santos et. al (2019), tiveram o resultado na pesquisa que as mães mostraram bom conhecimento sobre assuntos relacionados a amamentação, no entanto, esses conhecimentos não se refletiram na prática. Concordamos com o autor que leva em consideração a situação socioeconômica das mães, muita das vezes elas necessitam fazer a introdução precoce de outros alimentos para adaptar a criança em sua ausência, também observamos que mães mais novas imaturas psicologicamente tendem a amamentar por um curto período.

Vasconcelos & Hamann (2005), avaliaram que O programa brasileiro de redução da TV do HIV se revela frágil no que diz respeito à sua organização. Diante dessa avaliação observamos e concordamos que atualmente a linha do cuidado preconizada pelo ministério da saúde está se adequando, pois ainda há uma dificuldade na assistência das maternidades levando aos fatores de risco, para isso deve-se melhorar o atendimento dessas etapas para que essas mães cumpram o número de consultas oferecidas.

O Ministério da Saúde (2011) informa que A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população, garantir do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças e acesso às ações do planejamento reprodutivo. Concordamos e enfatizamos a importância da rede cegonha na atenção a saúde materna e infantil, trazendo consigo benefícios no planejamento e cuidados.

Secretaria De Atenção Primária À Saúde Departamento De Promoção Da Saúde (2019) traz recomendações e informações sobre alimentação de crianças nos dois primeiros anos de vida com o objetivo de promover saúde, crescimento e desenvolvimento, além de apoiar a família no cuidado cotidiano, este documento auxilia a equipe multiprofissional no desenvolvimento de ações de educação alimentar e nutricional em âmbito individual e coletivo no Sistema Único de Saúde (SUS) e em outros setores. Concordamos e firmamos a importância das recomendações e orientações que trazem consigo melhor desenvolvimento para saúde e crescimento da criança.

Gomes et.al. (2020) afirma que a amamentação cruzada que se entende por oferta do leite materno a uma criança que não seja seu próprio filho é uma prática antiga, não recomendada atualmente, mas que persiste por motivos culturais e por condições injustas da sociedade, é um incidente considerado evitável e a atuação do enfermeiro é de suma importância na educação em saúde. Para isso, é necessária capacitação profissional para desempenhar um cuidado centrado nas necessidades da tríade mãe - bebê família com enfoque de aconselhamento apesar das dificuldades desencadeadas pela precarização do trabalho. Concordamos e enfatizamos que até hoje ainda existe a pratica devido cultura ou dificuldades, porem o papel do enfermeiro frente a amamentação cruzada é de extrema necessidade para evitar a pratica e realizar orientações necessárias.

Gomes et.al. (2020) evidenciou que diante da amamentação cruzada os enfermeiros se utilizam de censura e medo ao invés de uma escuta que valoriza a fala e a problematize, silenciando os motivos desencadeantes da amamentação cruzada. Sendo assim os enfermeiros apenas proíbem sem investigar os motivos que levam a amamentação cruzada, com isso gera a carência do aconselhamento na conduta assistencial do enfermeiro frente à amamentação cruzada e silenciamento dos enfermeiros sobre os motivos da não recomendação da amamentação cruzada. Concordo que os enfermeiros se silenciam frente a amamentação cruzada por medo e falta de conhecimento das pessoas e dos próprios profissionais e trazem consigo apenas a proibição da prática e não soluções.

ALVES et.al (2020) entendem o leite materno sendo o alimento mais completo para as necessidades nutricionais do bebê, durante toda gravidez a futura mãe deve ser orientada sobre a importância da amamentação diretamente do peito. Porém pode ser um motivo de medo caso a criança não consiga mamar, do leite "não descer", de sentir dores durante a amamentação. É então que entra o importante papel dos Bancos de Leite, pois por meio deles as mulheres que possuem leite em excesso são estimuladas a fazer a doação do mesmo para as mães que não conseguem produzir.

Desta forma pretende-se descrever a importância dos Bancos de Leite para o aleitamento de crianças impossibilitadas de receber esse alimento da própria mãe de forma que se possa divulgar e promover esses locais de captação, a importância desse ato de humanização, ressaltando também a dificuldade enfrentada pelos bancos de leite em captar doadoras e ações educativas que podem ser elaboradas para minimização desse problema. Diante desse cenário concordamos que o leite materno é o alimento mais completo, porém precisamos ressaltar a importância da doação do leite ao banco de leite humano, para que assim todas as mães que possuem leite em excesso possam doar e todos que precisam consiga receber a doação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os subsídios científicos comprovam que, as patologias transmitidas pelo leite materno acarretam malefícios para o Lactente através da prática de amamentação cruzada, quanto a isso nós graduandos devemos buscar estratégias para sermos bons profissionais e não omitir a orientação do autocuidado.

Outra providência extremamente necessária é estimular o conhecimento e singeleza, pela busca ao banco de leite humano, fazendo o enfermeiro identificar as fragilidades e buscar recursos para prover o suporte necessário, por meio de diálogo, treinamentos, estudos entre outros. Desse modo, o trabalho pode fluir e evitarmos contaminações e orientações omitidas (GOMES,2017).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M.A; PEIXOTO, M.R; MELO, A.A.P; GIMENEZ, F.V.M. Relato de experiência de alunos do 3ª ano do curso de enfermagem sobre a importância da elaboração de ações educativas para captação de doadoras de leite materno. Revista científica eletrônica de enfermagem da FAEF, volume IV, nº V, fevereiro, SP, 2020.

ARIZA, M.B.A. Mães infames, rebentos venturosos: Mulheres e crianças, trabalho e emancipação em São Paulo (século XIX). Versão corrigida São Paulo 2017.

BOGDAN, R; BIKLEN, C. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto Editora. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. 2003.

FIGUEIREDO GM. Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PNHV). Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico, 2004.

GIUGLIANI, E.R.J; VIEIRA, G.O; ELIAS, C.L.L.F; CLOSS, C.T.K; ISSLER, R.M.S; ALVES, R.M.N.R; PINHEIRO, R.S; SERVA, V.M.S.B. Departamento Científico de Aleitamento Materno: Doenças maternas infecciosas e amamentação. 2017

GOMES, C.S. Amamentação cruzada: Contribuição para enfermagem e saúde no campo da bioética. Rio de Janeiro. Janeiro, 2017.

GOMES, C.S; RODRIGUES; B.M.R.D; PERES P.L.P; KIFMAN, L. Silenciamento dos Enfermeiros sobre os motivos da não recomendação da amamentação cruzada. Revista Enfermagem Foco; 11(2):25-30.2020.

GOMES, D.; RODRIGUES, P.; ARANTES, P.C.C; RODRIGUES, B.R. Amamentação cruzada no cenário da precarização do trabalho em saúde: atuação do enfermeiro. Biblioteca virtual da Saúde 2020.

LAUMONIER, A.J; MOULI, Z.S; XAVIER C.C; Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materno. Jornal de Pediatria. - Vol. 80, Nº5. Belo Horizonte. 2004.

MINISTERIO DA SAUDE. Portaria no 2.415 de 12 de dezembro de 1996. Dispõe sobre medidas para prevenção da contaminação pelo HIV pelo aleitamento materno. Diário Oficial da União 1996; 19 dez.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Programa Nacional de DST/AIDS. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças. Brasília, DF. 2004. Série Manuais No 18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Programa Nacional de DST/AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília, DF. 2004.

PEREIRA, C.R.G; PEREIRA, W.M.M; GONÇALVES, CAÑETE, V. prevalência de aleitamento cruzado e saberes sobre esta prática. Revista Paraense de Medicina,

V.29(3) Julho.2015.

SANTOS, A.M.; SILVA, L.S. DA; RODRIGUES, B.F. S; AMORIM, T.M.A.X; SILVA, C.S. DA; BORBA, J.M.C; TAVARES, F.C.L. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistida na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil, 2019.

SEEHAUSEN, M. V. Aleitamento cruzada: Prevalências e fatores associados. Niterói. 2016.

SEEHAUSEN, M. V., OLIVEIRA MIC,BOCCOLINI CS. Fatores associados ao aleitamento cruzado. Ciências Saúde Coletiva 2017; 22:1673-82

SEEHAUSEN, M. V., OLIVEIRA MIC, BOCCOLINI CS. Fatores associados ao aleitamento cruzado em duas cidades do sudeste do brasil. Caderno Saúde Pública. 2017; 33(4):e00038516.

SUCCI, R.C.M; MARQUES; SR. Aleitamento materno e transmissão de doenças infecciosas. PRONAP Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro, 2002/2003

SILVA, R ; SANTANA, U.R . Cuidados de enfermagem na transmissão vertical do HIV em parturientes por meio da amamentação. Recife. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS CAMPUS CATALÃO Curso De Administração Metodologia Científica: um manual para a realização de pesquisas em administração Prof. Maxwell Ferreira de Oliveira CATALÃO-GO 2011.

VASCONCELOS, A.R.L & HAMANN, E.M. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes / parturientes infectadas pelo HIV e seus recém- nascidos, SciELO 2005

VINHAS, D.C.S; REZENDE, L.P.R; MARTINS, C.A; OLIVEIRA, J.P; HUBNER-CAMPOS,

R.F - Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 01, p.16-24, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, Caderno de Atenção Básica, nº 23 Brasília – DF 2009.

Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011, Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

CONDE,R.G; GUIMARÃES, C.M; SONHOLZ, F.A.G; ORIA, M.O.B; MONTEIRO, J.C.S.

Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, p. 383-389, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE,Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Promoção da Saúde,GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS,Brasília – DF 2019

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M.; Metodologia do Trabalho Científico Fundamentos de Metodologia Científica. 7ª ed. São Paulo. Ed. 2007. 304 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A-CRONOGRAMA

	2021											
	Meses											
ETAPAS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Definição do tema	X											
Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X							
Elaboração pré-projeto		X	X	X	X							
Apresentação do projeto						X						
Ajustes necessários						X	X					
Coleta de dados								X	X			
Análise dos dados								X	X	X		
Resultados										X	X	
Entrega do TCC											X	
Defesa do TCC												X

APÊNDICE B - ORÇAMENTO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO R$	VALOR TOTAL R$
MATERIAL PERMANENTE			
Notebook	01	2.364,99	2.364,99
Pen drive	01	30,00	30,00
MATERIAL DE CONSUMO			
Papel tipo A4		-	-
Cartucho de tinta preta para impressora	-	-	-
Fotocopias	22	0,20	4,40
Encadernação	1	9,00	9,00
Caneta esferográfica	3	3,00	9,00
Caixa de grampos	-	-	-
Clipe para papel	-	-	-
Prancheta	-	-	-

Pasta	03	5,00	15,00
SERVIÇOS DE TERCEIROS PESSOA FÍSICA/JURIDICA			
Revisão gramatical	-	-	-
Tradução Inglês e Espanhol	-	-	-
TRANSPORTE			
Transporte por aplicativo	3	20,00	60,00
TOTAL			**R$ 2.492,39**

Capítulo 22

10.37423/230107137

REDUÇÃO DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: O ENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Diogo Dominguini — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*

Larissa Carvalho Nascimento — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*

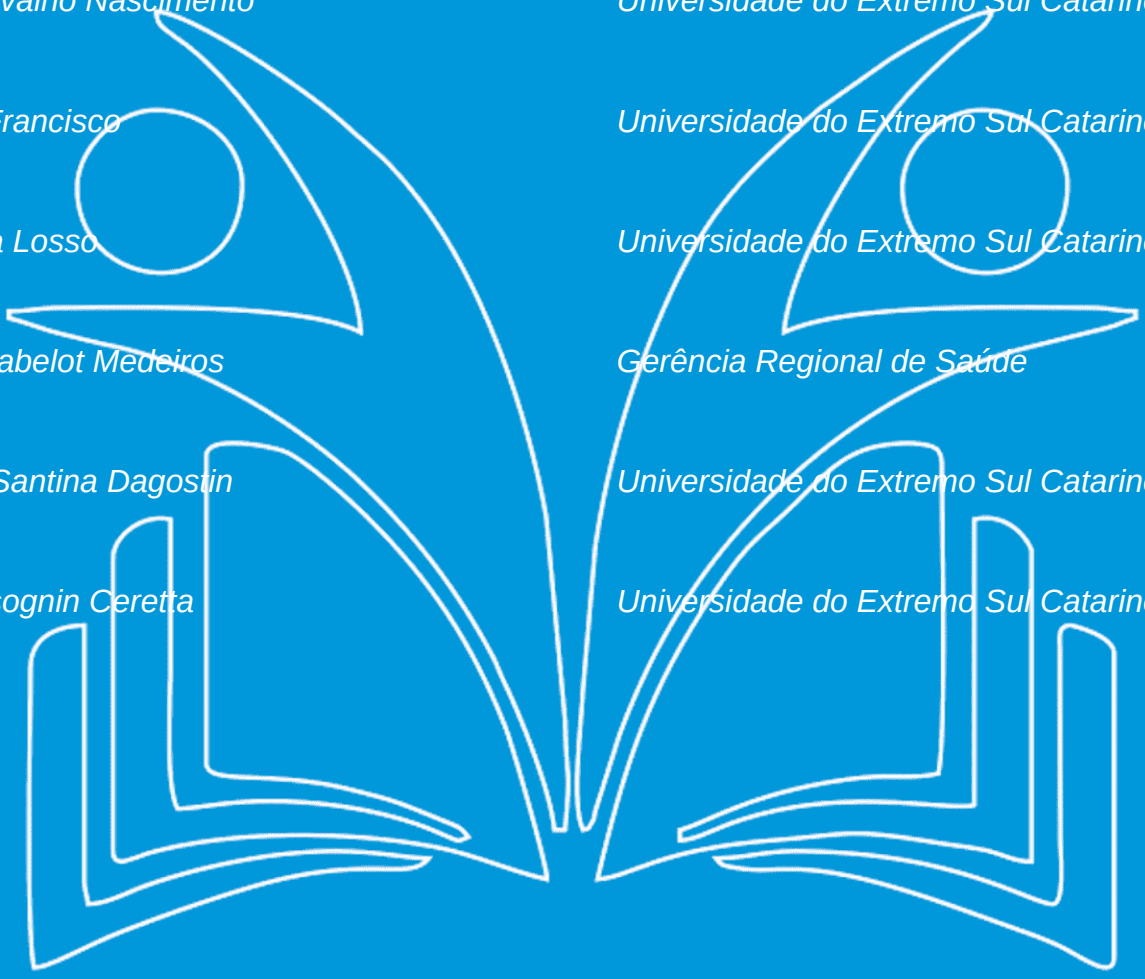
Lilian Keli Francisco — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*

Ana Regina Losso — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*

Izabel Scarabelot Medeiros — *Gerência Regional de Saúde*

Valdemira Santina Dagostin — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*

Luciane Bisognin Ceretta — *Universidade do Extremo Sul Catarinense*



Resumo: Introdução: Novas visões frente às internações psiquiátricas foram formuladas, atualmente elas são indicadas para casos considerados graves, quando considerados esgotados os recursos para o tratamento ou manejo da situação oferecidos no ambiente extra-hospitalar, centrando-se na estabilização do paciente, ajustando o tratamento e minimizando riscos a fim de reinserir o paciente em seu meio social. Objetivos: Com isso, o objetivo desse trabalho é avaliar o papel do enfermeiro da atenção especializada em saúde mental e da Central de Regulação de Internação Hospitalar na redução da internação hospitalar psiquiátrica, a fim de gerar novos subsídios para a condução da tomada de decisão do cuidado do paciente psiquiátrico melhorando assistência na saúde mental, visando a reforma psiquiátrica. Método: Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com profissionais que atuam na Macrorregional de Saúde e CAPS. Resultado: Como resultados observou-se que os profissionais estudados apresentaram dificuldades para atuar na redução das internações psiquiátricas. Conclusão: Sendo assim, torna-se evidente a necessidade de investimentos por parte da gestão, principalmente, em educação permanente e continuada, oferecendo capacitações, visando sanar as fragilidades e trazendo maior segurança no atendimento. Capacitando também a rede, para que esta atue em conjunto e não somente um serviço que sirva de suporte para o atendimento especializado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Internação Psiquiátrica; Atuação do enfermeiro.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a ausência de doença ou enfermidade, implicando na definição de saúde mental. A saúde mental por ser um elemento integral e essencial, representa mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências, é um estado de bem-estar no qual o sujeito compreende suas próprias habilidades, podendo lidar com as situações diárias, determinada por uma série de fatores socioeconômicos, ambientais e biológicos (OMS, 2013).

De acordo com Alverga e Dimenstein (2006), as mobilizações realizadas pela sociedade no campo da saúde mental são levadas por uma luta de resgate da cidadania e direitos humanos, especialmente pelas práticas de reabilitação psicossocial. Este mesmo autor diz que a reforma psiquiátrica é compreendida pelo olhar da reinserção social, busca a liberdade, a igualdade e a fraternidade, visando quebrar o estigma, a institucionalização e a cronificação dos doentes mentais, buscando a convivência tolerante com a diferença.

Sabendo disso, novas visões frente às internações psiquiátricas foram formuladas, atualmente elas são indicadas para casos considerados graves, quando considerados esgotados os recursos para o tratamento ou manejo da situação oferecidos no ambiente extra-hospitalar, centrando-se na estabilização do paciente, ajustando o tratamento e minimizando riscos a fim de reinserir o paciente em seu meio social (CARDOSO; GALERA, 2011).

Cada vez mais vem aumentando os casos de internação psiquiátrica por diversos fatores, principalmente no momento pandêmico, o qual trouxe efeitos na saúde mental da população, como ansiedade, estresse e depressão, ocasionando o desafio da prevenção da disseminação da infecção concomitantemente com a crescente demanda de casos (MACAVILCA-CRUZ; REVILLA-ZÚÑIGA, 2021). Além do mais, o orçamento público aplicado a saúde mental, que grande parte custeia as internações psiquiátricas obtiveram crescimento de 3,6% para 20,2%. Porém, em relação ao total de gastos, as despesas com saúde mental aumentaram. Este aumento pode estar relacionado com erros na gestão de leitos e critérios não conclusivos para a internação psiquiátrica, justificando o estudo sobre quais são estes critérios e o que é levado em consideração para a efetivação desta internação (ZURITA et al., 2016).

Anteriormente, as práticas do enfermeiro se restringiam a atividades de manutenção da vida, como as práticas de higiene, alimentação e supervisão. No entanto, atualmente a enfermagem passou a

buscar explicações sobre a loucura com ênfase no aspecto das relações humanas, focando a função do enfermeiro na promoção, na prevenção e no enfrentamento da enfermidade mental, assistindo ao paciente, à família e a comunidade (VILLELA; SCATENA, 2004).

A enfermagem torna-se protagonista nos serviços de saúde, havendo um vasto campo de atuação, desta forma, como atuante nos CAPS, tem a responsabilidade de se aperfeiçoar cada vez mais nas experiências práticas em saúde mental relacionando a construção de vínculo com os usuários, atuando na promoção da saúde, reabilitação e redução de danos, sendo então, a capacitação do profissional de enfermagem e da equipe fundamentais para a construção da saúde, atuando na realização de oficinas terapêuticas, administração de medicação, acolhimento e até mesmo como gestores do CAPS, sempre com um olhar humanizado, uma visão psicossocial, respeitando a necessidade de cada um (BRAGA; CANTALICE; SILVA, 2018). Do mesmo modo, na regulação de leitos a enfermagem exerce papel essencial, na gestão, apoio a equipe assistencial na avaliação dos usuários, monitorando dados, viabilizando transferências e leitos, triando os casos de acordo com os dados, entre muitas outras atribuições (RODRIGUES et al., 2019).

Sabendo disso, o enfermeiro é o potencializador na tomada de decisão no processo de internação e na regulação de leitos, porém quais mecanismos o enfermeiro leva em consideração para a tomada de decisão na gestão do cuidado desses pacientes. Com isso, o objetivo desse trabalho é avaliar o papel do enfermeiro da atenção especializada em saúde mental e da Central de Regulação de Internação Hospitalar na redução da internação hospitalar psiquiátrica, a fim de gerar novos subsídios para a condução da tomada de decisão do cuidado do paciente psiquiátrico melhorando assistência na saúde mental, visando a reforma psiquiátrica.

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com profissionais que atuam na Macrorregional de Saúde e com profissionais que que atuam nos CAPS de um município da região Sul do país. A amostra total deste estudo foi de 10 profissionais graduados em Enfermagem que atuam nos CAPS (n=6) ou na Central de Regulação de Internações Hospitalares (n=4). Para este número de participantes, foram levados em consideração o número total de profissionais enfermeiros que atuam nesses serviços, através de um levantamento prévio, sendo utilizado a amostra total.

Para o desenvolvimento deste estudo, foi realizada uma coleta de dados que ocorreu por meio de um formulário manuscrito com a aplicação de um questionário estruturado, para identificar a assistência prestada e fatores associados ao atendimento da equipe multiprofissional. Inicialmente foi solicitada autorização para a realização da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, sendo aprovado pelo número 138649/2021. Como critério de exclusão da pesquisa, estão listados os profissionais que não estão atuando por motivos de licença, férias e afastamento. Além do mais, os participantes serão automaticamente excluídos quando não responderem o questionário ou quando quiserem interromper a pesquisa.

Para a coleta de dados, foi realizada uma pesquisa mediante questionário online – Google Forms contendo 21 questões, cujo roteiro buscou identificar o conhecimento e o papel do profissional enfermeiro acerca das internações psiquiátricas. Foi solicitado ao profissional participante o aceite do Termo de Consentimento de forma automática na plataforma, assim tornando possível o acesso a realização do questionário. Quando se teve o acesso ao profissional, o questionário foi aplicado de forma manual, junto com o enfermeiro entrevistado.

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento, sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 196/96 e 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). e acordo com a Resolução 466/12 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012, p.2).

O método escolhido para a análise de dados dessa pesquisa é a análise de conteúdo, conforme Santos (2011), um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’ (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas - desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos - é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Na codificação foram destacadas as unidades de registro e as unidades de contexto, sendo as unidades de registro as palavras-chave consideradas mais relevantes para a pesquisa, e as unidades de contexto, o meio onde as unidades de registro serão colocadas pelo entrevistado, de que forma serão ditas, ou de qual conteúdo serão utilizadas. Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e

normas regulamentadoras que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a letra “C” para os profissionais do CAPS e letra “R” para os profissionais da CRL, seguido do respectivo número.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CATEGORIA I - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foi observado que todas as entrevistadas são do sexo feminino, graduadas em Enfermagem, idade variando entre 31 a 61 anos, atuando há mais de sete meses na função. Observa-se que seis profissionais atuam nos serviços especializados em Saúde Mental e quatro profissionais atuam na regulação de leitos psiquiátricos na CRL. Das profissionais que atuam no CAPS, cinco possuem especialização na área de Saúde Mental e/ou Psiquiátrica. Já as profissionais que atuam na CRL, apenas uma apresenta residência em Saúde Mental, conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 - Descrição da amostra investigada

Identificação	Idade	Local de Atuação	Tempo de Atuação	Especialização em Saúde Mental
C1	38	CAPS	6 anos	Em Saúde Mental
C2	33	CAPS	8 anos	Em Saúde Mental
C3	41	CAPS	5 anos e 9 meses	Em Saúde Mental
C4	33	CAPS	7 meses	-
C5	40	CAPS	14 anos	Em dependência química e em Enfermagem Psiquiátrica
C6	31	CAPS	8 anos	Em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
R1	34	CRL	14 anos	-
R2	61	CRL	4 anos	-
R3	48	CRL	15 anos	-
R4	59	CRL	9 anos	Residência em Saúde Mental

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras, (2022).

De fato, o serviço de atenção à saúde mental é um serviço muito complexo, necessitando dos profissionais a capacitação contínua com especializações e atualizações, visto que a enfermagem psiquiátrica está sempre em atualização, com novos conceitos de atuação e novos mecanismos de assistência em enfermagem (GÓES, 2019). Além do mais, a quantidade de tempo de serviço é importante visto que é o aprendizado da prática que leva ao aperfeiçoamento de técnicas, assim entendendo o contexto psiquiátrico e ajudando na sistematização do atendimento ao paciente com alterações psiquiátricas (CHAZAN et al., 2019).

CATEGORIA II - PERCEPÇÃO DO CONTEXTO ÉTICO DA SAÚDE MENTAL

No dia a dia profissional, o conceito de saúde mental e o conhecimento da prática clínica, auxilia na melhor tomada de decisão (GONÇALVES, 2020). Quando questionado as profissionais sobre o conceito de saúde mental, todas as profissionais participantes que atuam no CAPS relataram suas percepções envolta da grande complexidade do conceito (reforçado na fala de C3), o bem-estar (C1, C5, C6), harmonia (C4 e C5), equilíbrio (C4 e C5), ausência de sofrimento psíquico (C3, C6), lidar com desafios (C4) e uma boa relação com a sociedade (C2, C3). Já algumas profissionais envolvidas na CRL, possuem conceitos semelhantes com os profissionais do CAPS, acrescentando em suas falas a boa condição da psique (R1) e a qualidade de vida (R4) (quadro 2).

Quadro 2 - Percepção e conceitualização de saúde mental

Conceituando saúde mental	**Profissionais atuantes no CAPS**	**Profissionais atuantes no CRL**
Amplitude do conceito	01 (C3)	
Bem-estar	03 (C1, C5, C6)	01 (R3)
Harmonia	02 (C2, C3)	01 (R4)
Equilíbrio	02 (C4, C5)	01 (R4)
Ausência de sofrimento psíquico	02 (C3, C6)	
Lidar com desafios	01 (C4)	
Condições de interação e desenvolvimento	01 (C1)	
Uma boa relação com a sociedade	02 (C2, C3)	01 (R2)
Boa condição da psique		01 (R1)
Qualidade de vida		01 (R4)

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras, (2022).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o conceito de saúde mental é dinâmico, o qual envolve a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (BRASIL, 2020), conforme também mencionado pela C3 “[...] ele engloba outras questões. Pra gente ter uma saúde mental sadia, a gente precisa ter que outros fatores também estejam trabalhando harmonicamente” e pela C5 “[...]É o conjunto do bem-estar físico emocional e social, no qual o sujeito não apresenta sofrimento e que quando haja esse sofrimento ele saiba lidar de forma natural sem maiores prejuízos”.

Como cita Clementino et al. (2019), circunstâncias, fatores internos e externos são determinantes no processo de adoecimento mental, provocando os sinais e sintomas, por isso, estabelecer a harmonia e o equilíbrio são essenciais e, para isto, os profissionais e a equipe tem que estar integrados, bem como, respaldados do conhecimento nesta área de atuação, o que também foi observado nas falas de

C5 “[...] Saúde mental é quando a gente consegue, com todas as situações de vida, lidar com desafios e tudo e ainda conseguir se manter mentalmente equilibrado [...]”.

CATEGORIA III: AVALIAÇÃO E INTEPRETAÇÃO DO ENFERMEIRO DA SITUAÇÃO DE DECLÍNIO DA SAÚDE MENTAL E A INTERVENÇÃO EM MOLDES HOSPITALARES

A necessidade ou não da intervenção do tipo hospitalar, deve ser levado em consideração o quadro clinico geral do paciente e o conhecimento teórico-pratico da equipe, sendo assim, os profissionais que atuam no CAPS relataram que critérios como o risco de vida e autoagressão seriam os principais motivos para o desenvolvimento da internação psiquiátrica. Já os profissionais da CRL, relataram também o fator de quadros psicóticos ou maníacos (quadro 3).

Conforme as diretrizes e a bioética na saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica, foram adotadas sanções, nas quais, estabeleceram prioritariamente o tratamento nas redes de atenção, não unicamente na internação psiquiátrica, sendo esta somente nos casos graves, quando o apoio dos demais serviços não consigam mais suprir a necessidade do usuário, então desta forma, opta-se a internação com o intuito de estabilizar o quadro e assim reinserir o usuário novamente na sociedade (CARDOSO, 2020).

Quadro 3 - Fatores de avaliação para internação psiquiátrica

Optar pela internação psiquiátrica	**Profissionais atuantes no CAPS**	**Profissionais atuantes no CRL**
Risco de vida e autoagressão	04 (C1, C2, C4, C5)	04 (R1, R2, R3, R4)
Não suporte de outras pessoas e do serviço	02 (C1, C6)	
Não adesão ao tratamento ambulatorial	01 (C2)	
Não estabilização do paciente	02 (C3, C6)	01 (R4)
Heteroagressão	01 (C2)	02 (R1, R4)
Quadros psicóticos ou maníacos	01 (C6)	03 (R1, R2, R3)

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras, (2022).

Desta forma, corroborando com a fala de C5 “A internação é o último recurso a ser usado durante o tratamento de saúde mental [...] a gente usa a internação mais quando o usuário tá em risco de morte ou de ser morto por alguma situação, né? Em função do próprio uso de substância, de cometer os suicídios. Mas antes nós tentamos o suporte do CAPS III com a observação noturna ou uma casa de passagem [...], mas tudo isso antes de tentar a hospitalar”. Além do mais, C6 reforça em sua fala que

“A internação deve ser em último caso, para quadros psicóticos ou maníacos agudos, com intensa agitação psicomotora e agressividade onde o usuário coloca em risco a sua integridade física e a de terceiros, casos em que não houve melhora significativa no tempo de acolhimento noturno no CAPS III, usuários que se coloquem em risco, mas não aceitam nenhuma intervenção da equipe de saúde”.

Os tipos de internações psiquiátricas são muito discutidos entre os profissionais dos serviços de saúde. Estas podem ocorrer de maneira voluntária, de caráter consentido, internação involuntária na qual terceiros solicitam a necessidade e a internação compulsória, que neste caso é feita judicialmente (FATURETO; RAVAGNANI; LORENZI, 2020).

Ao questionar todos os profissionais, nove deles responderam que conhecem e identificaram seus tipos, no entanto, a profissional R3 diz que “Não, [...] então não sei muito, mas sei que tem a judicial”. Torna-se cada vez mais evidente a responsabilidade e importância da capacitação de profissionais e equipes nos espaços de saúde mental, mesmo que muito seja feito e transformado a partir da reforma psiquiátrica, que estabeleceu um olhar humanizado e de apoio a usuários e seus pares, entender o processo de saúde mental, para assim, realizá-lo com excelência, faz parte dessa construção de um atendimento holístico e de qualidade, desta forma, impedindo o retrocesso de uma resolução pautada somente na internação (GARCIA et al., 2017).

CATEGORIA IV: CRITÉRIOS PARA TOMADA DE DECISÃO FRENTE A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.

O enfermeiro tem grande domínio para a tomada de decisão, afinal no modelo atual da construção em saúde mental, novos saberes foram integrados a formação destes profissionais, o que não exume a responsabilidade de aperfeiçoamento e capacitação (OLIVEIRA et al., 2020).

Na saúde mental, os profissionais do CAPS, bem como da CRL, devem ter a capacidade de tomada de decisão de forma ágil e precisa, visando à saúde do paciente. Sabendo disso, os profissionais do CAPS relataram que o profissional enfermeiro realiza a tomada de decisões e a triagem das internações psiquiátricas, pois o enfermeiro tem conhecimento científico (C1, C6), tem conhecimento do histórico do usuário (C2, C5) e utiliza o acolhimento como chave para a realização deste encaminhamento (C3, C4). Já os profissionais da CRL apontam que o enfermeiro tem conhecimento científico, mas não é capacitado ou não tem habilidade (quadro 4).

Quadro 4 - O enfermeiro na tomada de decisão e triagem

Tomada de decisão e triagem das internações psiquiátricas	Profissionais atuantes no CAPS	Profissionais atuantes no CRL
O enfermeiro tem conhecimento científico	02 (C1, C6)	02 (R2, R4)
O enfermeiro tem conhecimento do histórico do usuário	02 (C2, C5)	
O enfermeiro utiliza o acolhimento como chave para o encaminhamento	02 (C3, C4)	
O enfermeiro não é capacitado		02 (R1, R3)
O enfermeiro tem conhecimento, mas não a habilidade		01 (R4)

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras, (2022).

Segundo estudo de Martins et al. (2018), embora os profissionais tenham a intenção de um atendimento adequado, eles se deparam com dificuldades relacionadas à falta de conhecimento em relação à saúde mental, devido à ausência de educação continuada na área, seja por falta de interesse de alguns profissionais ou de recursos. Como demonstra a fala de R1, "[...] o enfermeiro precisa estar sensibilizado e capacitado por meio da educação permanente/continuada para exercer suas atividades com vistas da saúde mental, uma coisa que ainda não é feita ou solicitada até porque também ainda existe muito preconceito e mitos envolvendo o doente psiquiátrico".

Quadro 5 - Medidas em situações de emergências psiquiátricas

Tomada de decisão e medidas de controle nas emergências psiquiátricas	Profissionais atuantes no CAPS	Profissionais atuantes no CRL
Serviços de emergências (SAMU e UPA)	05 (C1, C3, C4, C5, C6)	01 (R1)
Serviço Policial	01 (C1)	
Priorizar a singularidade do paciente	01 (C2)	01 (R3)
Acolhimento	02 (C1, C2)	01 (R4)
Uso de psicofármacos	03 (C3, C4, C5)	03 (R2 R3, R4)
Identificar o grau de emergência e a necessidade		02 (R2, R3)
Conforto e segurança		01 (R4)

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras, (2022).

Deve-se ressaltar que quando se fala em acolhimento, não se pode esquecer-se da classificação de risco, que é um método que objetiva gerenciar com segurança o fluxo de pacientes e otimizar o manejo clínico, estabelecendo prioridades de acordo com as necessidades, auxiliando na tomada de decisão

e medidas a serem adotadas nos atendimentos e nas situações de urgência e emergência (CAVALCANTE et al., 2018). Sendo assim, quando questionados sobre as medidas que devem ser tomadas em casos de emergências psiquiátricas, os profissionais atuantes nos CAPS relataram que acreditam que devem encaminhar os pacientes ao serviço de emergência (C1, C3, C4, C5, C6), acionar o serviço policial (C1), priorizar a singularidade do paciente (C2), realizar o acolhimento (C1, C2) e o uso de psicofármacos (C3, C4, C5). Já os profissionais da CRL relataram as mesmas condutas dos profissionais dos CAPS e a identificação do grau de emergência e necessidade (R2, R3) e proporcionar conforto e segurança (R4), conforme quadro 5.

De fato, no surto, quando o manejo utilizando a comunicação terapêutica falha, Silva et al. (2021) recomenda o atendimento inicial pelo SAMU, realizando os primeiros procedimentos de estabilização do paciente para realizar o encaminhamento da pessoa em crise a um ponto da rede de urgência e emergência. Sabendo que os serviços de emergência são a porta de entrada do paciente psiquiátrico na rede de saúde, o serviço em questão não deve limitar suas funções apenas ao manejo do que motivou o atendimento de emergência, deste modo, a melhor abordagem em situação de emergência é realizar o acolhimento e desenvolver a escuta, já que os pacientes em crise usam das palavras para explicar e expressar o quanto precisam de ajuda na crise, auxiliando o profissional a encontrar caminhos para solucionar o problema (DEL-BEN et al., 2017; RIBEIRO; REIS, 2020).

CATEGORIA V: ATITUDES DOS PROFISSIONAIS EM REDUZIR A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Posto isso, a função assistencial por parte do profissional enfermeiro abrange intervenções que têm a integralidade como meio para a decisão da prestação do cuidado, visando a resolução do caso e a melhora do paciente, contribuindo para a redução da internação psiquiátrica e, consequentemente, redução da fila de espera (MATTOS; BALSANELLI, 2020).

Quadro 6 - Ações para a redução da fila de internação em saúde mental

Ações e medidas que podem contribuir para a redução da fila e da internação psiquiátrica	**Profissionais atuantes no CAPS**	**Profissionais atuantes no CRL**
Intervenção pelo CAPS	02 (C1, C6)	01 (R1)
Avaliação pela equipe multidisciplinar	01 (C2)	
Trabalho integrado entre as redes de atenção (APS, CAPS E CRL)	01 (C3)	04 (R1, R2, R3, R4)

Trabalhar com a prevenção	01 (C3)	01 (R3)
Acolher	02 (C4, C5)	01 (R4)

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras, (2022).

Considera-se o trabalho multiprofissional e intersetorial uma forma de estratégia para o fortalecimento e a expansão da atuação dos serviços, substituindo a internação no hospital de longa permanência (PESSOA JÚNIOR et al., 2016), como cita C6 “As internações são diminuídas através de atendimentos territoriais (como CAPS, APS e ambulatórios), onde o usuário é atendido integralmente [...], tendo atendida as suas necessidades e potencialidades, levando em consideração a sua singularidade [...]”. Sendo a articulação desses diversos níveis que fortalecem o trabalho em rede e o modelo de atenção psicossocial proposto na reforma psiquiátrica, descontruindo a ideia de ser um cuidado exclusivamente especializado e fortalecendo a ideia do compromisso coletivo (NUNES et al., 2019), pois como cita R4 “[...] A atenção primária [...] e os mais especializados (CAPS), eu penso que quanto melhor você monitora, quanto mais você acolhe, consegue acompanhar, menos internação tem.”.

Entretanto, sabe-se que existem fragilidades quando tratamos o serviço como uma rede, pois atualmente os profissionais acabam centralizando o cuidado de saúde mental nos serviços especializados, causando a sobrecarga e superlotação devido aos encaminhamentos precoces (ABRASME, 2017). Sendo assim, foi questionado aos profissionais sobre quais os aspectos dificultavam a melhoria do atendimento e, consequentemente, a redução da fila da internação psiquiátrica. Os profissionais atuantes nos CAPS relataram principalmente a pressão familiar devido desconhecimento ou cultura (C1, C4, C5), o serviço não atuar como rede (C2), não ter profissionais qualificados (C2, C3) e número insuficiente de profissionais (C3, C5), fila de espera extensa para a internação (C6) e municípios sem acesso ao CAPS (C6). Já os profissionais da regulação concordam com alguns aspectos levantados anteriormente, mas ressaltaram o fator de não haver profissionais qualificados (R1, R2, R3) e a falta de investimento pela gestão (R1, R2) (quadro 7).

Não foi citado pelos enfermeiros, mas, no entanto, junto ao acolhimento está incluída a comunicação terapêutica, a qual deve ser uma ação planejada, visando ser utilizada como um instrumento que auxilia o profissional no momento do atendimento, ajudando o usuário a ajustar-se àquilo que não pode ser mudado, aprendendo a enfrentar os seus problemas (MATOS et al., 2020).

Quadro 7 - Aspectos dificuldades identificados na redução da fila psiquiátrica

Aspectos que dificultam	**Profissionais atuantes no CAPS**	**Profissionais atuantes no CRL**
Pressão familiar devido desconhecimento ou cultura	03 (C1, C4, C5)	
Profissionais não qualificados	02 (C2, C3)	03 (R1, R2, R3)
Serviço não atuar como rede (APS + CAPS)	01 (C2)	01 (R4)
Número insuficiente de profissionais	01 (C3, C5)	
Fila de espera extensa para internação	01 (C6)	01 (R4)
Falta de investimento pela gestão		02 (R1, R2)

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras, (2022).

Culturalmente o portador de transtorno psiquiátrico é discriminado e segregado, sendo criado pela sociedade um estigma que conduz à negatividade do indivíduo, trazendo prejuízos e a ideia de serviços de saúde ruins e dificuldade de acesso a cuidados adequados (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015), como traz a fala de C5 “Acho que o dificultador principal é essa questão cultural mesmo, dos profissionais, da família, da sociedade, de querer sistematicamente a internação para os usuários, por achar que só vai funcionar se internar. Tem aquela impressão de que o CAPS não funciona.”. Além disso, um dos grandes desafios quando se trata de cuidado ao usuário com problema mental, está a baixa integração das redes de saúde e a falta de profissionais capacitados e preparados para providenciar cuidados adequados (TREICHEL; CAMPOS; CAMPOS, 2019).

Tendo como uma solução, que cada vez se torna efetiva frente às internações, o matriciamento, pois esta ferramenta auxilia na qualificação da assistência e na educação permanente, permitindo maior segurança dos profissionais frente a condutas terapêuticas e incorporação das ações de saúde mental, diminuindo a resistência e preconceito dos profissionais frente aos indivíduos com sofrimento psíquico e, dessa forma, evitando o encaminhamento desnecessário, o agravamento dos casos leves e consequente uso dos serviços de urgência e internação psiquiátrica (SOUSA; BARBOSA, 2021). Validando a fala de R2, citando que “Há a necessidade de maiores investimentos na área estrutural, em recursos humanos e em insumos úteis para as atividades desenvolvidas com os usuários. Há necessidade de formação de recursos humanos especializados. Falta capacitação em saúde mental, dificultando a prática.”.

Além do mais, deve-se ressaltar a importância da educação continuada dos profissionais atuantes na rede de saúde mental, porque estes devem estar qualificados para acolher os usuários, assim como sensibilizados para compreender e respeitar suas organizações familiares, crenças e valores (FIGUEIREDO, 2014). Corroborando e melhorando a dificuldade que cita R3 "[...] o povo que trabalha não é qualificado para isso, muitos entram sem saber e na saúde mental tu precisa entender, conhecer e saber levar as situações e tem enfermeiro que não valoriza uma queixa e deixa passar.".

Conforme as respostas obtidas, todos os profissionais acreditam que se houvesse algum método de triagem dos casos por parte da CRL, haveria uma otimização do atendimento e, consequentemente, a redução da fila de internações, pois como cita C6 "Sim. A fila seria otimizada se houvesse uma classificação de risco para as internações, onde os casos mais graves fossem priorizados, e não somente todos ficassem na fila aguardando."

CONCLUSÃO

O conceito de saúde mental é amplo e abrange vários fatores que são determinantes quando se trata do processo de adoecimento mental, o qual, o profissional enfermeiro tem grande domínio de decisão para atuar e contribuir conforme o modelo atual, não hospitalocêntrico, visando reduzir a internação psiquiátrica e, consequentemente, a fila. Conclui-se que o profissional enfermeiro muitas vezes detém o conhecimento, porém não se aprofunda e, então, não tem a habilidade necessária.

Também foi evidente a dificuldade que os profissionais da Central de Regulação encontram ao realizar a classificação de risco do usuário, pois muitas vezes as solicitações são feitas com poucas informações e o profissional que não está de frente a este usuário, não consegue entender a sua real necessidade.

Sendo assim, torna-se evidente a necessidade de investimentos por parte da gestão, principalmente, em educação permanente e continuada, oferecendo capacitações, visando sanar as fragilidades e trazendo maior segurança no atendimento, reduzindo o preconceito e o agravamento do quadro, atuando com um modelo de olhar integral e humanizado. Capacitando também a rede, para que esta atue em conjunto e não somente um serviço que sirva de suporte para o atendimento especializado.

Com isso, ressaltamos que o acolhimento é o passo importante, pois é nele que o profissional consegue oferecer um ambiente seguro e confortável ao usuário, com o intuito de criar uma relação, para que o paciente confie no serviço e expresse suas queixas, para que assim, o profissional determine qual o melhor caminho a ser percorrido. Por fim, devemos ressaltar que a prevenção é

fundamental, porque é com ela que se consegue detectar riscos e assim precaver danos, evitando situações de agravos e, consequente, internação.

REFERÊNCIAS

ABRASME. Desafios e potencialidades para prestação do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. In: 3° Fórum De Direitos Humanos E Saúde Mental, 3., 2017, Florianópolis. Anais [...] . Florianópolis: UFSC, 2017. p. 01-04. Disponível em:

http://www.direitoshumanos2017.abrasme.org.br/resources/anais/8/1490972238_ARQUIVO_resumoMarci.pdf. Acesso em: 05 maio 2022.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S.L.], v. 10, n. 20, p. 299-316, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832006000200003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/8ZjNQ6LKhtkhM4FtLXnXVbT/?lang=pt. Acesso em: 25 out. 2021.

BRAGA, Lidianny do Nascimento Gonçalves; CANTALICE, Lenice Bernardo dos Santos; SILVA, Elís Amanda Atanázio. Atuação De Enfermagem Nos Centros De Atenção Psicossocial (CAPS): Uma revisão integrativa. Conbracis, João Pessoa, p. 1-10, 2018. Disponível em:

https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2018/TRABALHO_EV108_MD1_SA4_ID2015_21052018172639.pdf. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é a política nacional de saúde mental. Governo Federal. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental. Acesso em: 30 out 2021.

CAVALCANTE, Anderson Batista; SILVEIRA, Marina Azevedo; LIMA, Paula Vivianne Santos et al. A Aplicabilidade Da Classificação De Risco No Sistema Único De Saúde: Revisão Bibliográfica. Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 11, 2018. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4606.Acesso em: 12 abr. 2022.

CARDOSO, Laíssa Mota. A enfermagem em internações psiquiátricas: da reforma aos dias atuais. Trabalho de Conclusão de Residência a ser apresentado ao programa de Atenção em Saúde Mental. Profº, Doutorando Guilherme Silva Mendonça. 2020, MG. Disponível em:

http://clyde.dr.ufu.br/bitstream/123456789/29328/1/EnfermagemEmInterna%c3%a7%c3%b5es.pdf. Acesso em: 30 out 2021.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [S.L.], v. 45, n. 1, p. 87-94, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000100012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9MXNQmdrXKVRQXmR4JPcvqG/?lang=pt. Acesso em: 22 out. 2021.

CHAZAN, Luiz Fernando; FORTES, Sandra; CAMARGO JUNIOR, Kenneth R. de; FREITAS, Gabriele Carvalho de. O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na saúde mental. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 0-0, 05 ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290212. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/physis/2019.v29n2/e290212/pt/. Acesso em: 12 abr. 2022.

CLEMENTINO, Francisco de Sales; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de; PESSOA JÚNIOR, João Mário et al. Atendimento Integral E Comunitário Em Saúde Mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. Trabalho, Educação e Saúde, v. 17, n. 1, p. 1-14, fev. 2019. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00177. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/9nfWK3fTNSC6gRgFZ3KjxRK/?lang=pt. Acesso em: 18 abr. 2022.

DEL-BEN, Cristina Marta; SPONHOLZ-JUNIOR, Alcion; MANTOVANI, Célia; FALEIROS, Maria Clara de Morais et al. Psychiatric emergencies: psychomotor agitation management and suicide risk assessment. Medicina (Ribeirão Preto), [S.L.], v. 50, n. 1, p. 98-112, 4 fev. 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p98-112. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Joao-Marques-10/publication/318974321_Psychiatric_emergencies_psychomotor_agitation_management_and_suicide_risk_assessment/links/59c00c20aca272aff2e204b7/Psychiatric-emergencies-psychomotor-agitation-management-and-suicide-risk-assessment.pdf. Acesso em: 26 abr. 2022.

FATURETO, Maria Lucia Piccinato; RAVAGNANI, Gabriela Silveira de Paula-; LORENZI, Carla Guanaes. O Manejo Da Internação Psiquiátrica Compulsória Por Profissionais De Saúde Em Seu Cotidiano. Psicologia & Sociedade, [S.L.], v. 32, 2020. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32190864. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/psoc/a/9y8ThQPwLNYbbtyRWcmVDQb/?lang=pt&format=ht. Acesso em: 31 out. 2021.

FIGUEIREDO, Fernanda Figueiredo e. Qualificação do profissional de enfermagem para o atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais, no contexto da reforma psiquiátrica. 2014. 38 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Bom Despacho, 2014. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4541.pdf. Acesso em: 07 maio 2022.

GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti; FREITAS, Maria Isabel Pedreira de; LAMAS, José Luiz Tatagiba; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 70, n. 1, p. 220-230, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/reben/a/KbbhWzVqQ5SykXNvBz7gZyR/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 abr. 2022.

GÓES, André Filipe Pinheiro. A formação do enfermeiro à luz do modelo de atenção psicossocial na área de saúde mental. 2019. 111 f.,il. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em:

https://repositorio.unb.br/handle/10482/35399. Acesso em: 12 abril de 2022.

GONÇALVES, Patrícia Daniela Barata. Formalização do Conhecimento Disciplinar em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados centrados no Delírio e na Alucinação. U. PORTO. Porto, 2020, pg 1-186. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/132948/2/447853.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

MACAVILCA-CRUZ, Marco; REVILLA-ZÚÑIGA, Joshep. Estrategias de control de la COVID-19 en unidades de hospitalización psiquiátrica. Revista de Neuro-Psiquiatria, [S.L.], v. 84, n. 1, p. 69-71, 8 abr.

2021. Universidad Peruana Cayetano Heredia. http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i1.3940. Disponível em: https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3940. Acesso em: 25 out. 2021.

MARTINS, Ana Carolina Ribeiro; ALMEIDA, Denize Alves de; FERREIRA, Natássia Carmo Lopes Queiroz et al. Percepção do enfermeiro na atenção primária sobre as pessoas com esquizofrenia. Revista de Iniciação Científica da Libertas, São Sebastião do Paraíso, v. 8, ed. 1, p. 87-107, agosto 2018. Disponível em: http://www.libertas.edu.br/revistas/index.php/riclibertas/article/view/100. Acesso em: 9 abr. 2022.

MATOS, Arminda Dinis; MENDES, Mónica Neves; BISPO, Sandra Maria; AMENDOEIRA, José. A Influência Da Comunicação Terapêutica Em Enfermagem Na Transição Para O Estatuto Familiar-Cuidador: uma scoping review. Revista Uiips, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 1-11, 11 abr. 2020. Disponível em: https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/19876. Acesso em: 01 jun. 2022.

MATTOS, Júlio César de Oliveira; BALSANELLI, Alexandre Pazetto. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Enfermagem em Foco, [S.I.], v. 10, n. 4, fev. 2020. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2618/621. Acesso em: 05 maio 2022.

NUNES, Cristiane Kenes; OLSCHOWSKY, Agnes; SILVA, Aline Basso da. et al. Mental health in children and adolescents: vision of the professionals on challenges and possibilities in building up intersectoral networks. Revista Gaúcha de Enfermagem, [S.L.], v. 40, n. 20180432, p. 01-09, out. 2019. Disponível em:

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100442&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 maio 2022.

OLIVEIRA, Rayssa Caroline de; SILVA, Laércio Ferreira; JESUS, Marines Ribeiro de. et al. O cuidado clínico e o processo de enfermagem em saúde mental: revisão integrativa da literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde, [S.L.], n. 38, p. 1-9, 6 jan. 2020. Disponível em:

https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2018. Acesso em: 19 abr. 2022.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Plano de Ação Saúde Mental 2013-2020. Genebra: OMS, 2013, p. 7-8. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=27BC12DF22C54EDF83B28723C6D7146F?sequence=1. Acesso em: 22 out. 2021.

PESSOA JÚNIOR, João Mário; SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; CLEMENTINO, Francisco de Sales et al. Mental health policy in the context of psychiatric hospitals: challenges and perspectives. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 83-89, mar. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/FmFnvRrfSYgVXRBX48rfGXt/?lang=pt#. Acesso em: 05 maio 2022.

RIBEIRO, Alessandra Buarque de Albuquerque; REIS, Rosane Pereira dos. Assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica. Revista Saúde e Desenvolvimento, Alagoas, v. 17, n. 14, p. 19-29, jul. 2020. Disponível em:

file:///C:/Users/DELL/Downloads/918-Texto%20do%20artigo-3837-1-10-20200717.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

ROCHA, Fábio Lopes; HARA, Cláudia; PAPROCKI, Jorge. Doença mental e estigma. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 25, n. 4, p. 590-596, mar. 2015. Disponível em:

http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1876. Acesso em: 05 maio 2022.

RODRIGUES, Luciane Cristine Ribeiro et al. Repercussões da implantação de um núcleo interno de regulação de leitos no processo de trabalho de enfermeiros. SALUSVITA, Bauru, v. 38, n. 4, p. 843- 859, 2019. Disponível em:

https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v38_n4_2019/salusvita_v38_n4_2019_art_01.pdf. Acesso em: 18 abr 2022.

SILVA, Silas Alves da; SILVA, Filipe Melo da; CAVALCANTE, Antônio Eduardo Osório et al. Qualidade de vida e aspectos sociodemográficos de doentes renais crônicos. Revista Eletrônica Acervo Saúde, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 1-8, 1 fev. 2021. Disponível em:

https://18.231.186.255/index.php/saude/article/view/5481/3668. Acesso em: 26 abr. 2022.

SOUSA, Maria Isabella Epifânio de; BARBOSA, Amanda Silva. Fortalecendo as redes de cuidado em tempos de pandemia: a experiência do Apoio Matricial em saúde mental em um município do Ceará. Revista Saúde em Redes, Ceará, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em:

file:///C:/Users/laris/Downloads/admin,+fortalecendo+as+redes+de+cuidado+em+tempos+de+pandemia.docx.pdf. Acesso em: 05 maio 2022

TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S.L.], v. 23, n. 180617, p. 01-18, jun. 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/icse/2019.v23/e180617/pt/#ModalArticles. Acesso em: 05 maio 2022.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 57, n. 6, p. 738-741, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672004000600022. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/reben/a/tcfHZnwQJjwGWd9x5x5RMYj/?lang=pt. Acesso em: 23 out. 2021.

ZURITA, Robsmeire Calvo Melo; MELO, Emiliana Cristina; OLIVEIRA, Rosana Rosseto de et al. Evolução dos gastos hospitalares com internações psiquiátricas por drogas. Revista Gaúcha de Enfermagem, [S.L.], v. 37, n. 3, p. 6-8, 13 jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.53289. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/rgenf/a/bWf3XyqjQpfgXB4TFC9sVyL/?lang=pt. Acesso em 16 out. 2021.

Capítulo 23

10.37423/230107140

DIVERSIDADE DE FATORES DESENCADEADORES DA REATIVAÇÃO DO HERPES ZOSTER NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Antonio Neres Norberg — *Faculdade Metropolitana São Carlos*

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

Claudia Maria Blanco Moreira Norberg — *Claro Odontologia*

Fernanda Castro Manhães — *Universidade Estadual do Norte Fluminense*

Bianca Magnelli Mangiavacchi — *Faculdade Metropolitana São Carlos*

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

Renato Mataveli Ferreira Filho — *Faculdade Metropolitana São Carlos*

Ana Paula Borges de Souza — *Faculdade Metropolitana São Carlos*

Ademir Hilário de Souza — *Faculdade Metropolitana São Carlos*

Fabiano Guerra Sanches — *Hospital Geral do Rio de Janeiro – Exército Brasileiro*

INTRODUÇÃO

Vírus da família Herpesviridae, como o herpes simplex tipos 1 e 2 e o vírus da varicela zoster apresentam uma estratégia de escape ou evasão ao sistema imune do hospedeiro conhecida como latência (MALDONADO et al, 2021). Esse estado de latência permite ao vírus manter-se incubado à espera de uma oportunidade para voltar à atividade quando as condições fisiológicas do hospedeiro se tornarem favoráveis.

Herpes zoster é uma doença que ocorre pela reativação do vírus da varicela zoster. O vírus da varicela zoster é um dos oito tipos da família Herpesviridae patogênicos para humanos. A infecção primária é chamada varicela ou catapora e acomete principalmente crianças, possuindo caráter altamente contagioso. A transmissão ocorre pelas vias respiratórias e pelo contato com as lesões. Durante a infecção primária, o vírus se dissemina por via sanguínea para a pele, mucosa oral e linfonodos, causando rash cutâneo generalizado que caracteriza essa primoinfecção. Após a infecção primária o vírus da varicela zoster ou seus vírions podem permanecer dormentes em células dos nervos cranianos ou em gânglios nervosos sensoriais. A aquisição da imunidade ocorre pela indução de linfócitos T com memória celular específica para o vírus da varicela zoster, o que impede a reinfecção. Entretanto, essa imunidade celular diminui com o passar do tempo. Essa memória imune pode ser reativada e potencializada pela reexposição ao vírus da varicela ou pela reativação subclínica do vírus em latência (KOSHY et al, 2018; LEE et al, 2023). O período médio de imunidade após a infeçcão primária é de aproximadamente 20 anos. Uma vez reativado o vírus, este se dissemina através dos filamentos nervosos causando danos neuronais, alcançando os dermatomas, causando dor e formando o rash vesicular típico do herpes zoster. A duração da dor no rash cutâneo varia entre 32 a 45 dias, e a nevralgia pós-herpética, que ocorre entre 5% a 30% dos pacientes, pode persistir por até três meses após o aparecimento do rash cutâneo. A dor associada à nevralgia pós-herpética pode interferir em diversos aspectos psicossociais do paciente, que pode apresentar depressão, redução da qualidade de vida e afastamento social (OORSCHOT et al, 2021). As lesões nervosas/cutâneas são geralmente unilaterais, com rash vesicular doloroso e na maioria das vezes limitadas a um filamento nervoso. Herpes zoster pode apresentar complicações oftálmicas, esplênicas, cerebral e nos nervos motores, sendo a nevralgia pós-herpética a complicação mais frequente. A disseminação do vírus para além do sistema ganglionar e dos nervos periféricos está geralmente associada a deficiência do sistema imune e o vírus pode acometer outros sítios do organismo, com especial gravidade nos comprometimentos

pulmonares, hepáticos e do sistema nervoso central, que podem levar o paciente ao óbito (KOSHY et al, 2018).

Indivíduos com mais de 50 anos possuem um maior risco para desenvolver herpes zoster, possivelmente devido ao envelhecimento do sistema imune que está associado ao avanço da idade, porém a doença pode se manifestar em pacientes de qualquer faixa etária, principalmente quando esses indivíduos são afetados por eventos fisiológicos ou externos que diminuam a capacidade de contenção viral pelo sistema imune (MALDONADO et al, 2021; YIN et al, 2021; KOSHY et al, 2018; LEE et al, 2023). Entre fatores de risco para o desenvolvimento de herpes zoster estão: origem étnica, histórico familiar, estilo de vida, estresse psicológico, susceptibilidade genética, deficiências no sistema imune celular, trauma e comorbidades como lúpus eritematoso, asma, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica. (OORSCHOT et al, 2021; MARRA et al, 2020; KIM et al, 2018). Os eventos desencadeadores de reativação do vírus mais importantes são a imunosenescência, doenças sistêmicas, distúrbios fisiológicos, estresse e medicação imunossupressora (MALDONADO et al, 2021; YIN et al, 2021; KOSHY et al, 2018; OORSCHOT et al, 2021; HANDLEY & HAND, 2021). Diversas abordagens terapêuticas têm sido aplicadas para o herpes zoster e para a nevralgia pós-herpética. Embora Bardach et al (2021) afirmem que o status atual da epidemiologia do herpes zoster no mundo ainda seja amplamente desconhecido, nas últimas décadas, foi verificado um aumento da incidência dessa enfermidade decorrente da maior expectativa de vida da população, independentemente da localização geográfica (YIN et al, 2021; KOSHY et al, 2018; OORSCHOT et al, 2021), além de uma maior incidência pelo aumento de indivíduos com imunodeficiência causada pelo HIV (KOSHY et al, 2018). A vacinação contra o vírus da varicela zoster é a principal medida de prevenção e apresenta bons resultados em indivíduos idosos (KIM et al, 2021; WEINBERGER, 2022; KIM, 2023).

O fenômeno da COVID-19 extrapola o aspecto clássico da pandemia. O surto global do SARS-CoV-2 interage com doenças infecciosas, não-comunicáveis ou endêmicas, o que afeta diretamente o prognóstico da doença. Além disso, há um efeito sinérgico condicionado por determinantes como aspectos socioeconômicos, culturais e contextos particulares pertinentes à doença e as circunstâncias próprias de cada indivíduo, comunidade, população ou país (FRONTEIRA et al, 2021). Em seu aspecto clínico, a coinfecção do SARS-CoV-2 com outros patógenos desempenha um papel importante no prognóstico da doença (NORBERG, 2021a). Em relação ao contexto de interação entre o SARS-CoV-2 e o herpes zoster, diversos aspectos sindêmicos também são observados, uma vez que além da coinfecção propriamente dita, a preexistência do vírus latente, fatores predisponentes, consequências

dos protocolos de tratamento da COVID-19, a saúde mental do paciente (MATOS et al, 2020a) e a vacinação podem ter impacto direto na incidência e prognóstico tanto no transcurso da doença causada pelo SARS-CoV-2 como pela ativação do herpes zoster latente em indivíduos não-infectados mas afetados pela conjuntura do momento pandêmico.

Este trabalho tem como objetivo investigar sob a ótica sindêmica como o contexto da pandemia influencia a ressurgência do vírus do herpes zoster em indivíduos infectados pelo SARS-COV-2, não-infectados e recuperados da COVID-19.

MÉTODOS

Esse capítulo foi desenhado como uma revisão narrativa da literatura sobre reativações do vírus da varicela-zoster associadas o contexto da COVID-19. A revisão avaliou artigos científicos disponíveis nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Scholar. Os descritores utilizados, em diversas combinações, foram: “zoster”; "COVID-19", "SARS-CoV-2” e “reactivation”. O recorte temporal da revisão de literatura foi estabelecido entre os anos de 2019 e 2022. Após a seleção inicial, realizada através da leitura do título e abstract, foi selecionado o material que apresentou consistência com o tema pesquisado e os artigos lidos na íntegra. Em seguida, procedeu-se à análise e síntese dos aspectos clínicos mais relevantes dos artigos selecionados e a redação crítica e comparativa da revisão de literatura.

DESENVOLVIMENTO

Conforme proposto por Yadav et al (2020), o rápido avanço mundial da COVID-19 deve ser analisado pelo seu espectro sindêmico por extrapolar os aspectos clínicos e epidemiológicos, estando relacionado a condições médicas pré-existentes ou simultâneas, fatores sociais, ecológicos e políticos. Essas condições também são de extrema importância na análise da infecção por herpes zoster no transcurso da pandemia de COVID-19, pois interrelacionam-se na conjuntura de elementos desencadeantes da reativação do vírus latente no organismo humano. Brishkoska-Boshkovski et al (2020) avaliam que o estresse psicossocial induzido pela pandemia da COVID-19 tem o potencial de exacerbar condições inflamatórias cutâneas pré-estabelecidas e que faltam estudos mais amplos sobre as consequências da pandemia da COVID-19 em pacientes com desordens dermatológicas.

De acordo com Matos & Matos (2021b), indivíduos que apresentam ansiedade decorrente das dificuldades impostas pela pandemia de COVID-19 podem apresentar maior vulnerabilidade aos vírus, criando um desequilíbrio na função imune em decorrência da ativação crônica dos sistemas de

estresse. O confinamento das famílias em suas casas, isolados de parentes, amigos e vizinhos durante a pandemia de COVID-19 representou para muitas pessoas um evento de estresse que ameaçou a saúde e o bem-estar. Esse fato teve como consequência o desenvolvimento de um estilo de vida sedentário, obesidade, hipertensão e imunodepressão. Todos esses aspectos estão estreitamente relacionados ao aparecimento de infecções causadas por patógenos da família Herpesviridae. Em consequência da imunodepressão, tanto o SARS-CoV-2 quanto os vírus latentes podem causar doenças com maior severidade (MALDONADO et al, 2021). De acordo com Brodin (2021), a gravidade da doença causada pelo SARS-CoV-2 está relacionada a diversos fatores associados ao estado geral do paciente e de seu sistema imune. Um dos aspectos do sistema imune verificados nos casos mais graves da COVID-19 é a razão entre neutrófilos/linfócitos; essa razão é indicativa de inflamação de baixo grau, alteração fisiológica observada em pacientes com idade avançada, obesidade e diabetes. Esse mesmo padrão de disfunção imune é observado em pacientes com a reativação do vírus da varicela zoster (MOK et al, 2021). Indivíduos com imunodeficiências ou terapias imunossupressoras também possuem maior risco para o desenvolvimento das formas graves da COVID-19 (BRODIN, 2021). Entre as condições que determinam a gravidade e as mortes pela COVID-19 nos pacientes no Brasil, Mafra et al (2021) apontaram que os principais fatores de risco são a obesidade e a imunodepressão, aspectos também associados ao desenvolvimento da infecção pelo vírus da varicela zoster. Pode-se inferir que o herpes zoster e a COVID-19 compartilham instâncias sindêmicas e condições de saúde prévias que funcionam como fatores desencadeadores ou predisponentes a ambas as doenças.

A pandemia da COVID-19 gerou um profundo impacto negativo na saúde mental e nas atividades diárias da população mundial. Um estudo conduzido por Manning et al (2021) revelou um aumento global do estresse mental e ansiedade na população. A relação entre o risco de herpes zoster e o estresse psicológico na população da Dinamarca entre os anos de 2010 e 2014 foi investigada por Schmidt et al (2021) e revelou uma associação inequívoca entre o herpes zoster e condições de estresse psicológico em adultos com idades superiores a 40 anos. Considerando o incremento das taxas de ansiedade e estresse decorrentes do momento pandêmico, é esperado que esse fator de risco tenha um reflexo na incidência de herpes zoster.

Uma pesquisa realizada por Takao et al (2017) no Japão revelou que homens com altos níveis de estresse mental apresentaram riscos de incidência de herpes zoster duas vezes superior ao da população em geral. O risco da incidência de herpes zoster foi aproximadamente 60% menor entre indivíduos que se percebiam com um propósito de vida e condições psicológicas adequadas. Esses

resultados demonstram que a incidência de herpes zoster não se restringe ao aspecto psicológico e individual, correspondendo a um problema de saúde pública mais amplo ligado aos condicionantes conjunturais da vida em sociedade, como a vivência de condições bruscamente alteradas pela pandemia.

Ertugrul & Aktas (2020) apontam que a infecção pelo herpes zoster aumentou durante a pandemia da COVID-19 e que esse incremento pode ser atribuído ao estresse na alteração da rotina da população na Turquia. Esses pesquisadores sugerem ainda que a infecção pelo herpes zoster pode ser desencadeada em casos subclínicos da infecção pelo SARS-CoV-2. Acreditamos que como a manifestação do herpes zoster é uma comorbidade sob muitos aspectos benigna e de ocorrência em muitos pacientes que não necessitam de acompanhamento médico intensivo na COVID-19, a incidência de herpes zoster na população pode estar subestimada em estudos epidemiológicos. Xu et al (2020) afirmam que a maioria dos estudos sobre COVID-19 negligencia a aplicação de testes sorológicos para outras infecções virais.

Ainda são pouco conhecidos os mecanismos fisiopatológicos relacionados a lesões dermatológicas de forma geral na COVID-19 (ÁVILA et al, 2020; YU et al., 2021). Nofal et al (2020) e Recalcati et al (2020) apontam que manifestações cutâneas são continuamente verificadas e apresentam uma tendência emergente em pacientes com COVID-19. Entre essas manifestações, destacam que o herpes zoster pode ser uma complicação ou um indicador de infecção pelo SARS-CoV-2, principalmente em pacientes jovens e imunocompetentes. Galván-Casas et al (2020) e Llamas-Velasco et al (2020) indicam que há uma percepção generalizada entre dermatologistas na Espanha quanto ao aumento do número de manifestações cutâneas de herpes zoster no decorrer da pandemia. A emergência dessa virose em tempos de pandemia da COVID-19 não tem despertado a atenção de epidemiologistas possivelmente por ser um risco à vida apenas de indivíduos imunocomprometidos.

Elsaie et al (2020) sugerem que a apresentação clínica do herpes zoster no contexto da pandemia em pacientes com sintomas leves ou sem sintomas de infecção no trato respiratório deva ser considerada um sinal clínico de alarme para formas subclínicas da infecção pelo SARS-CoV-2. Esses autores ainda sugerem avaliar o histórico clínico de pacientes que desenvolvem a COVID-19 em relação a manifestações prévias do herpes zoster como um fator a ser considerado na possível aplicação de terapias imunossupressoras e anti-inflamatórias, que poderiam reativar o vírus da varicela zoster latente. Llamas-Velasco et al (2020) corroboram as inferências de Nofal et al (2020) e Elsaie et al (2020), e consideram que o exantema característico de herpes zoster seja um sinal de alerta para a

possibilidade de infecção subclínica ou inicial pelo SARS-CoV-2, ao que o profissional de saúde deve indicar a realização de testes sorológicos para a detecção precoce da COVID-19. Diversos autores sugerem que o SARS-CoV-2 pode causar a reativação de outras viroses, em especial herpesvírus que apresentam um papel etiológico importante no conjunto de manifestações cutâneas observadas na COVID-19 (ABADÍAS-GRANADO et al, 2021; CICCARESE et al, 2020; GALVÁN-CASAS et al, 2020; ALFISHAWY et al, 2021).

Ainda que as características imunológicas sejam extremamente variáveis entre pacientes com COVID-19, grande parte dos indivíduos que desenvolvem as formas clínicas mais graves apresentam a síndrome da tempestade de citocinas, que pode ser uma das razões pela reativação do vírus da varicela zoster. Os quadros agudos da infecção pelo SARS-CoV-2 ocasionam a exaustão funcional e o decréscimo no total de linfócitos, resultando na reativação de infecções virais latentes pelo enfraquecimento da barreira imune que isola as células infectadas (XU et al, 2020; PONA et al, 2020).

Um dos fatores que favorece a reativação do herpes zoster no contexto da pandemia da COVID-19 é o uso de drogas imunossupressoras com o objetivo de controlar a reação exacerbada do sistema imune nos casos graves de infecção pelo SARS-CoV-2. Uma das drogas mais utilizadas é o Tocilizumabe, que neutraliza os efeitos da Interleucina-6 no organismo, que é uma citocina diretamente ligada à contenção do vírus da varicela zoster nos gânglios nervosos (COMO et al, 2018; KUBANDOVA et al, 2010; TARTARI et al, 2020; KHIALI et al, 2020; SCHERLINGER et al, 2018, MOURGUES et al, 2016). O uso desse medicamento para a imunossupressão nos casos agudos da COVID-19 está associado ao desenvolvimento de diversas infecções por microrganismos oportunistas (NORBERG et al, 2021b; MASIÁ et al, 2020; WITTING et al, 2020; HOFMAENNER et al, 2021; CHARAN et al, 2021), entre as quais herpes zoster (CHARAN et al, 2021; TRAN et al, 2017; KUBANDOVA et al, 2010; TARTARI et al, 2020; KHIALI et al, 2020; SCHERLINGER et al, 2018, MOURGUES et al, 2016). O uso de medicamentos anti-inflamatórios da classe de inibidores da Janus Kinase na tentativa de controle da inflamação aguda na COVID-19 também está associado a um maior risco de desenvolvimento do herpes zoster (BURRAGE et al, 2020).

Uma pesquisa sobre a prevalência de herpes simplex e herpes zoster entre pacientes com COVID-19 atendidos em um hospital universitário no estado da Flórida, Estados Unidos da América, foi realizada por Katz et al (2021). A prevalência de herpes simples tipo 1 entre pacientes com COVID-19 foi de 2,81%, enquanto entre os demais pacientes do hospital foi de 0,77%. A prevalência de manifestações de herpes zoster em pacientes com COVID-19 foi de 1,8%, superior aos 0,43% observado entre os

demais pacientes internados no hospital. Os autores concluem que herpes simples tipo 1 e herpes zoster são viroses fortemente associadas à COVID-19 e que a reativação dos herpesvírus em geral em quadros de imunossupressão derivada da COVID-19 ou dos protocolos terapêuticos aplicados no tratamento do SARS-COV-2 são potenciais ameaças à vida do paciente. Tanto viroses herpéticas como a COVID-19 podem afetar vários órgãos e sistemas. Infecções fulminantes por herpesvírus assemelham-se aos quadros sistêmicos da infecção aguda pelo SARS-CoV-2.

Diez-Domingo et al (2021) reportam numerosos casos de herpes zoster em pacientes com COVID-19, principalmente em indivíduos com idade mais avançada. A manifestação do herpes zoster ocorre após algumas semanas do início dos sinais clínicos da COVID-19 e na maior parte das vezes com uma apresentação clínica típica. As apresentações clínicas atípicas de herpes zoster em pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 ocorrem com maior frequência em indivíduos imunocomprometidos. Os autores consideram que embora não haja estudos apontando que a COVID-19 aumente o risco de manifestação do herpes zoster, existe uma base biológica e um contexto fisiopatológico que facilitam essa interação. Essa hipótese também foi proposta por Yu et al (2021) com base em análise estatística de casos por meio da bioinformática.

Marzano et al (2020) investigaram a evolução clínica da manifestação por herpes zoster em 22 pacientes com COVID-19 na Itália. A idade média dos pacientes foi de 60 anos e 72,7% eram homens. A duração média das manifestações cutâneas foi de 8 dias. Foi observada a presença de vesículas em 54,5% dos pacientes e 40,9% reportaram prurido. No contexto da coinfecção entre herpes zoster e a COVID-19, os sintomas sistêmicos mais comuns foram febre (95,55%), tosse (72,7%), cefaleia (50%) e fraqueza geral (50%). Entre esses pacientes 3,6% evoluíram para o óbito.

Diversos autores sugerem a adoção de medicações anti-herpéticas na conduta terapêutica dos casos graves da COVID-19 como forma de prevenção à reativação de vírus da família Herpesviridae, e existem diversos relatos de experiências clínicas de sucesso na infecção concomitante entre o vírus zoster e o SARS-CoV-2 (KATZ et al, 2021; SHORS, 2020; ELSAIE et al, 2020; TARTARI et al, 2020; FERNANDEZ-NIETO et al, 2020; SAATI et al, 2020; CAO et al. 2020; FERREIRA et al, 2020; XU et al, 2020; NOFAL et al, 2020; ELSAIE & NADA, 2020; LOH et al, 2021a). A fundamentação para o uso de terapia com medicações anti-herpéticas é que a sua eficácia no controle de herpesvírus é historicamente comprovada enquanto não há medicação contra a replicação viral do SARS-CoV-2.

A maior parte dos casos de herpes zoster em infecção concorrente ou ativados após a infecção ou tratamento da COVID-19 tiveram apresentações clínicas típicas da doença, com lesões na face ou

oftálmico, pescoço, tronco ou membros, geralmente unilateral e com comprometimento de um só dermatoma (BRAMBRILA et al, 2020; ELSAIE & NADA, 2020; ELSAIE et al, 2020; NOFAL et al, 2020; XU et al, 2020; CAO et al, 2020; FERREIRA et al, 2020; PONA et al, 2020; SAATI et al, 2020; FERNANDEZ-NIETO et al, 2020; TARTATI et al, 2020; MARZANO et al, 2021; AU et al, 2021; GHOSH et al, 2021; DESAI et al, 2021; LOH et al, 2021; FARUK & RAHMAN, 2021, PÉREZ-BEJARANO et al, 2021; ALTAF, 2021; PURI et al, 2021), embora formas atípicas ou mais graves como herpes zoster disseminado (VORSIN et al, 2020) dermatomas simétricos bilaterais (VERALDI et al, 2021), meningite (TAMURA et al, 2021), vasculite retinal (SARPANGALA et al, 2021), necrose retinal aguda (MISHRA et al,2021) e polineuropatia cranial (ANTONESCU et al, 2021) tenham sido reportadas.

A análise da literatura científica atual demonstra que foram reportados casos de herpes zoster após a aplicação de vacinas contra o SARS-CoV-2 fabricadas com as três tecnologias de produção de imunizantes mais amplamente empregadas: vírus inativado (AKSU et al, 2021; ARORA et al, 2021; BOSTAN & YARLICI-ARMAGAN, 2021; OZDEMIR et al; 2021), vetor viral (ALGAADI et al, 2021; ALHASAWI et al., 2021; CATALÁ et al, 2021; CHIU et al, 2021; PARK et al,2021; ALPALHÃO et al, 2021 PALANIVEL, 2021) e RNA mensageiro (ALHASAWI et al., 2021; ALPALHÃO et al, 2021; BARDA et al, 2021; CATALÁ et al, 2021; CHANNA et al, 2021; CHIU et al, 2021; DAVID et al, 2021; EID et al, 2021; FUKUOKA et al, 2021; FURER et al, 2021; HERBORT et al, 2021; LEE et al, 2021; MALDONADO et al, 2021; MCMAHON et al, 2021; MARANINI et al, 2021; NASTRO et al, 2021; PAPASSAVAS et al, 2021; PSICHOGIOU et al, 2021; RODRIGUEZ-JIMENEZ et al, 2021; SAID et al,2 021; SANTOVITO et al, 2021; TESSAS et al, 2021; TOSCANI et al, 2021; VAN DAM et al, 2021; VASTARELLA et al, 2021), sendo significativa a predominância de casos relacionados a vacinas de RNA mensageiro. Vacinas com vírus inativados para hepatite A, influenza, raiva e encefalite japonesa são apontadas como fatores desencadeantes da aparição de manifestações do herpes zoster, e as vacinas para a COVID-19 agora somam-se a essa lista (EID et al, 2021; BOSTAN & YARLICI-ARMAGAN, 2021). Alguns pesquisadores apontam hipóteses de mudanças no perfil da imunidade celular como causa principal para manifestações cutâneas do herpes zoster após a vacinação com imunizantes do tipo RNA mensageiro, como linfocitopenia transitória similar a verificada na COVID-19 (VAN DAM et al, 2021) ou a mobilização maciça de linfócitos CD4 e CD8 em reação ao novo antígeno, resultando em um enfraquecimento da barreira específica contra o herpes vírus (BOSTAN & YARLICI-ARMAGAN; LLADÓ et al, 2021). Ainda é desconhecido o perfil de segurança de vacinas de RNA mensageiro pois trata-se de uma tecnologia recente (FURER et al, 2021; BOSTAN & YARLICI-ARMAGAN, 2021) e o mecanismo de reativação do vírus da varicela zoster na dinâmica da imunização contra o SARS-CoV-2 ainda

necessita de estudos mais aprofundados. As apresentações clínicas do herpes zoster como eventos posteriores à vacinação seguem majoritariamente o padrão típico da doença, igualmente como observado no herpes zoster concomitante ou posterior à COVID-19.

Um estudo epidemiológico realizado por Maia et al (2021) com dados do sistema DATASUS do Ministério da Saúde do Brasil apontam que no período da pandemia da COVID-19 entre março e agosto de 2020 a prevalência de casos de herpes zoster na população em geral foi 35,4% superior à verificada entre os meses de março a agosto nos anos de 2017, 2018 e 2019. Ainda que uma associação entre o herpes zoster e a COVID-19 não possa ser consistentemente afirmada em razão da falta de outros dados epidemiológicos, a vinculação dessas duas doenças pode corresponder a uma conjuntura mais ampla sob uma ótica da sindemia. Embora a pesquisa contemple o período anterior à vacinação no Brasil, cujo início foi em 18 de janeiro de 2021 (SOARES-LISBOA et al., 2021), a repentina elevação dos níveis de incidência do herpes zoster é uma provável consequência dos demais aspectos sindêmicos apresentados em nossa discussão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de diversas pesquisas que apontam para um aumento da incidência de herpes zoster no contexto pandêmico da COVID-19, não há nenhum estudo abrangente sobre a correlação entre a ressurgência da infecção latente pelo vírus da varicela zoster nessa conjuntura. Ao coligir a atual bibliografia científica sobre o tema, fica evidente que são múltiplos os fatores que podem desencadear a incidência de herpes zoster na conjuntura da pandemia da COVID-19.

O herpes zoster e a COVID-19 compartilham instâncias sindêmicas e condições de saúde prévias que funcionam como fatores desencadeadores ou predisponentes a ambas as doenças, como idade avançada do indivíduo, baixa imunidade, estilo de vida sedentário, obesidade e hipertensão.

Entre os indivíduos não infectados pelo SARS-CoV-2, a mudança da rotina diária, o estresse, a ansiedade, o desenvolvimento de hábitos sedentários e os desequilíbrios fisiológicos consequentes são fatores predisponentes tanto para a infecção quando expostos ao SARS-CoV-2 quanto para o decréscimo da imunidade responsável pela reativação patogênica do vírus da varicela zoster latente.

Entre indivíduos infectados pelo SARS-CoV-2, há indícios de que a própria infecção viral pelo novo coronavírus pode desencadear a ativação de herpesvírus latentes. A imunodepressão, ocasionada pelo esgotamento do sistema imune celular e o desequilíbrio nos níveis de citocinas na infecção aguda, e a

terapia medicamentosa imunossupressora e com anti-inflamatórios são fatores desencadeantes da reativação do vírus da varicela zoster.

Ainda no contexto sindêmico, há um conjunto de evidências robusto correlacionando a reativação do zoster após a vacinação contra a COVID-19, especialmente quanto a vacinas que utilizam a tecnologia de RNA mensageiro.

A maior parte dos casos de herpes zoster em infecção concorrente ou ativados após a infecção ou tratamento da COVID-19 tiveram apresentações clínicas típicas da doença. O mesmo foi observado na reativação do vírus posterior à vacinação contra a COVID-19.

A reunião de diversos fatores sociais, psicológicos, fisiológicos, na condução clínica da COVID-19 e no espectro vacinal que desencadeiam a manifestação do herpes zoster no contexto da COVID-19 impinge a uma análise sob a ótica da sindemia para ambas as doenças. A avaliação do cenário de saúde através de uma abordagem mais ampla é o único meio para estimar a real extensão e interrelação entre essas viroses na conjuntura da atual.

REFERÊNCIAS

ABADÍAS-GRANADO, I.; NAVARRO-BIELSA, A.; MORALES-CALLAGHAN, A. M.; ROC, L.; SUSO-ESTÍVALEZ, C. C.; POVAR-ECHEVERRÍA, M.; GILABERTE, Y. COVID-19-associated cutaneous manifestations: does human herpesvirus 6 play an aetiological role? British Journal of Dermatology, v. 184, n. 6, p. 1187–1190, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/bjd.19806

AKSU, S. B.; ÖZTÜRK, G. Z. A rare case of shingles after COVID-19 vaccine: is it a possible adverse effect? Clinical and Experimental Vaccine Research, v. 10, n. 2, p. 198, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.7774/cevr.2021.10.2.198

AL FARUK, A.; RAHMAN, M. R. Herpes Zoster associated With COVID-19 in an immunocompetent male. Update Dental College Journal, v. 11, n. 2, p. 35–37, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.3329/updcj.v11i2.56096

ALFISHAWY, M.; NASSAR, M.; ASSAL, H. H.; IBRAHIM, A. K.; ABDALLA, M. S.; NSO, N.; ELBENDARY, A. Human Herpesviruses Reactivation in COVID-19. Annals of Pulmonary & Respiratory Medicine, v. 2, n. 2, 2021. Disponível em: http://www.remedypublications.com/annals-of-pulmonary-respiratory-medicine-abstract.php?aid=6813. Acesso em: 27 jan. 2023.

ALGAADI, S. A. Herpes zoster and COVID-19 infection: a coincidence or a causal relationship? Infection, v. 50, n. 2, p. 289–293, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s15010-021-01714-6

ALHASAWI, A.; KAMEL, M. I.; ELMASRY, S.; KAMEL, W. A.; HASSAN, A. Impact of COVID-19 Vaccination on Varicella Zoster Virus Reactivation: A Case Control Study. Microbiology & Infectious Diseases, v. 5, n. 4, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.33425/2639-9458.1124. Acesso em: 27 jan. 2023.

ALPALHÃO, M.; FILIPE, P. Herpes Zoster following SARS-CoV-2 vaccination – a series of four cases. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, v. 35, n. 11, p. e750–e752, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jdv.17555

ALTAF, I. Herpes Zoster Co-Infection with COVID-19: A Case Series. Bali Journal of Anesthesiology, v. 5, n. 3, p. 195, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4103/bjoa.bjoa_222_20

ANTONESCU, F.; BUTNARIU, I.; COJOCARU, F. M.; ANGHEL, D. N.; MIHAI, E. D.; TUȚĂ, S. Zoster Cranial Polyneuropathy in a COVID-19 Patient. American Journal of Case Reports, v. 22, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.12659/AJCR.934658. Acesso em: 27 jan. 2023.

ARORA, P.; SARDANA, K.; MATHACHAN, S. R.; MALHOTRA, P. Herpes zoster after inactivated COVID-19 vaccine: A cutaneous adverse effect of the vaccine. Journal of Cosmetic Dermatology, v. 20, n. 11, p. 3389–3390, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jocd.14268

AU, S. C. L. Herpes zoster ophthalmicus: The importance of face mask removal examination under the COVID-19 pandemic. Visual Journal of Emergency Medicine, v. 24, p. 101083, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.visj.2021.101083

ÁVILA, M. S. F., BASTOS, A. E. R., ZAMBROTTI, G. T. R. Lesões cutâneas e COVID-19. In: NORBERG, A. N., SOUZA, C. H. M., MANHÃES, F. C., SANT'ANNA, N. F. COVID-19: Saúde e Interdisciplinaridade. Campos dos Goytacazes: Encontrografia. 2020. p. 25-49. Disponível em:

http://encontrografia.com/wp-content/uploads/2020/11/ebook-COVID-19-Saude-e-Interdisciplinaridade.pdf

BARDA, N. et al Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting. New England Journal of Medicine, v. 385, n. 12, p. 1078–1090, 2021. Disponível em:

https://doi.org/10.1056/NEJMoa2110475

BARDACH, A. E.; PALERMO, C.; ALCONADA, T.; SANDOVAL, M.; BALAN, D. J.; NIETO GUEVARA, J.; GÓMEZ, J.; CIAPPONI, A. Herpes zoster epidemiology in Latin America: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, v. 16, n. 8, p. e0255877, 2021. Disponível em:

https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255877

BOSTAN, E.; YALICI-ARMAGAN, B. Herpes zoster following inactivated COVID-19 vaccine: A coexistence or coincidence? Journal of Cosmetic Dermatology, v. 20, n. 6, p. 1566–1567, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jocd.14035

BRAMBILLA, L.; MARONESE, C. A.; TOURLAKI, A.; VERALDI, S. Herpes zoster following COVID-19: a report of three cases. European Journal of Dermatology, v. 30, n. 6, p. 754–756, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1684/ejd.2020.3924

BRISHKOSKA-BOSHKOVSKI, V.; VASILEVA, M.; DIMITROVSKA, I.; GRIVCHEVA-PANOVSKA, V. Coronavirus Disease-19 Pandemic and Dermatology. What to Expect? Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, v. 8, n. T1, p. 290–293, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.3889/oamjms.2020.5032

BRODIN, P. Immune determinants of COVID-19 disease presentation and severity. Nature Medicine, v. 27, n. 1, p. 28–33, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41591-020-01202-8

BURRAGE, D. R.; KOUSHESH, S.; SOFAT, N. Immunomodulatory Drugs in the Management of SARS-CoV-2. Frontiers in Immunology, v. 11, p. 1844, 2020. Disponível em:

https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01844

CAO, X.; ZHANG, X.; MENG, W.; ZHENG, H. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia in an Elderly Patient with Critical COVID-19: A Case Report. Journal of Pain Research, v. Volume 13, p. 2361–2365, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.2147/JPR.S274199

CATALÀ, A. et al Cutaneous reactions after SARS-CoV-2 vaccination: a cross-sectional Spanish nationwide study of 405 cases. British Journal of Dermatology, v. 186, n. 1, p. 142–152, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1111/bjd.20639

CHANNA, L.; TORRE, K.; ROTHE, M. Herpes zoster reactivation after mRNA-1273 (Moderna) SARS-CoV-2 vaccination. JAAD Case Reports, v. 15, p. 60–61, 2021. Disponível em:

https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2021.05.042

CHARAN, J. et al Tocilizumab in COVID-19: a study of adverse drug events reported in the WHO database. Expert Opinion on Drug Safety, v. 20, n. 9, p. 1125–1136, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/14740338.2021.1946513

CHIU, H.-H.; WEI, K.-C.; CHEN, A.; WANG, W.-H. Herpes zoster following COVID-19 vaccine: a report of three cases. QJM: An International Journal of Medicine, v. 114, n. 7, p. 531–532, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab208

CICCARESE, G.; PARODI, A.; DRAGO, F. SARS-CoV-2 as possible inducer of viral reactivations. Dermatologic Therapy, v. 33, n. 6, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/dth.13878. Acesso em: 28 jan. 2023.

COMO, C. N.; PEARCE, C. M.; COHRS, R. J.; BAIRD, N. L. Interleukin-6 and type 1 interferons inhibit varicella zoster virus replication in human neurons. Virology, v. 522, p. 13–18, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.virol.2018.06.013

DAVID, E.; LANDRISCINA, A. Herpes Zoster Following COVID-19 Vaccination. Journal of Drugs in Dermatology, v. 20, n. 8, p. 898–900, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.36849/JDD.6146

DESAI, H. D.; SHARMA, K.; PATOLIYA, J. V.; AHADOV, E.; PATEL, N. N. A Rare Case of Varicella-Zoster Virus Reactivation Following Recovery From COVID-19. Cureus, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.12423. Acesso em: 28 jan. 2023.

DIEZ-DOMINGO, J.; PARIKH, R.; BHAVSAR, A. B.; CISNEROS, E.; MCCORMICK, N.; LECRENIER, N. Can COVID-19 Increase the Risk of Herpes Zoster? A Narrative Review. Dermatology and Therapy, v. 11, n. 4, p. 1119–1126, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s13555-021-00549-1

EID, E.; ABDULLAH, L.; KURBAN, M.; ABBAS, O. Herpes zoster emergence following mRNA COVID-19 vaccine. Journal of Medical Virology, v. 93, n. 9, p. 5231–5232, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jmv.27036

ELSAIE, M. L.; NADA, H. A. Herpes zoster (shingles) complicating the course of COVID19 infection. Journal of Dermatological Treatment, v. 33, n. 2, p. 1123–1125, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1782823

ELSAIE, M. L.; YOUSSEF, E. A.; NADA, H. A. Herpes zoster might be an indicator for latent COVID 19 infection. Dermatologic Therapy, v. 33, n. 4, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/dth.13666. Acesso em: 28 jan. 2023.

ERTUGRUL, G.; AKTAS, H. Herpes zoster cases increased during COVID-19 outbreak. Is it possible a relation? Journal of Dermatological Treatment, v. 33, n. 2, p. 1180–1180, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1789040

FERREIRA, A. C. A. de F.; ROMÃO, T. T.; MACEDO, Y. S.; PUPE, C.; NASCIMENTO, O. J. M.; FELLOW OF THE AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY (FAAN). COVID-19 and herpes zoster co-infection presenting with trigeminal neuropathy. European Journal of Neurology, v. 27, n. 9, p. 1748–1750, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/ene.14361

FRONTEIRA, I.; SIDAT, M.; MAGALHÃES, J. P.; DE BARROS, F. P. C.; DELGADO, A. P.; CORREIA, T.; DANIEL-RIBEIRO, C. T.; FERRINHO, P. The SARS-CoV-2 pandemic: A syndemic perspective. One Health, v. 12, p. 100228, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100228

FUKUOKA, H.; FUKUOKA, N.; KIBE, T.; TUBBS, R. S.; IWANAGA, J. Oral Herpes Zoster Infection Following COVID-19 Vaccination: A Report of Five Cases. Cureus, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.19433. Acesso em: 28 jan. 2023.

FURER, V.; ZISMAN, D.; KIBARI, A.; RIMAR, D.; PARAN, Y.; ELKAYAM, O. Herpes zoster following BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccination in patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: a case series. Rheumatology, v. 60, n. SI, p. SI90–SI95, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1093/rheumatology/keab345

GALVÁN CASAS, C. et al Classification of the cutaneous manifestations of COVID -19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. British Journal of Dermatology, v. 183, n. 1, p. 71–77, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/bjd.19163

GHOSH, B.; GAJJAR, R. A.; MODI, V. K.; JADEJA, D. M. A Rare Case of Herpes Zoster in an Adult Patient Recovered From Symptomatic Reinfection of COVID-19. Cureus, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.16274. Acesso em: 28 jan. 2023.

HANDLEY, G.; HAND, J. Adverse Effects of Immunosuppression: Infections. In: EISEN, H. J. (org.). Pharmacology of Immunosuppression. Cham: Springer International Publishing, 2021. (Handbook of Experimental Pharmacology). v. 272, p. 287–314. E-book. Disponível em: https://doi.org/10.1007/164_2021_550. Acesso em: 28 jan. 2023.

HERBORT, C. P.; PAPASAVVAS, I. Effect of SARS-CoV-2 mRNA vaccination on ocular herpes simplex and varicella-zoster virus reactivation: should preventive antiviral treatment be given in known herpes patients. Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection, v. 11, n. 1, p. 33, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12348-021-00262-2

HOFMAENNER, D. A.; WENDEL GARCIA, P. D.; GANTER, C. C.; BRUGGER, S. D.; BUEHLER, P. K.; DAVID, S. What every intensivist should know about Tocilizumab. Critical Care, v. 25, n. 1, p. 262, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13054-021-03696-1

KATZ, J.; YUE, S.; XUE, W. Herpes simplex and herpes zoster viruses in COVID-19 patients. Irish Journal of Medical Science (1971 -), v. 191, n. 3, p. 1093–1097, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11845-021-02714-z

KHIALI, S.; KHANI, E.; ENTEZARI-MALEKI, T. A Comprehensive Review of Tocilizumab in COVID-19 Acute Respiratory Distress Syndrome. The Journal of Clinical Pharmacology, v. 60, n. 9, p. 1131–1146, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jcph.1693

KIM, C. K.; CHOI, Y. M.; BAE, E.; JUE, M. S.; SO, H. S.; HWANG, E.-S. Reduced NK cell IFN-γ secretion and psychological stress are independently associated with herpes zoster. PLOS ONE, v. 13, n. 2, p. e0193299, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193299

KIM, J. H. et al The adjuvanted recombinant zoster vaccine is efficacious and safe in Asian adults ≥ 50 years of age: a sub-cohort analysis of the ZOE-50 and ZOE-70 randomized trials. Human Vaccines &

Immunotherapeutics, v. 17, n. 7, p. 2050–2057, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1859321

KIM, S. H. Current scenario and future applicability of antivirals against herpes zoster. The Korean Journal of Pain, v. 36, n. 1, p. 4–10, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.3344/kjp.22391

KOSHY, E.; MENGTING, L.; KUMAR, H.; JIANBO, W. Epidemiology, treatment and prevention of herpes zoster: A comprehensive review. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology, v. 84, n. 3, p. 251, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ijdvl.IJDVL_1021_16

KUBANDOVA, Z.; MATHIEU, S.; POURTIER, C.; SOUBRIER, M. Serious herpes zoster in rheumatoid arthritis under anti-interleukin-6 receptor antibody. Joint Bone Spine, v. 77, n. 6, p. 623–624, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2010.07.009

LEE, C.; COTTER, D.; BASA, J.; GREENBERG, H. L. 20 Post-COVID-19 vaccine-related shingles cases seen at the Las Vegas Dermatology clinic and sent to us via social media. Journal of Cosmetic Dermatology, v. 20, n. 7, p. 1960–1964, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jocd.14210

LEE, C.; GIANNELOS, N.; CURRAN, D.; DONG, H.; TANG, H.; JIANG, N.; YE, C.; YUAN, Y.; NG, C. Lifetime risk of herpes zoster in the population of Beijing, China. Public Health in Practice, p. 100356, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.puhip.2023.100356

LLADÓ, I.; FERNÁNDEZ-BERNÁLDEZ, A.; RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, P. Varicella zoster virus reactivation and mRNA vaccines as a trigger. JAAD Case Reports, v. 15, p. 62–63, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2021.07.011

LLAMAS-VELASCO, M.; RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, P.; CHICHARRO, P.; DE ARGILA, D.; MUÑOZ-HERNÁNDEZ, P.; DAUDÉN, E. Reply to “Varicella-like exanthem as a specific COVID-19-associated skin manifestation: Multicenter case series of 22 patients”: To consider varicella-like exanthem associated with COVID-19, virus varicella zoster and virus herpes simplex must be ruled out. Journal of the American Academy of Dermatology, v. 83, n. 3, p. e253–e254, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.180

LOH, J.; THAM, S. M.; TAMBYAH, P. A.; YAN, G.; LEE, C. K.; CHAI, L. Y. A. Range of Varicella Zoster Co-Infections with COVID-19, Singapore. Infection & Chemotherapy, v. 53, n. 2, p. 391, 2021a. Disponível em: https://doi.org/10.3947/ic.2020.0154

LOH, S.; ONG, W.; NG, S. Herpes Zoster Ophthalmicus with Ophthalmoplegia: A Case Report and Review of Literature. v. 35, n. 1, 2021b.

MAFRA, A. C. C. N.; VIEIRA, R. R.; MONTEIRO, C. N.; CAVALCANTE, D. F. B.; MIRAGLIA, J. L.; BONFIM, D.; PALACIO, D. C.; MARTINS, A. C. F.; DE ALMEIDA, L. Y.; NETO, J. P. What most influences severity and death of COVID-19 patients in Brazil? Is it clinical, social, or demographic factors? An observational study. [S. l.]: Epidemiology, 2021. preprint.Disponível em:

https://doi.org/10.1101/2021.06.03.21258128. Acesso em: 28 jan. 2023.

MAIA, C. M. F.; MARQUES, N. P.; DE LUCENA, E. H. G.; DE REZENDE, L. F.; MARTELLI, D. R. B.; MARTELLI-JÚNIOR, H. Increased number of Herpes Zoster cases in Brazil related to the COVID-19 pandemic.

International Journal of Infectious Diseases, v. 104, p. 732–733, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.033

MALDONADO, M. D.; ROMERO-AIBAR, J. The Pfizer-BNT162b2 mRNA-based vaccine against SARS-CoV-2 may be responsible for awakening the latency of herpes varicella-zoster virus. Brain, Behavior, & Immunity - Health, v. 18, p. 100381, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.bbih.2021.100381

MALDONADO, M. D.; ROMERO-AIBAR, J.; PÉREZ-SAN-GREGORIO, M. A. COVID-19 pandemic as a risk factor for the reactivation of herpes viruses. Epidemiology and Infection, v. 149, p. e145, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1017/S0950268821001333

MANNING, K.; EADES, N. D.; KAUFFMAN, B. Y.; LONG, L. J.; RICHARDSON, A. L.; GAREY, L.; ZVOLENSKY, M. J.; GALLAGHER, M. W. Anxiety Sensitivity Moderates the Impact of COVID-19 Perceived Stress on Anxiety and Functional Impairment. Cognitive Therapy and Research, v. 45, n. 4, p. 689–696, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10608-021-10207-7

MARANINI, B.; CIANCIO, G.; CULTRERA, R.; GOVONI, M. Herpes zoster infection following mRNA COVID-19 vaccine in a patient with ankylosing spondylitis. Reumatismo, v. 73, n. 3, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4081/reumatismo.2021.1445. Acesso em: 28 jan. 2023.

MARRA, F.; PARHAR, K.; HUANG, B.; VADLAMUDI, N. Risk Factors for Herpes Zoster Infection: A Meta-Analysis. Open Forum Infectious Diseases, v. 7, n. 1, p. ofaa005, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa005

MARZANO, A. V. et al Varicella-like exanthem as a specific COVID-19–associated skin manifestation: Multicenter case series of 22 patients. Journal of the American Academy of Dermatology, v. 83, n. 1, p. 280–285, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.044

MASIÁ, M.; FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, M.; PADILLA, S.; ORTEGA, P.; GARCÍA, J. A.; AGULLÓ, V.; GARCÍA-ABELLÁN, J.; TELENTI, G.; GUILLÉN, L.; GUTIÉRREZ, F. Impact of interleukin-6 blockade with tocilizumab on SARS-CoV-2 viral kinetics and antibody responses in patients with COVID-19: A prospective cohort study. EBioMedicine, v. 60, p. 102999, 2020. Disponível em:

https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102999

MATOS, M. L. F. M. de; MATOS, A. A. L. de. Marcadores inflamatórios na depressão e COVID-19 e a relação com a imunidade: uma revisão de literatura. In: NORBERG, A. N.; MANGIAVACCHI, B. M.; SOUZA, C. H. M. de; MANHÃES, F. C.; SANT'ANNA, N. F. COVID-19: Saúde e interdisciplinaridade 2. Ponta Grossa: Atena Editora, 2021a. p. 122–132. Disponível em:

https://doi.org/10.22533/at.ed.30721041110

MATOS, M. L. F. M.; MATOS, D. M.; COELHO, L. C. A. Isolamento social em tempos da COVID-19 e suas implicações na Saúde Mental. In: NORBERG, A. N.; MANGIAVACCHI, B. M.; SOUZA, C. H. M. de; MANHÃES, F. C.; SANT'ANNA, N. F. COVID-19: Saúde e interdisciplinaridade 2. Ponta Grossa: Atena Editora, 2021b. p. 103–115. Disponível em: https://doi.org/10.22533/at.ed.30721041110

MCMAHON, D. E. et al Cutaneous reactions reported after Moderna and Pfizer COVID-19 vaccination: A registry-based study of 414 cases. Journal of the American Academy of Dermatology, v. 85, n. 1, p. 46–55, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.03.092

MISHRA, S. B.; MAHENDRADAS, P.; KAWALI, A.; SANJAY, S.; SHETTY, R. Reactivation of varicella zoster infection presenting as acute retinal necrosis post COVID 19 vaccination in an Asian Indian male. European Journal of Ophthalmology, v. 33, n. 1, p. NP32–NP36, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1177/11206721211046485

MOK, C. C.; HO, L. Y.; TSE, S. M.; CHAN, K. L.; TO, C. H. Prevalence and risk factors of herpes zoster infection in patients with rheumatic diseases not receiving biologic or targeted therapies. Clinical Rheumatology, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10067-022-06450-2. Acesso em: 28 jan. 2023.

MOURGUES, C.; HENQUELL, C.; TATAR, Z.; PEREIRA, B.; NOURISSON, C.; TOURNADRE, A.; SOUBRIER, M.; COUDERC, M. Monitoring of Epstein-Barr virus (EBV)/cytomegalovirus (CMV)/varicella-zoster virus (VZV) load in patients receiving tocilizumab for rheumatoid arthritis. Joint Bone Spine, v. 83, n. 4, p. 412–415, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2015.07.009

NASTRO, F.; FABBROCINI, G.; DI VICO, F.; MARASCA, C. Small vessel vasculitis related to varicella-zoster virus after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, v. 35, n. 11, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jdv.17550. Acesso em: 28 jan. 2023.

NOFAL, A.; FAWZY, M. M.; SHARAF EL DEEN, S. M.; EL-HAWARY, E. E. Herpes zoster ophthalmicus in COVID-19 patients. International Journal of Dermatology, v. 59, n. 12, p. 1545–1546, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/ijd.15240

NORBERG, A. N.; NORBERG, P. R. B. M.; SANCHES, F. G.; RIBEIRO, P. C., SANT'ANNA, N. F.; FERRREIRA-FILHO, R. M., FAIAL, L. C. M. Paraepidemics: the role of microbial coinfections and superinfections on the COVID-19. World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, v. 10, n. 8, p. 140-153, 2021a. Disponível em: https://www.wjpps.com/Wjpps_controller/abstract_id/14765

NORBERG, C. M. B .M.; NORBERG, P. R. B. M.; NORBERG, A. N.; MATOS, A. A. A. L.; GUERRA-SANCHES, F.; MANHÃES, F. C.; MANGIAVACCIO, B. M.; FAIAL, L. C. M. Candida infections associated with COVID-19: na underestimated risk. World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, v. 10, n. 9, p. 48-64, 2021b. Disponível em: https://www.wjpps.com/Wjpps_controller/abstract_id/14962

ÖZDEMIR, A. K.; KAYHAN, S.; ÇAKMAK, S. K. Herpes zoster after inactivated SARS-CoV-2 vaccine in two healthy young adults. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, v. 35, n. 12, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jdv.17577. Acesso em: 28 jan. 2023.

PALANIVEL, J. A. Herpes zoster after COVID-19 vaccination—Can the vaccine reactivate latent zoster virus? Journal of Cosmetic Dermatology, v. 20, n. 11, p. 3376–3377, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jocd.14470

PAPASAVVAS, I.; DE COURTEN, C.; HERBORT, C. P. Varicella-zoster virus reactivation causing herpes zoster ophthalmicus (HZO) after SARS-CoV-2 vaccination – report of three cases. Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection, v. 11, n. 1, p. 28, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12348-021-00260-4

PARK; CHRISTIAN MAYS; SNEHA KONDA; CHRISTOPHER LEFFLER MD. Herpes Zoster Ophthalmicus Following COVID-19 Vaccination: A Case Report. Global Journal of Medical Research, v. 21, n. F6, p. 1–2, 2021.

PÉREZ BEJARANO, D. et al Autoimmune disease and unusual infections in critically ill patient with COVID-19: case report. Revista de salud publica del Paraguay, v. 11, n. 1, p. 102–106, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.18004/rspp.2021.junio.102

PONA, A.; JIWANI, R. A.; AFRIYIE, F.; LABBE, J.; COOK, P. P.; MAO, Y. Herpes zoster as a potential complication of coronavirus disease 2019. Dermatologic Therapy, v. 33, n. 6, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/dth.13930. Acesso em: 28 jan. 2023.

PSICHOGIOU, M.; SAMARKOS, M.; MIKOS, N.; HATZAKIS, A. Reactivation of Varicella Zoster Virus after Vaccination for SARS-CoV-2. Vaccines, v. 9, n. 6, p. 572, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.3390/vaccines9060572

PURI, P.; PARNAMI, P.; ATHWAL, P. S. S.; KUMARI, S.; KUMAR, C.; SURI, Y. COVID-19 Rekindling Herpes Zoster in an Immunocompetent Patient. Cureus, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.18049. Acesso em: 28 jan. 2023.

RECALCATI, S. Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, v. 34, n. 5, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jdv.16387. Acesso em: 28 jan. 2023.

RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, P.; CHICHARRO, P.; CABRERA, L.-M.; SEGUÍ, M.; MORALES-CABALLERO, Á.; LLAMAS-VELASCO, M.; SÁNCHEZ-PÉREZ, J. Varicella-zoster virus reactivation after SARS-CoV-2 BNT162b2 mRNA vaccination: Report of 5 cases. JAAD Case Reports, v. 12, p. 58–59, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2021.04.014

SAATI, A.; AL-HUSAYNI, F.; MALIBARI, A. A.; BOGARI, A. A.; ALHARBI, M. Herpes Zoster Co-Infection in an Immunocompetent Patient With COVID-19. Cureus, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.8998. Acesso em: 28 jan. 2023.

SAID, J. T.; VIRGEN, C. A.; LIAN, C. G.; CUTLER, C. S.; MEROLA, J. F.; LEBOEUF, N. R. Disseminated varicella-zoster virus infections following messenger RNA–based COVID-19 vaccination. JAAD Case Reports, v. 17, p. 126–129, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2021.09.008

SANTOVITO, L. S.; PINNA, G. A case of reactivation of varicella–zoster virus after BNT162b2 vaccine second dose? Inflammation Research, v. 70, n. 9, p. 935–937, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00011-021-01491-w

SARPANGALA, S.; GEORGE, N.; KAMATH, Y.; KULKARNI, C. Central retinal vein occlusion secondary to varicella zoster retinal vasculitis in an immunocompetent individual during the COVID-19 pandemic - A case report. Indian Journal of Ophthalmology, v. 69, n. 9, p. 2532, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_1644_21

SCHERLINGER, M.; ALAIN, S.; RICHEZ, C. Monitoring of Epstein–Barr virus (EBV)/cytomegalovirus (CMV)/varicella-zoster virus (VZV) load in patients receiving tocilizumab for rheumatoid arthritis. Joint Bone Spine, v. 85, n. 2, p. 259–260, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2017.02.010

SCHMIDT, S. A. J.; SØRENSEN, H. T.; LANGAN, S. M.; VESTERGAARD, M. Perceived psychological stress and risk of herpes zoster: a nationwide population-based cohort study*. British Journal of Dermatology, v. 185, n. 1, p. 130–138, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/bjd.19832

SHORS, A. R. Herpes zoster and severe acute herpetic neuralgia as a complication of COVID-19 infection. JAAD Case Reports, v. 6, n. 7, p. 656–657, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2020.05.012

SOARES LISBOA, C.; RODRIGUES ALMEIDA, L. M.; SILVA SANTOS, P.; DA MOTA SANTANA, J. Evolução temporal da pandemia do COVID-19 e letalidade em profissionais de saúde no Brasil. Saúde Coletiva (Barueri), v. 11, n. 64, p. 5758–5771, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5758-5771

TAKAO, Y.; OKUNO, Y.; MORI, Y.; ASADA, H.; YAMANISHI, K.; ISO, H. Associations of Perceived Mental Stress, Sense of Purpose in Life, and Negative Life Events With the Risk of Incident Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia. American Journal of Epidemiology, v. 187, n. 2, p. 251–259, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1093/aje/kwx249

TAMURA, H.; ISHIZUKA, K.; MORI, T.; IKUSAKA, M. Varicella zoster virus meningitis with rashes masked by a mask as a precaution for COVID-19. BMJ Case Reports, v. 14, n. 8, p. e245102, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bcr-2021-245102

TARTARI, F.; SPADOTTO, A.; ZENGARINI, C.; ZANONI, R.; GUGLIELMO, A.; ADORNO, A.; VALZANIA, C.; PILERI, A. Herpes zoster in COVID-19-positive patients. International Journal of Dermatology, v. 59, n. 8, p. 1028–1029, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/ijd.15001

TESSAS, I.; KLUGER, N. Ipsilateral herpes zoster after the first dose of BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, v. 35, n. 10, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jdv.17422. Acesso em: 28 jan. 2023.

TOSCANI, I.; TROIANI, A.; CITTERIO, C.; ROCCA, G.; CAVANNA, L. Herpes Zoster Following the COVID-19 Vaccination in Breast Cancer Long Time Survivor Patients. Cureus, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.18418. Acesso em: 28 jan. 2023.

TRAN, C. T.; DUCANCELLE, A.; MASSON, C.; LUNEL-FABIANI, F. Herpes zoster: Risk and prevention during immunomodulating therapy. Joint Bone Spine, v. 84, n. 1, p. 21–27, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2016.04.001

VAN DAM, C. S.; LEDE, I.; SCHAAR, J.; AL-DULAIMY, M.; RÖSKEN, R.; SMITS, M. Herpes zoster after COVID vaccination. International Journal of Infectious Diseases, v. 111, p. 169–171, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.08.048

VAN OORSCHOT, D.; VROLING, H.; BUNGE, E.; DIAZ-DECARO, J.; CURRAN, D.; YAWN, B. A systematic literature review of herpes zoster incidence worldwide. Human Vaccines & Immunotherapeutics, v. 17, n. 6, p. 1714–1732, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1847582

VASTARELLA, M.; PICONE, V.; MARTORA, F.; FABBROCINI, G. Herpes zoster after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: a case series. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, v. 35, n. 12, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jdv.17576. Acesso em: 28 jan. 2023.

VERALDI, S.; MARLETTA, D. A.; WEI, Y.; BERETTA, A. E. Herpes zoster duplex following COVID-19. International Journal of Dermatology, v. 61, n. 3, p. 379–380, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1111/ijd.15978

VOISIN, O.; DELUCA, N.; MAHÉ, A.; LELORC'H, E.; HUBERT, S.; MÉNAGE, E.; BORIE, M.-F.; AZRIA, P.; FITE, C.; PILMIS, B.; MOURAD, J.-J. Disseminated Herpes Zoster During COVID-19. Infectious Diseases in Clinical Practice, v. 29, n. 2, p. e109–e110, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1097/IPC.0000000000000971

WEINBERGER, B. Vaccines and Vaccination Strategies for Older Adults. In: BUENO, V.; PAWELEC, G. (org.). Healthy Longevity and Immune System. Cham: Springer International Publishing, 2022. (Healthy Ageing and Longevity). v. 16, p. 119–164. E-book. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-87532-9_7. Acesso em: 28 jan. 2023.

WITTING, C.; QUAGGIN-SMITH, J.; MYLVAGANAM, R.; PEIGH, G.; ANGARONE, M.; FLAHERTY, J. D. Invasive pulmonary aspergillosis after treatment with tocilizumab in a patient with COVID-19 ARDS: a case report. Diagnostic Microbiology and Infectious Disease, v. 99, n. 4, p. 115272, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2020.115272

XU, R.; ZHOU, Y.; CAI, L.; WANG, L.; HAN, J.; YANG, X.; CHEN, J.; CHEN, J.; MA, C.; SHEN, L. Co-reactivation of the human herpesvirus alpha subfamily (herpes simplex virus-1 and varicella zoster virus) in a critically ill patient with COVID-19. British Journal of Dermatology, v. 183, n. 6, p. 1145–1147, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/bjd.19484

YADAV, U. N.; RAYAMAJHEE, B.; MISTRY, S. K.; PARSEKAR, S. S.; MISHRA, S. K. A Syndemic Perspective on the Management of Non-communicable Diseases Amid the COVID-19 Pandemic in Low- and Middle-Income Countries. Frontiers in Public Health, v. 8, p. 508, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00508

YIN, D. et al A systematic literature review to assess the burden of herpes zoster disease in China. Expert Review of Anti-infective Therapy, v. 19, n. 2, p. 165–179, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1792290

YU, X.; LI, L.; CHAN, M. T. V.; WU, W. K. K. Bioinformatic analyses suggest augmented interleukin-17 signaling as the mechanism of COVID-19-associated herpes zoster. Environmental Science and Pollution Research, v. 28, n. 46, p. 65769–65775, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11356-021-15567-x

Capítulo 24

10.37423/230107150

SÍNDROME DE BURNOUT EM RESIDENTES DE CLÍNICA MÉDICA EM RECIFE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

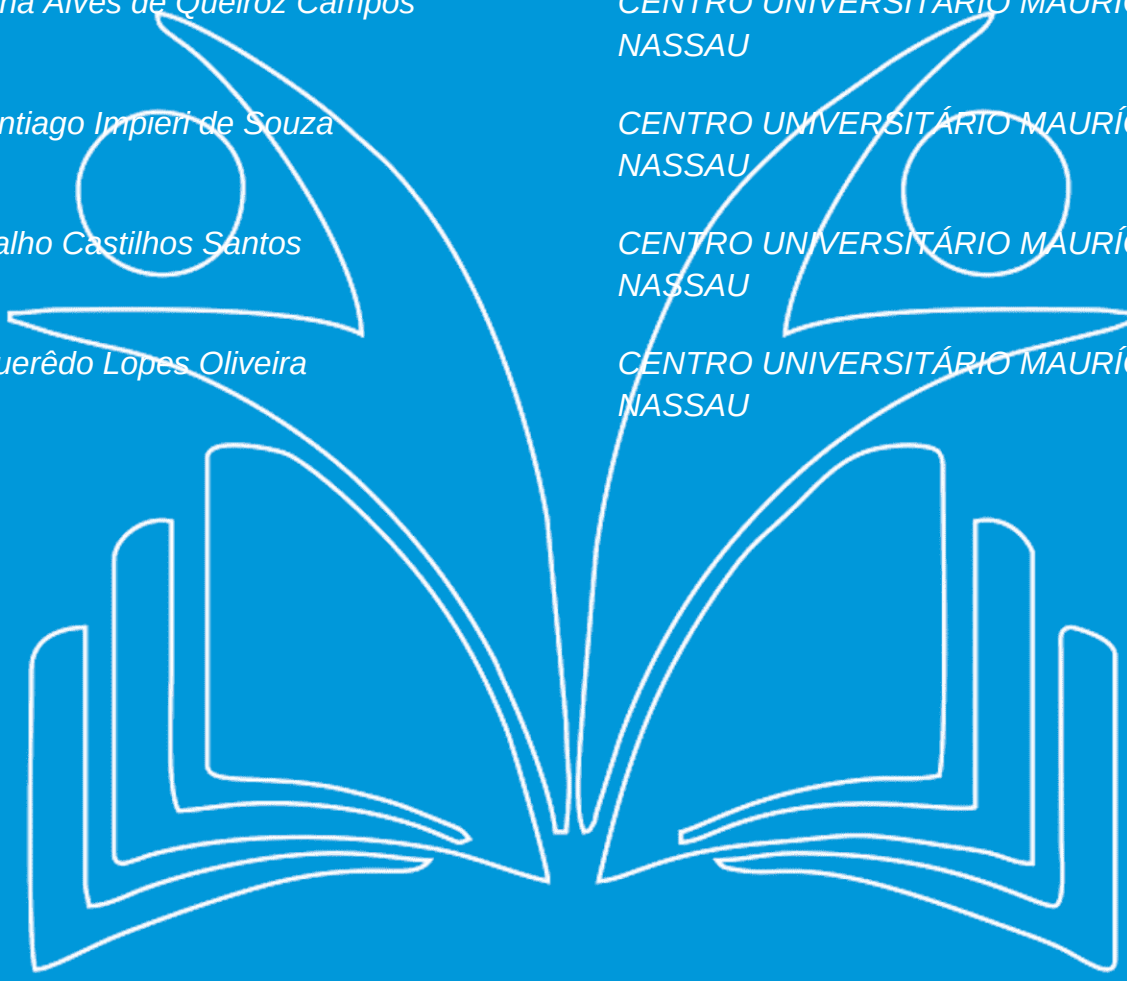
Gabriella Azevedo Neves de Carvalho — *CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU*

Maria Cristina Alves de Queiroz Campos — *CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU*

Rodrigo Santiago Impieri de Souza — *CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU*

Naíra Carvalho Castilhos Santos — *CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU*

Andréa Figuerêdo Lopes Oliveira — *CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU*



Resumo: Este estudo tem como objetivo geral determinar a prevalência da Síndrome de Burnout em médicos que cursam residência em clínica médica em um hospital da rede pública localizado em Recife-PE durante a pandemia de COVID-19. Assim, houve a elaboração e envio de questionário eletrônico para os residentes de clínica médica nos Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco e Hospital Agamenon Magalhães. O período de levantamento ocorreu de 24 de março a 15 de abril de 2021, tendo 22 respostas. Os dados foram analisados por meio da utilização do GoogleSheets, Excel e IBMSPSSStatistics 24, para a realização de estatísticas descritivas e testes estatísticos não paramétricos entre as características sociodemográficas dos respondentes e suas características psicofísicas em relação ao trabalho. Logo, a pesquisa pode ser classificada como descritiva, quantitativa e survey. Os dados apresentaram paridade de respondentes do sexo feminino e estudantes de graduação privada. O maior percentual de respondentes enquadrado na faixa etária de 26 a 35 anos de idade, solteiros e sem filhos. A maioria realiza atividades físicas e obtém renda por outras fontes além da bolsa de residência. A carga horária de trabalho não se concentra, e residem em suas cidades natais. Por conta da COVID 19 se mudaram de residência para proteger as famílias. Maior parte das respostas ocorreu pelo Hospital Agamenon Magalhães. No que tange às características psicofísicas em relação ao trabalho, a dimensão de exaustão emocional se enquadrou em um grau em que a Burnout começa a se instalar. A dimensão de despersonalização se encaixou na fase inicial de Burnout. Já a dimensão de realização profissional se enquadrou em um grau em que a Burnout começa a se instalar. No âmbito geral, conclui-se que em média os residentes participantes do estudo se enquadram na fase inicial de Burnout.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout. Exaustão emocional. Despersonalização. Realização profissional. Covid-19.

1. INTRODUÇÃO

Frente a situações críticas e intensas em que o sistema de saúde é palco de uma crise pandêmica, podemos observar um crescimento de casos de esgotamento emocional de profissionais de saúde. Dentro deste contexto, torna-se de importância orgânica e psicossocial a investigação e análise de estudos que compreendam a Síndrome de Burnout em trabalhadores da área hospitalar que estão sendo expostos a grande carga de estresse no ambiente de trabalho.

O acúmulo de estresse pode iniciar dentro de problemas gerados na relação entre os pacientes e profissionais de saúde, como a dificuldade em lidar com sentimentos de perda, frustração, impotência e as diferentes emoções dos pacientes, caracterizando, por fim, a Síndrome do Burnout (1). Esta síndrome pode ser encontrada ainda na fase acadêmica, apesar de se revelar de maneira diferente dos profissionais, já que cada grupo se expõe a diferentes ambientes e situações. (2)

Pela primeira vez descrita pelo psicólogo alemão Freudenberger (3) em 1974, a Síndrome de Burnout compreende um estado de esgotamento físico e mental em que a causa está diretamente ligada com a vida profissional. Inicialmente, esta síndrome foi composta por estados de exaustão, desilusão e isolamento em profissionais da saúde, de maneira que os sentimentos de esgotamento e fracasso são causados pelo desgaste excessivo de recursos e energia. Entre os anos de 1975 e 1977, Freudenberger ampliou ainda na sua definição comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, inflexibilidade, rigidez e sobrecarga de trabalho (4).

O processo de Burnout ocorre de maneira gradual que se inicia com o sentimento de baixa auto-estima, seguida pela falta de realização profissional e paralelamente ocorrendo o esgotamento mental. Posteriormente, como forma de enfrentamento e defesa, ocorre a despersonalização e em uma fase final há o envolvimento de atitudes e comportamento negativos com respeito aos clientes, ao trabalho e à organização (5).

Uma das melhores definições aceitas para esta síndrome é baseada em uma perspectiva social-psicológica. Segundo Maslach e colaboradores há três dimensões que a fundamenta: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (5,6). Apesar desta definição ser a mais utilizada nos estudos com os profissionais de saúde, não há um consenso de como a síndrome se comporta e é considerada multifatorial, podendo se desenvolver de maneira bem diversificada. Por isso a importância de existirem mais estudos acerca do tema (7).

A primeira reação analisada no indivíduo com a síndrome é a exaustão emocional que se manifesta pelas vivências insatisfatórias do ambiente de trabalho. É caracterizada pela depleção da energia e um sentimento de esgotamento emocional pela demanda excessiva de trabalho. Ao se esgotar, o profissional traz uma mistura de sentimentos como, desesperança, depressão, irritabilidade, e sensação de falta de energia ao se levantar para ir trabalhar (8,9).

Já a despersonalização é uma forma de enfrentamento da exaustão emocional. Entende-se como um distanciamento afetivo, indiferença emocional e desenvolvimento de atitudes negativas e insensíveis com todos que envolvem o ambiente de trabalho (10). Nessa dimensão é comum se deparar com a "ansiedade, o aumento da irritabilidade, a perda de motivação, redução de metas de trabalho, além do idealismo, alienação e a conduta voltada para si" (11).

Por fim, a baixa realização profissional está relacionada a uma sensação de auto-estima diminuída e uma menor eficácia no trabalho. O profissional perde a confiança na sua capacidade de realizar um bom desempenho laboral, provocando dúvidas em seus colegas de trabalho a respeito de seu profissionalismo (8).

2. JUSTIFICATIVA

Desde 30 de janeiro de 2020, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o mundo acordou para o enfrentamento de uma grave pandemia alastrada pelo COVID-19 (Corona Virus Disease - 2019), quando os primeiros casos foram identificados província de Hubei, na China e, devido a globalização e seu alto poder de transmissibilidade, rapidamente se alastrou por todo o mundo. (12)

Diante da necessidade de enfrentamento da pandemia pelo coronavírus, as instituições de saúde tiveram que enfrentar um desafio antes nunca visto: manter a ordem no sistema de saúde e os preceitos conjurados no Juramento de Hipócrates diante de uma pandemia, tentando promover saúde e acessibilizar a mesma da forma mais equitativa possível.

Junto à prevalência da Síndrome de Burnout em residentes da área médica, o estresse submetido a este grupo dentro do contexto da pandemia nos incita a realizar o estudo que visa analisar os índices de prevalência da síndrome citada com relação às condições atuais do sistema de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem por objetivo geral determinar a prevalência da Síndrome de Burnout em médicos que cursam residência em clínica médica em dois hospitais da rede pública localizado em Recife-PE durante a pandemia de COVID-19.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar o perfil sociodemográfico dos médicos estudados;
2. Analisar a significância da variação de dados de características psicofísicas no trabalho dos profissionais em estudo em relação às suas características sociodemográficas;
3. Verificar a intensidade de sintomas da Síndrome de Burnout na população estudada.

4. HIPÓTESES DE TRABALHO

1. Há significância da variação de dados e características psicofísicas no trabalho de médicos que cursam residência em clínica médica em hospital público de Recife-PE durante a pandemia de COVID-19 em relação a características sociodemográficas.
2. O nível de sintomas da síndrome de Burnout em médicos que cursam residência em clínica médica em hospital público de Recife-PE durante a pandemia de COVID-19 se enquadra no mínimo em nível inicial.

5. PROCEDIMENTOS METODOLOGIA

5.1. TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa pode ser classificada quanto a sua abordagem como quantitativa. Tendo em vista que busca obter resultados por meio de análise de dados para descrever percepções do público alvo. A pesquisa quantitativa segue regras da lógica e busca mensurar experiências humanas (13). Nesse tipo de abordagem, busca-se transcrever em números opiniões para análise, requerendo uso de recursos e de testes estatísticos (14).

No que tange a classificação por objetivo, é possível enquadrar este trabalho como descritivo. Esse tipo de pesquisa tem como finalidade descrever o perfil de determinada população, assim como estabelece relação entre variáveis (15). Destaca- se que objetiva descrever com certa profundidade

uma realidade determinada. Os resultados não podem ser generalizados, sua validade se restringe aos casos em estudo (16).

Já no que se refere a uma classificação procedimental, é possível tipificar a pesquisa como de levantamento ou survey. Esse tipo de procedimento visa interrogar as pessoas com o intuito de conhecer o comportamento desejado. Faz-se questionamentos a um grupo significativo de pessoas sobre o problema estudado. Com os dados, realiza-se análises quantitativas para obter conclusões (17).

5.2. DELIMITAÇÃO E UNIVERSO DA PESQUISA

A população desta pesquisa abordará médicos que estão cursando residência em clínica médica em dois hospitais públicos de Recife-PE. Como critérios de inclusão, foram convidados a participarem do estudo todos os médicos que cursem regularmente a residência médica em clínica médica nos hospitais delimitados para o estudo e que trabalharam na assistência aos pacientes vítimas de COVID-19: Hospital do Servidores do Estado de Pernambuco e Hospital Agamenon Magalhães. A escolha desses hospitais se fez devido à melhor acessibilidade aos dados a serem colhidos para a pesquisa. Como critérios de exclusão, estão relacionados aqueles que não desenvolvam as atividades regulares no momento de responder a este estudo, ou seja, que estejam em licença ou desistiram do programa. Além disso, aqueles que estejam diretamente ligados à pesquisa.

A escolha do trabalho ter como público alvo residentes em clínica médica se deve por dois motivos: esta categoria de residência atuar diretamente nos atendimentos aos pacientes com sintomas causados pela COVID 19 e por possuírem menos experiência médica em um hospital. Assim, estudar a Síndrome de Burnout neste universo se faz relevante.

Diante do exposto, como o público são todos os residentes em clínica médica nos hospitais selecionados, é possível categorizar que a coleta de dados da pesquisa é censitária e não amostral. A amostra é um recorte da população com base em uma regra de escolha probabilística ou não-probabilística (18). Já o censo, colhe dados de todos os integrantes do universo estudado (16).

5.3. VARIÁVEIS

As variáveis podem ser caracterizadas como uma medida que operacionalmente apresenta um valor ou aspecto que se diferencia em um estudo para mensuração (19). Para esta pesquisa, as variáveis

podem ser classificadas como qualitativas em vez de quantitativa pelas respostas não serem expressas por números.

A classificação qualitativa se divide em duas formas: nominal e ordinal. A nominal se caracteriza por valores e observações categorizadas não seguindo um ordenamento. Já a classificação ordinal se caracteriza por valores e observações categorizadas seguindo um ordenamento (20).

Dessa forma, para o trabalho, foram divididos dois grupos de variáveis: grupo de características sociodemográficas e grupo de características psicofísicas em relação ao trabalho. As variáveis do primeiro grupo foram levantadas pela literatura e pelos autores, que consideraram relevantes para o estudo.

Quadro 1: Classificação de variáveis do grupo de características sociodemográficas

Cód.	Variável	Classificação
1.1	Sexo	Nominal
1.2	Faixa etária	Ordinal
1.3	Estado civil	Nominal
1.4	Ter filhos (as)	Nominal
1.5	Realização de atividade física com frequência	Ordinal
1.6	Hospital de Residência	Nominal
1.7	Período de Residência	Ordinal
1.8	Fonte de renda	Nominal
1.9	Carga horária semanal real de trabalho	Ordinal
1.10	Mudança de cidade em que vive para fazer Residência	Nominal
1.11	Instituição de ensino da graduação	Nominal
1.12	Teve que buscar outra moradia a fim de não colocar seus familiares emrisco	Nominal

Fonte: 21, 22 e 23, adaptado

O segundo grupo de variáveis foram levantadas por questionários do estilo Maslach Burnout Inventory (MBI) (21, 22, 23). Neste grupo, são elencadas proposições relacionadas às dimensões da Síndrome de

Burnout. Elas seguem uma ordem de escala likert de cinco níveis crescente que podem variar em: nunca, algumas vezes ao ano, algumas vezes ao mês, algumas vezes na semana e diariamente. nunca representa o nível 1 e diariamente o nível 5.

Quadro 2: Classificação de variáveis do grupo de características psicofísicas em relação ao trabalho

Cód.	Dimensão	Variável	Classificação
2.1	Realização Profissional	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	Ordinal
2.2	Realização Profissional	Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	Ordinal
2.3	Realização Profissional	Quando me levanto pela manhã e me deparo com outrajornada de trabalho, já me sinto esgotado	Ordinal
2.4	Exaustão Emocional	Sinto que posso entender facilmente as pessoas quetenho que atender.	Ordinal
2.5	Despersonalização	Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossemobjetos impessoais.	Ordinal
2.6	Realização Profissional	Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	Ordinal
2.7	Exaustão Emocional	Sinto que trato com muita eficiência os problemas daspessoas as quais tenho que atender.	Ordinal
2.8	Realização Profissional	Sinto que meu trabalho está me desgastando.	Ordinal
2.9	Exaustão Emocional	Sinto que estou exercendo influência positiva na vidadas pessoas, através de meu trabalho.	Ordinal
2.10	Despersonalização	Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desdeque comecei este trabalho	Ordinal
2.11	Despersonalização	Fico preocupado que este trabalho esteja meenrijecendo emocionalmente.	Ordinal
2.12	Exaustão Emocional	Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho.	Ordinal

2.13	Realização Profissional	Sinto-me frustrado com meu trabalho.	Ordinal
2.14	Realização Profissional	Sinto que estou trabalhando demais.	Ordinal
2.15	Despersonalização	Sinto que realmente não me importa o que ocorra comas pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	Ordinal
2.16	Realização	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas	Ordinal
	Profissional	me estressa.	
2.17	Exaustão Emocional	Sinto que posso criar, com facilidade, um climaagradável em meu trabalho.	Ordinal
2.18	Exaustão Emocional	Sinto-me estimulado depois de haver trabalhadodiretamente com quem tenho que atender	Ordinal
2.19	Exaustão Emocional	Creio que consigo muitas coisas valiosas nessetrabalho.	Ordinal
2.20	Realização Profissional	Sinto-me como se estivesse no limite de minhaspossibilidades.	Ordinal
2.21	Exaustão Emocional	No meu trabalho eu manejo com os problemasemocionais com muita calma.	Ordinal
2.22	Despersonalização	Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me poralguns de seus problemas.	Ordinal

Fonte: 21, 22 e 23

5.4. INSTRUMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados visa obter informações para responder e esclarecer os fenômenos que o pesquisador busca descobrir. Para tanto, deve-se utilizar instrumentos que atendam os seguintes requisitos: validez, confiabilidade e precisão (13). Logo, as técnicas de coleta de dados devem garantir que os objetivos da pesquisa sejam atingidos (14).

Para o estudo, o instrumento escolhido para colher dados é o questionário por meio da utilização de formulário eletrônico da plataforma G Suits do Google. A decisão de se utilizar um formulário eletrônico se baseia na maior velocidade em obter as respostas, na facilidade em realizar a tabulação

dos dados e principalmente na prudência em preservar a saúde dos pesquisadores durante a pandemia da COVID- 19.

O questionário assim desenvolvido, foi encaminhado aos e-mails e números de whatsapp dos residentes em clínica médica, público alvo da pesquisa. Ao passo em que das respostas são enviadas, os dados são automaticamente tabulados no Google Sheets.

A análise dos dados foi feita no próprio Google Sheets com apoio do aplicativo IBM SPSS Statistics 18 para os testes estatísticos necessários. Neste momento da pesquisa, o pesquisador se debruça no aprofundamento dos dados para obter respostas sobre suas indagações, ou seja, são estabelecidas relações para ter conclusões comprovando ou rejeitando hipóteses levantadas no estudo (19).

A análise de dados para atender ao primeiro objetivo específico tomará como base o uso de estatística descritiva. A análise descritiva calcula medidas de posição como média. Também utiliza medidas de variabilidade como desvio padrão (24).

Para responder ao segundo objetivo específico, foi utilizado estatística descritiva e testes estatísticos inferenciais não paramétricos. Eles podem ser utilizados em condições gerais, mais simples e de melhor entendimento (25). Abaixo segue o quadro 3 com a discriminação de qual teste foi utilizado em relação às variáveis dos grupos de características sociodemográficas sobre os grupos de variáveis de características psicofísicas em relação ao trabalho. Para considerar a existência de diferenças significativas nos testes entre os grupos de variáveis, foi considerado o $p<0,05$.

Quadro 3: Discriminação dos testes não paramétricos

Cód.	Variável	Teste
1.1	Sexo	Mann-Whitney
1.2	Faixa etária	Kruskal-Wallis
1.3	Estado civil	Kruskal-Wallis
1.4	Ter filhos (as)	Mann-Whitney
1.5	Realização de atividade física com frequência	Mann-Whitney
1.6	Hospital de Residência	Mann-Whitney
1.7	Período de Residência	Mann-Whitney

1.8	Fonte de renda	Kruskal-Wallis
1.9	Carga horária semanal real de trabalho	Kruskal-Wallis
1.10	Mudança de cidade em que vive para fazer Residência	Mann-Whitney
1.11	Instituição de ensino da graduação	Mann-Whitney
1.12	Teve que buscar outra moradia a fim de não colocar seus familiares emrisco	Mann-Whitney

Fonte: Elaborado pelos autores

Já para responder ao terceiro objetivo específico, foi utilizado estatística descritiva, obtendo média e desvio padrão das respostas vinculadas ao grupo de variáveis de características psicofísicas em relação ao trabalho. Com base nos resultados das médias, foi feito o enquadramento dos níveis de Burnout (21).

Quadro 4: Níveis de Burnout

Níveis de Burnout	Escala
Nenhum indício da Burnout	0,00 a 1,00
Possibilidade de desenvolver Burnout	1,01 a 2,00
Fase inicial da Burnout	2,01 a 3,00
A Burnout começa a se instalar	3,01 a 4,00
Fase considerável da Burnout	4,01 a 5,00

Fonte: 21, adaptado

No período de 24/03/2021 a 14/04/2021 foram colhidos os dados da população pesquisada, obtendo um total de 22 respondentes.

5.5. RISCOS E BENEFÍCIOS

O presente estudo não oferece risco à integridade física dos participantes. Entretanto, existe o risco mínimo de constrangimento, o qual será minimizado pela manutenção sigilosa dos dados pessoais dos participantes por parte de todos os pesquisadores através da assinatura do termo de confidencialidade. Os dados a serem divulgados estarão restritos à finalidade científica.

Os participantes não terão nenhum benefício direto. Contudo, a partir da realização deste estudo será possível analisar a prevalência da patologia entre os médicos residentes, o que poderá contribuir com a compreensão sobre o quanto a pandemia está influenciando os níveis de estresse e, portanto, aumentando a prevalência da Síndrome de Burnout no grupo avaliado.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS RESPONDENTES

A caracterização dos respondentes busca apresentar um retrato sobre aspectos sociais e demográficos dos profissionais que participaram da pesquisa. Ou seja, busca-se apresentar o perfil dos residentes em clínica médica que atuam diretamente nos atendimentos aos pacientes com sintomas causados pela COVID 19.

As variáveis selecionadas para esta caracterização são apresentadas no quadro 1 deste trabalho. Assim, o primeiro aspecto a ser analisado é sobre a distribuição de frequência do sexo dos respondentes.

Tabela 1: Distribuição de frequência das características sociodemográficas

Variável	Opção de resposta	Frequência	%
Sexo	Feminino	11	50,00%
	Masculino	11	50,00%
Faixa etária	< 26 anos	6	27,27%
	De 26 a 35 anos	16	72,73%
	De 36 a 40 anos	0	0,00%
	Acima de 40 anos	0	0,00%
Estado civil	Solteiro (a)	19	86,36%
	Casado (a)	1	4,55%
	Divorciado (a)	0	0,00%
	União estável	2	9,09%
Tem filhos (as)	Não	21	95,45%
	Sim	1	4,55%
Realiza atividade física com frequência	Não	7	31,82%
	1 a 2 vezes/ semana	10	45,45%
	mais de 3 vezes/ semana	5	22,73%
Hospital de Residência	Hospital Agamenon Magalhães - HAM	13	59,09%
	Hospital do Servidores do Estado de Pernambuco - HSE	9	40,91%
Período de	R1	8	36,36%
Residência	R2	14	63,64%
Fonte de renda	Bolsa de Residência	1	4,55%
	Bolsa + plantões	16	72,73%
	Bolsa + plantões + outras fontes	4	18,18%

	Bolsa + outras fonte	1	4,55%
Carga horária semanal real de trabalho	Até 60 horas	6	27,27%
	De 61 a 70 horas	7	31,82%
	De 71 a 80 horas	4	18,18%
	Acima de 80 horas	5	22,73%
Teve que se mudar de sua cidade natal para fazer Residência	Não	16	72,73%
	Sim	6	27,27%
Instituição de ensino da graduação	Privada	11	50,00%
	Pública	11	50,00%
Teve que buscar outra moradia a fim de não colocar seus familiares em risco	Não	8	36,36%
	Sim	14	63,64%

Fonte: Dados da pesquisa

Como é possível observar na tabela 1 acima, o percentual de respondentes do sexo feminino foi o mesmo do sexo masculino. Ou seja, houve igualdade de respostas entre os sexos. Logo, 11 pessoas de cada sexo responderam, representando 50% de resposta de cada tipo. O segundo aspecto considerado sobre os respondentes foi relativo à faixa etária. Observa-se que o limite de idade dos respondentes foi até 35 anos. Verifica-se que 27,27% das respostas foram dadas por pessoas com idade abaixo de 26 anos e a maioria de 72,73% se encontram na faixa de 26 a 35 anos de idade.

Sobre o estado civil, é possível observar que há uma predominância de respondentes que se encontram solteiros. Esta classe representa 86,36% das respostas. Apenas 1 residente se encontra casado e 2 em união estável. Além do alto percentual de respondentes jovens e solteiros, verifica-se que apenas uma pessoa respondeu possuir filhos. Logo, é predominante, com percentual de 95,45%, de residentes que não possuem filhos. Com relação ao questionamento sobre a frequência que os respondentes praticam atividade física, verifica-se que a maioria das pessoas que responderam o questionário praticam alguma atividade física. É visto que 45,45% dos respondentes praticam de 1 a 2

vezes na semana alguma atividade física. Apenas 7 pessoas, representando 31,82% dos respondentes, não se exercitam fisicamente.

Como a pesquisa foi delimitada para dois hospitais, cabe identificar a representatividade de respondentes por cada um deles. Observa-se que não houve concentração de respostas em apenas um único hospital. Identifica-se que 59,09% dos respondentes são residentes do Hospital Agamenon Magalhães – HAM e 40,91% do Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco – HSE. Tendo em vista que o público da pesquisa são os residentes em clínica médica, cabe identificar em qual ano de residência eles se encontram. Assim, a tabela 1 demonstra como ficou a distribuição de frequência do período de residência por respondentes. Apenas 8 pessoas se encontram no primeiro ano de residência, representando 36,36% dos respondentes e 14 pessoas se encontram no segundo ano de residência, representando 63,64% dos respondentes.

Foi questionado também a fonte de renda dos residentes. A maior fonte de renda dos respondentes é a bolsa de residência combinada com plantões realizados. Esta classe tem representatividade de 72,73%. Apenas 1 uma pessoa respondeu que detém apenas como fonte de renda a bolsa da residência. Também foi alvo da pesquisa saber sobre a carga horária semanal real de trabalho dos respondentes. Percebe-se, ao observar os dados da pesquisa, que a classe com maior expressão foi de 61 a 70 horas de trabalho semanal, isso, com 31,82%.

É importante saber se os residentes são naturais ou não da cidade onde realizam a residência, pois a mudança de cidade pode gerar algum desconforto na pessoa, principalmente em um momento de pandemia que dificulta a criação de novos laços sociais. Assim, foi questionado se o residente teve que se mudar de sua cidade natal para fazer residência. Verifica-se que 6 pessoas tiveram que se mudar para fazer a residência. Isso representa 27,27% dos respondentes. Assim, é possível concluir que a maioria das respostas indicou que os residentes são da mesma cidade natal de sua residência, sendo representado por 72,73%.

Foi questionado aos respondentes qual seria o tipo de instituição feita na graduação. Identifica-se que metade dos respondentes realizaram a graduação em medicina em instituições privadas. O último questionamento em relação às características sociodemográficas, foi em relação à decisão do residente em buscar outra moradia a fim de não colocar seus familiares em risco por atuação na área de saúde em momento de pandemia. Assim, observa-se que 14 pessoas responderam que trocaram de moradia, isso representa 63,64% dos respondentes. Logo, há a demonstração de que os residentes

se preocuparam com a possibilidade de gerar problemas de saúde a seus familiares por conta de suas atuações profissionais.

6.2.CARACTERÍSTICAS PSICOFÍSICAS EM RELAÇÃO AO TRABALHO

A percepção dos respondentes sobre as características psicofísicas avaliadas busca apresentar o sentimento dos profissionais frente aos atendimentos na pandemia pelo COVID 19. Torna-se, pois, importante analisar as três dimensões que fundamentam a avaliação da Síndrome de Burnout: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional.

Logo, a abordagem desta representação de resultados é subdividida nas três dimensões, utilizando as variáveis que foram levantadas por questionários do estilo Maslach Burnout Inventory (MBI). Variáveis que foram apresentadas no quadro 2 desta pesquisa.

6.2.1.DIMENSÃO DE EXAUSTÃO EMOCIONAL

A tabela 2 apresenta os resultados da percepção dos respondentes sobre as características psicofísicas em relação ao trabalho na dimensão de exaustão emocional.

Tabela 2: Percepção dos respondentes sobre as características psicofísicas em relação ao trabalho na dimensão de exaustão emocional (%)

Cód.	Características psicofísicas em relação ao trabalho - Exaustão Emocional	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
2.4	Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.	0,00%	4,55%	45,45%	9,09%	40,91%
2.7	Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	4,55%	0,00%	36,36%	40,91%	18,18%
2.9	Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho.	0,00%	4,55%	45,45%	22,73%	27,27%
2.12	Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho.	9,09%	40,91%	27,27%	18,18%	4,55%
2.17	Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.	0,00%	18,18%	54,55%	4,55%	22,73%
2.18	Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	0,00%	50,00%	31,82%	0,00%	18,18%

2.19	Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	0,00%	18,18%	36,36%	18,18%	27,27%
2.21	No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	0,00%	50,00%	31,82%	9,09%	9,09%

Fonte: Dados da pesquisa

Verifica-se na tabela 2 que a maioria das características vinculadas à exaustão emocional apresentou maior percentual de respostas para a periodicidade “algumas vezes ao mês”. Apenas as características 2.12, 2.18 e 2.19 indicaram maior percentual para a periodicidade “algumas vezes ao ano”.

Ao relacionar a percepção dos respondentes em exaustão emocional com suas características sociodemográficas, é possível observar se há alguma diferença significativa. A tabela 3 apresenta os resultados.

Tabela 3: Significância das relações entre a percepção dos respondentes em exaustão emocional sobre as características sociodemográficas (*p*)

Características sociodemográficas	**2.4**	**2.7**	**2.9**	**2.12**	**2.17**	**2.18**	**2.19**	**2.21**
Sexo	0,562	0,606	0,847	0,519	0,847	0,797	0,151	0,076
Faixa etária	0,449	0,641	1,000	0,203	0,747	1,000	0,494	0,231
Estado civil	0,203	0,328	0,331	0,605	0,207	0,230	0,161	0,060
Tem filhos (as)	0,545	0,455	0,545	0,091	0,909	0,545	0,727	0,727
Realiza atividade física com frequência	0,415	0,226	0,077	0,669	0,153	0,928	0,478	0,768
Hospital de Residência	**0,025**	**0,025**	**0,003**	**0,014**	**0,004**	0,601	**0,006**	**0,036**
Período de Residência	0,267	0,714	0,441	0,973	0,664	0,441	0,570	0,973
Fonte de renda	0,583	0,762	0,488	0,854	0,434	0,312	0,908	0,587
Carga horária semanal real de trabalho	0,737	0,836	0,789	0,781	0,913	0,428	0,586	0,274
Teve que se mudar de sua cidade natal para fazer Residência	0,203	0,294	0,134	0,449	0,367	0,747	0,914	0,590
Instituição de ensino da graduação	0,606	0,606	0,949	0,332	0,949	0,217	0,652	0,797
Teve que buscar outra moradia a fim de não colocar seus familiares em risco	0,973	0,920	0,525	0,297	0,165	0,714	0,868	0,815

Fonte: Dados da pesquisa

Nota-se na tabela 3 que apenas a característica sociodemográfica “Hospital de Residência” apresentou um *p* inferior a 0,05 para as percepções de características psicofísicas ligadas à exaustão emocional, excetuando a característica 2.18. Assim, fica evidenciado que o hospital em que os residentes trabalham gera diferenças significativas para as características de exaustão emocional.

6.2.2. DIMENSÃO DE DESPERSONALIZAÇÃO

A tabela 4 apresenta os resultados da percepção dos respondentes sobre as características psicofísicas em relação ao trabalho na dimensão de despersonalização.

Tabela 4: Percepção dos respondentes sobre as características psicofísicas em relação ao trabalho na dimensão de despersonalização (%)

Cód.	Características psicofísicas em relação ao trabalho – Despersonalização	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
2.5	Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	59,09%	13,64%	22,73%	4,55%	0,00%
2.10	Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	27,27%	40,91%	9,09%	13,64%	9,09%
2.11	Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	27,27%	36,36%	4,55%	13,64%	18,18%
2.15	Sinto que realmente não me importao que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	77,27%	18,18%	0,00%	4,55%	0,00%
2.22	Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas.	36,36%	40,91%	9,09%	0,00%	13,64%

Fonte: Dados da pesquisa

Verifica-se na tabela 4 que houve uma divisão entre duas periodicidades de respostas na maioria das características vinculadas à despersonalização. Os maiores percentuais foram apresentados para as periodicidades “nunca” e “algumas vezes ao ano”.

Ao relacionar a percepção dos respondentes em despersonalização com suas características sociodemográficas, é possível observar se há alguma diferença significativa. A tabela 5 apresenta os resultados.

Tabela 5: Significância das relações entre a percepção dos respondentes em despersonalização sobre as características sociodemográficas (*p*)

Características sociodemográficas	2.5	2.10	2.11	2.15	2.22
Sexo	0,562	0,562	0,949	0,076	0,270
Faixa etária	0,747	0,747	0,641	0,294	0,693
Estado civil	0,151	0,219	0,655	0,063	0,078
Tem filhos (as)	0,636	1,000	0,909	0,273	0,364
Realiza atividade física com frequência	0,573	0,579	0,334	0,118	**0,023**
Hospital de Residência	0,357	0,262	0,471	0,471	0,647
Período de Residência	0,815	0,868	0,973	0,525	0,267
Fonte de renda	0,495	0,499	0,818	0,427	0,738
Carga horária semanal real de trabalho	0,318	0,260	0,265	0,491	0,335
Teve que se mudar de sua cidade natal para fazer Residência	1,000	1,000	0,858	0,693	0,693
Instituição de ensino da graduação	0,151	0,270	0,056	0,365	0,797
Teve que buscar outra moradia a fim de não colocar seus familiares em risco	0,482	0,525	0,402	0,815	**0,035**

Fonte: Dados da pesquisa

Nota-se na tabela 5 que apenas as características sociodemográficas “Realiza atividade física com frequência” e “Teve que buscar outra moradia a fim de não colocar seus familiares em risco” apresentaram um p inferior a 0,05 para a característica psicofísica 2.22.

Logo, há diferenças significativas na percepção dos respondentes que fazem atividade física e que tiveram que se mudar para proteger seus familiares do risco de doença. Isso, no que tange à característica psicofísica de despersonalização, especificamente para “Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas”.

6.2.3. DIMENSÃO DE REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

A tabela 6 apresenta os resultados da percepção dos respondentes sobre as características psicofísicas em relação ao trabalho na dimensão de realização profissional.

Tabela 6: Percepção dos respondentes sobre as características psicofísicas em relação ao trabalho na dimensão de realização profissional (%)

Cód.	Características psicofísicas em relação ao trabalho - Realização Profissional	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
2.1	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	18,18%	27,27%	27,27%	13,64%	13,64%
2.2	Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	0,00%	27,27%	27,27%	31,82%	13,64%
2.3	Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	4,55%	40,91%	18,18%	18,18%	18,18%
2.6	Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	27,27%	27,27%	22,73%	4,55%	18,18%
2.8	Sinto que meu trabalho está me desgastando.	0,00%	22,73%	22,73%	22,73%	31,82%
2.13	Sinto-me frustrado com meu trabalho.	18,18%	40,91%	13,64%	22,73%	4,55%
2.14	Sinto que estou trabalhando demais.	0,00%	18,18%	31,82%	31,82%	18,18%
2.16	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	13,64%	45,45%	9,09%	22,73%	9,09%
2.20	Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	4,55%	36,36%	31,82%	9,09%	18,18%

Fonte: Dados da pesquisa

Verifica-se na tabela 6, que diferente das demais dimensões psicofísicas, a dimensão de realização profissional apresentou uma maior distribuição de respostas para as periodicidades escalonadas. Todas as periodicidades obtiveram para alguma característica psicofísica maior percentual de respostas.

Ao relacionar a percepção dos respondentes em realização profissional com suas características sociodemográficas, é possível observar se há alguma diferença significativa. A tabela 7 apresenta os resultados.

Tabela 7: Significância das relações entre a percepção dos respondentes em realização profissional sobre as características sociodemográficas (p)

Características sociodemográficas	**2.1**	**2.2**	**2.3**	**2.6**	**2.8**	**2.13**	**2.14**	**2.16**	**2.20**
Sexo	0,898	0,562	0,365	**0,047**	0,562	0,748	0,847	0,133	0,562
Faixa etária	0,747	1,000	0,858	0,083	0,407	0,294	0,367	0,083	0,329
Estado civil	0,302	0,149	0,069	0,152	0,430	0,223	0,218	0,241	0,202
Tem filhos (as)	0,636	0,818	0,545	0,818	0,727	0,182	0,182	0,727	0,909
Realiza atividade física com frequência	0,091	0,763	0,545	0,390	0,883	0,616	0,409	0,892	0,763
Hospital de Residência	0,794	0,948	0,695	0,896	0,601	0,695	0,292	0,186	0,948
Período de Residência	0,095	0,570	0,127	0,764	0,714	0,402	0,920	0,764	0,482
Fonte de renda	0,742	0,436	0,583	0,503	0,610	0,510	0,487	0,666	0,336
Carga horária semanal real de trabalho	0,228	0,695	0,455	0,415	0,478	0,131	0,847	0,259	0,507
Teve que se mudar de sua cidade natal para fazer Residência	0,449	0,641	0,261	0,802	0,494	0,115	0,641	0,693	0,693
Instituição de ensino da graduação	**0,034**	0,797	0,898	0,797	0,748	0,652	0,898	0,949	0,699
Teve que buscar outra moradia a fim de não colocar seus familiares em risco	1,000	0,402	0,267	0,145	0,070	0,267	0,095	0,110	0,110

Fonte: Dados da pesquisa

Nota-se na tabela 7 apenas as características sociodemográficas “Sexo” e “Instituição de ensino da graduação” apresentaram um p inferior a 0,05 para as características psicofísicas 2.6 e 2.1, respectivamente.

Logo, há diferenças significativas na percepção dos respondentes em relação ao sexo para a característica “Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa”. No que tange à instituição de ensino da graduação, houve diferença significativa para “Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho”.

6.3. INTENSIDADE DOS SINTOMAS DA SÍNDROME DE BURNOUT

Em posse das respostas obtidas por meio do questionário, é possível estimar o nível médio da intensidade dos sintomas da Síndrome de Burnout dos residentes respondentes. Assim, em uma escala de 1 a 5, categoriza-se o grau da Síndrome perpassando pelas características psicofísicas em relação ao trabalho, das dimensões em que elas se relacionam e o nível geral.

Assim, a tabela 8 apresenta as médias, desvios padrões e níveis dos resultados da intensidade da Síndrome de Burnout pelas três dimensões.

Tabela 8: Média, desvio padrão e nível da intensidade da Síndrome de Burnout por dimensões psicofísicas em relação ao trabalho em geral.

Dimensão	Média	Desvio Padrão	Níveis de Burnout
Exaustão Emocional	3,31	1,10	O Burnout começa a se instalar
Despersonalização	2,03	1,26	Fase inicial da Burnout
Realização Profissional	3,01	1,25	O Burnout começa a se instalar
Geral	**2,89**	**1,29**	**Fase inicial da Burnout**

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 9 abaixo apresenta a representação percentual da quantidade de respondentes que se enquadram nos níveis de intensidade da Síndrome de Burnout em relação a cada dimensão psicofísica em relação a trabalho e geral.

Tabela 9: Representação de respondentes por nível de intensidade de Burnout e por dimensão (%)

Níveis de Burnout	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Profissional	Geral
Nenhum indício da Burnout	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Possibilidade de desenvolver Burnout	0,00	68,18	13,64	**9,09**
Fase inicial da Burnout	50,00	18,18	40,91	**45,45**
A Burnout começa a se instalar	31,82	13,64	27,27	**45,45**
Fase considerável da Burnout	18,18	0,00	18,18	**0,00**

Fonte: Dados da pesquisa

Verificam-se nas tabelas 8 e 9 que a dimensão com maior média e representação foi a “Exaustão Emocional”. Para esta dimensão, é possível considerar que a Burnout começa a se instalar. A dimensão de “Despersonalização” apresentou a menor média, podendo indicar que a Burnout estaria em fase inicial. A dimensão “Realização Profissional” apresentou uma média intermediária em relação às demais dimensões. Mas, mesmo assim, ela pode ser enquadrada no nível em que a Burnout começa a se instalar. Ao levar em consideração a média geral, independente da dimensão, o nível de Burnout é indicado como em fase inicial.

7. DISCUSSÃO

A Síndrome de Burnout é uma doença ocupacional relacionada a um estado de esgotamento físico e mental. Por ser de grande importância no meio médico e com elevada incidência, esse estudo objetiva identificar sua prevalência entre residentes de clínica médica em dois hospitais de Recife, comparando com os resultados obtidos na literatura disponível sobre o tema.

De acordo com o presente estudo, quando consideramos a faixa etária, identificamos que os entrevistados enquadram-se na faixa etária mais jovem, entre 26 e 35 anos de idade, e estado civil solteiro, dados que convergem com o perfil de entrevistados da maioria dos estudos sobre o tema. (27,28). Já com relação à distribuição de gênero, houve uma mesma quantidade de homens e mulheres avaliados, o que discorda de outros estudos onde a maioria dos entrevistados eram mulheres. (28,29).

Quando se analisa a naturalidade do entrevistado, foi visto que 72,73% das respostas indicou que os residentes são procedentes da mesma cidade natal de sua residência médica, reduzindo os custos com moradia e alimentação, corroborando com as pesquisas sobre o tema. (28,29). Também foi visto que 72,73% possuem a bolsa de residência combinada com plantões extras como fonte de renda.

Identificou-se, ainda, que 31,82% dos entrevistados têm uma carga horária de trabalho semanal entre 61 a 70 horas. Logo, observa-se uma sobrecarga de atividades laborais, aumentando o risco de Síndrome de Burnout entre os profissionais. (30). Outro dado que corrobora ainda mais para sobrecarga de atividades laborais foi visto na pergunta sobre realização de atividade física em que 31,82% dos entrevistados não praticam qualquer tipo de atividade física e apenas 22,73% praticam de 3 a mais vezes por semana. Esse fato está relacionado à ausência de tempo para atividades de lazer, podendo, assim, ser um dos fatores desencadeantes para a Síndrome de Burnout (31).

Ao analisar na literatura disponível, as dimensões relativas às características psicofísicas em relação ao trabalho, no que cabe à exaustão emocional, verificou-se alta relação com a síndrome, com percentuais de respondentes entre 75%, 65% e 62%, respectivamente aos estudos analisados. (27,29,32). Vale destacar que nestes, foram escalados apenas três níveis de Burnout. Em relação à média obtida pela dimensão, em estudo com escala de 5 níveis, foi identificado o valor de 4,2. (2)

Já ao verificar as respostas dos entrevistados do presente estudo, em relação à dimensão exaustão emocional, o Burnout começa a se instalar com uma média de 3,31 e desvio padrão de 1,10, tendo a maior representação de respondentes (50%) enquadrada nesta classificação de nível. Logo,

aparentemente, esta pesquisa apresenta um menor índice de Burnout para a dimensão exaustão emocional em relação a outros trabalhos aqui citados. Entretanto, aqui foram escalados cinco níveis de Burnout em vez de três, vistos em alguns trabalhos.

Ainda sobre a discussão da dimensão de exaustão emocional, ao cruzar os dados sociodemográficos com as características psicofísicas desta dimensão, verificou-se que o "hospital de residência" tem diferenças significativas em praticamente todas as características da dimensão. Logo, o local de trabalho afeta a percepção dos residentes respondentes sobre esta dimensão.

Na dimensão psicofísica de despersonalização, esta pesquisa infere que a média das respostas dos entrevistados encontra-se em fase inicial de instalação de Burnout. Contudo, em termos percentuais a maior representação de respondentes enquadra-se na classificação de nível de possibilidade de desenvolver Burnout (68,18%). Logo, esta pesquisa apresenta um menor índice para a dimensão de despersonalização em relação a outros trabalhos aqui citados, visto que foram identificados estudos com percentuais entre 60% e 80% de altos níveis de despersonalização (27,29, 32).

Ao cruzar os dados sociodemográficos com as características psicofísicas da dimensão de despersonalização, verificou-se que apenas os itens: "realiza atividade física com frequência" e "teve que buscar outra moradia a fim de não colocar seus familiares em risco" apresentaram diferenças significativas no tópico "parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas". Logo, de forma geral, há uma percepção homogênea dos residentes sobre a despersonalização.

Para a dimensão psicofísica de realização profissional, na maioria dos trabalhos, foram identificados baixos níveis de relação desta dimensão em profissionais com a síndrome de Burnout (27). Para estes trabalhos, a escala de medição foi de três níveis. Nesta pesquisa, as respostas dos entrevistados em relação à dimensão de realização profissional na síndrome de Burnout, trazem a maior representação de respondentes (40,91%) com a classificação de nível "começando a se instalar". Embora a escala seja de cinco níveis, é possível considerar que houve um maior grau de Burnout em relação aos trabalhos estudados. (27, 29, 32).

Ao cruzar os dados de realização profissional com dados sociodemográficos, verificou-se que apenas dois tópicos sociodemográficos: "sexo" e "instituição de ensino da graduação" apresentaram diferenças significativas apenas em uma das características da dimensão: "sinto que trabalhar todo dia com pessoas me cansa". Logo, de forma geral há uma percepção homogênea dos residentes respondentes sobre esta dimensão.

Por fim, foi observado de forma geral que os residentes respondentes se encontram em um quadro de fase inicial de Burnout com média de 2,89 e desvio padrão de 1,29. Basicamente os residentes se encontram em duas classificações,tanto de fase inicial de Burnout como a fase em que a Síndrome começa a se instalar. Para ambas, o percentual de representação foi de 45,45%.

8. CONCLUSÕES

Considerando o contexto de pandemia da COVID 19 que assola o mundo e afeta, intensamente, as condições de trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde, evidencia-se a importância da abordagem sobre o tema discutido no presente estudo. Não somente prejudicados pela falta de insumos físicos nos hospitais, prejuízo no corpo da equipe atuante e uma sobrecarga física, estes profissionais têm sofrido grande carga emocional negativa com consequências psicofísicas.

Com o que foi abordado, esta pesquisa pôde trazer algumas conclusões relacionando a intensidade e prevalência da síndrome de Burnout e suas dimensões, na população estudada frente a este contexto. Dentre as dimensões psicofísicas da síndrome, foi observado que “exaustão emocional” e “realização profissional” se enquadraram na classificação de “Burnout começa a se instalar”. Já a dimensão de despersonalização se encaixou na fase inicial de Burnout. Considerando a média geral de todas essas características psicofísicas atreladas ao impacto do trabalho, conclui- se que, em média, os residentes participantes do estudo se enquadram na fase inicial de Burnout.

Desta forma, infere-se que os residentes de clínica médica do Hospital dos Servidores do Estado e Hospital Agamenom Magalhães da cidade de Recife-PE, podem ser encaixados, como um todo, na fase inicial da síndrome de Burnout, confirmando a segunda hipótese proposta por esta pesquisa. Como não encontramos estudos na literatura que abordassem esse grupo específico estudado, não podemos inferir uma comparação fiel de aumento de prevalência da síndrome comparando com o contexto antes da pandemia.

No que tange as consequências psicofísicas pelo excesso de trabalho relacionado com características sociodemográficas, podemos trazer algumas variações estatisticamente significativas, confirmando a primeira hipótese do presente estudo. Na dimensão “exaustão emocional”, o hospital de residência gerou diferença estatística na maior parte dos itens que classificam esta dimensão da síndrome: 2.4, 2.7, 2.9, 2.12, 2.19, 2.21 (Tabela 3). Na despersonalização, as características demográficas que geraram variações estatísticas entre os grupos entrevistados foram “realização de atividades físicas” e “teve que buscar outra moradia a fim de não colocar seus familiares em risco”, ambas no item 2.2 (Tabela

5). Já na dimensão de realização profissional, o sexo dos entrevistados interferiu estatisticamente no item 2.6, bem como a instituição de ensino da graduação, no item 2.1. (Tabela 7).

Contudo, como limitação do estudo, cita-se o número restrito de participantes. Apesar dos resultados serem estatisticamente confiáveis, acredita-se que com um número maior de residentes poderíamos observar um desfecho diferente. Soma-se a isso a impossibilidade de analisar todos os hospitais da grande Recife que possuam a residência de clínica médica para que possamos distinguir quais unidades estão sendo mais impactadas neste momento da pandemia.

Por fim, com o objetivo de diminuir a prevalência da síndrome de Burnout, principalmente no perfil da população estudada, o estudo levanta pontos sociodemográficos que podem estar relacionados com dimensões da síndrome, possibilitando que medidas intervencionistas possam ser implementadas. Algumas delas: melhoria na bolsa ofertada, condições melhores de trabalho, uma maior supervisão dos preceptores/tutores, uma carga horária que permita descanso adequado e apoio terapêutico, quando necessário.

Observando que a etiologia da síndrome é multifatorial, há a necessidade de que novos estudos sejam realizados, abordando uma população amostral maior a fim de que mais correlações possam ser estatisticamente confirmadas e novos planos de melhoria traçados. Dessa forma, além de incitar maior discussão sobre o tema e proporcionar que a informação seja melhor disseminada na população, é relevante que medidas intervencionistas nas condições de trabalho e qualidade de ensino sejam abordadas com importâncias entre as instâncias competentes.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza, Wilma Costa, and Angela Maria Monteiro da Silva. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. Estudos de Psicologia (Campinas) 19.1 (2002): 37-48.

2. Prado, Monique Sâmara Freire Máximo, et al. Avaliação da Síndrome de Burnout entre estudantes do último ano de um curso de medicina do Brasil. Arquivos de Ciências da Saúde 26.1 (2019): 41-46.

3. Trigo, Telma Ramos, Chei Tung Teng, and Jaime Eduardo Cecílio Hallak. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) 34.5 (2007): 223-233.

4. Maslach, Christina, Wilmar B. Schaufeli, and Michael P. Leiter. Job burnout. Annual review of psychology 52.1 (2001): 397-422.

5. Kovaleski, Douglas Francisco, and Adriana Bressan. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. Saúde & Transformação Social/Health & Social Change 3.2 (2012): 107-113.

6. Carlotto, Mary Sandra. A síndrome de burnout e o trabalho docente. Psicologia em estudo 7.1 (2002): 21-29

7. De Souza Gianasi, Luciana Bezerra, and Denize Cristina de Oliveira. A síndrome de burnout e suas representações entre profissionais de saúde. Estudos e Pesquisas em Psicologia 14.3 (2014): 756-772.

8. Marques, Luana Reis, Luiz Carlos Honorio, and Antônio Luiz Marques. Burnout no trabalho do médico: o caso dos profissionais que atuam no serviço de atendimento de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte-MG. Revista Gestão & Tecnologia 20.1 (2020): 190-214.

9. Dias, Sofia, Cristina Queirós, and Mary Sandra Carlotto. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. Aletheia 32 (2010): 4-21.

10. Pires, Sandra, Rosa Mateus, and Jorge Câmara. Síndroma de Burnout nos profissionais de saúde de um Centro de Atendimento a Toxicodependentes. Revista Toxicodependências 10.1 (2004): 15-23.

11. Murofuse, Neide Tiemi, Sueli Soldati Abranches, and Anamaria Alves Napoleão. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem 13.2 (2005): 255-261

12. Carvalho, Aroldo Prohmann. Novo coronavírus (COVID-19).Sociedade Brasileira de Pediatria; Departamento Científico de Infectologia, 2020

13. Gerhardt, Tatiana Engel, and Denise Tolfo Silveira. Métodos de pesquisa. Plageder, 2009.

14. Prodanov, Cleber Cristiano, and Ernani Cesar de Freitas. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição. Editora Feevale, 2013.

15. Kauark, Fabiana da Silva, Fernanda Castro Manhães, and Carlos Henrique Medeiros. Metodologia da pesquisa: um guia prático. (2010).

16. Chemin, Beatris Francisca. Manual da Univates para trabalhos acadêmicos. Lajeado: Univates (2010).

17. 17.Gil, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

18. Silva, Edna Lúcia da, and Estera Muszkat Menezes. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. (2001).

19. Lakatos, Eva Maria, and Marina de Andrade MARCONI. Metodologia científica. 3. reimpr. São Paulo: Atlas (2009).

20. Da Cunha, Sonia Baptista, and Santiago Ramírez Carvajal. Estatistica Basica-a Arte de Trabalhar com Dados. Elsevier Brasil, 2009.

21. 21. Chafic Jbeili. Questionário JBEILI para identificação preliminar da Burnout. Disponível em: www.chafic.com.br. Acessado em: 10.05.2020

22. Carlotto, M. S., and S. G. Câmara. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional [Psychometrics properties of Maslach Burnout Inventory in a multifunctional sample. Estud Psicol. 2007; 24 (3): 325-32.

23. Lima, C. F., et al. Avaliação psicométrica do Maslach Burnout Inventory em profissionais de enfermagem. ENCONTRO DE GESTÃO DE PESSOAS E RELAÇÕES DE TRABALHO 2 (2009): 1-11.

24. Bussab, Wilton de O., and Pedro A. Morettin. Estatística Básica. 7a Edição. São Paulo: Saraiva (2011).

25. Freund, John E. Estatística Aplicada-: Economia, Administração e Contabilidade. Bookman Editora, 2009.

26. Ministério da Saúde (BR), and Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil 150.112 (2013).

27. Fabichak, Cibele, João Silvestre Silva-Junior, and Luiz Carlos Morrone. "Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho." Rev Bras Med Trab 12.2 (2014): 79-84.

28. Tavares, Kelly Fernanda Assis, et al. "Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes." Acta Paulista de Enfermagem 27.3 (2014): 260-265.

29. Guido, Laura de Azevedo, et al. "Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública." Revista da Escola de Enfermagem da USP 46.6 (2012): 1477-1483.

30. Dias, Bruna Arrais, et al. "Qualidade de vida de médicos residentes de um hospital escola." Scientia Medica 26.1 (2016): ID22315-ID22315.

31. Lourenção, Luciano Garcia, Airton Camacho Moscardini, and Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler. "Saúde e qualidade de vida de médicos residentes." Revista da Associação Médica Brasileira 56.1 (2010): 81-91.

32. Da Silva Brayde, Deborah Holanda, and Tanise Nazaré Maia Costa. "Prevalência de Síndrome de Burnout em médicos residentes de um hospital de ensino." Revista Eletrônica Acervo Saúde 24 (2019): e758- e758.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre "SÍNDROME DE BURNOUT EM RESIDENTES DE CLÍNICA MÉDICA EM RECIFE DURANTE A

PANDEMIA DE COVID-19", desenvolvida pelos alunos Gabriella Azevedo, Maria Cristina Alves e Rodrigo Impieri, discentes de graduação em medicina da UNINASSAU sob orientação da Professora Dr. Andréa Figuerêdo.

A finalidade deste trabalho é verificar a intensidade de sintomas de Síndrome de Burnout na população estudada. Solicitamos a sua colaboração para o preenchimento deste formulário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo para apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso.

Como critérios de inclusão, foram convidados a participação do estudo todos os médicos que cursem regularmente a residência médica em clínica médica em hospitais delimitados para o estudo: Hospital do Servidores do Estado de Pernambuco, Hospital Agamenon Magalhães. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A sua participação consistirá em responder perguntas, em plataforma eletrônica, de um roteiro de questionário elaborados pelos pesquisadores do projeto. O tempo estimado para responder o questionário é de aproximadamente 15 minutos.

Os dados do questionário serão armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os alunos e seu professor orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS no 466/12.

Você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, a partir da realização deste projeto será possível compreender a importância de se estudar o tema e a prevalência de uma patologia, que por muitas vezes é subestimada em nosso meio, e poder inferir, ao comparar com outros estudos já desenvolvidos, que em situações extremas, como a pandemia que está sendo vivenciada, o número de casos de Síndrome de Burnout pode aumentar consideravelmente.

Os riscos e desconfortos que envolvem a pesquisa se traduz ao entrevistado ter que responder questões que tangem sua saúde mental, algo que ainda envolve muito tabu na sociedade atual, mesmo em profissionais da área de saúde. Para isso, deixaremos claro que responder a qualquer pergunta cabe a cada indivíduo e o sigilo quanto a sua identificação estará garantido.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Bloco 1 – Características Sociodemográficas

1- Sexo

( ) Masculino

( ) Feminino

2- Faixa etária

( ) < 26 anos ( ) De 26 a 35 anos

( ) De 36 a 40 anos

( ) Acima de 40 anos

3- Estado Civil

( ) Solteiro (a)

( ) Casado (a) ( ) Divorciado (a)

( ) União estável

4- Tem filhos (as)

( ) Sim

( ) Não

5- Já concluiu curso pós- graduação

( ) Sim

( ) Não

6- Realiza atividade física com frequência

( ) Não

( ) 1 a 2 vezes/semana

( ) mais de 3 vezes/semana

7- Hospital de Residência

( ) Hospital do Servidores do Estado de Pernambuco - HSE ( ) Hospital Agamenon Magalhães - HAM

8- Período de Residência

( ) R1

( ) R2

9-Fonte de renda

( ) Bolsa de Residência

( ) Bolsa + plantões

( ) Bolsa + plantões + outras fontes ( ) Bolsa + outras fonte

10-Carga horária semanal real de trabalho

( ) Até 60 horas ( ) De 61 a 70 horas

( ) De 71 a 80 horas

( ) Acima de 80 horas

11- Instituição de ensino da graduação

( ) Pública ( ) Privada

12- Teve que buscar outra moradia a fim de não colocar seus familiares em risco

( ) Sim

( ) Não

Bloco 2 – Características Psicofísicas em Relação ao Trabalho

12- Responda a temporalidade em relação aos seus sentimentos expressos nas proposições

Características psicofísicas em relação ao trabalho	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.					
Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.					
Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado					
Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.					

Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.					
Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.					
Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.					
Sinto que meu trabalho está me desgastando.					
Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho					
Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.					
Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.					
Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho.					
Sinto-me frustrado com meu trabalho.					
Sinto que estou trabalhando demais.					
Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.					
Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.					
Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.					
Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.					
Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.					
Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.					
No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.					
Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas.					

Capítulo 25

10.37423/230107157

EFEITOS DO TREINAMENTO AERÓBIO EM UM IDOSO HIPERTENSO

Paloma Lopes Neves — *Fisioterapeuta. Graduada em Fisioterapia pela Funorte, MG, Brasil.*

Sthefany Cristhiny Batista Melo — *Fisioterapeuta. Graduada em Fisioterapia pela Funorte, MG, Brasil.*

Renata Ribeiro Durães — *Fisioterapeuta, Professora das Faculdades Unidas do Norte de Minas, FUNORTE*

João Vitor Nunes Lopes — *Fisioterapeuta, Mestre, Professor da Fisioterapeuta, Mestre, Professor da Faculdade Favenorte de Por*

Carla Taynah Nascimento e Silva — *Fisioterapeuta, Mestranda da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM*

Paulo Tadeu Morais Fagundes — *Fisioterapeuta, Acadêmico de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas, FUNORTE*

Mariana Rocha Alves — *Doutoranda, mestre em Medicina (Neurologia) pela Universidade Federal Fluminense*

Vinicius Dias Rodrigues — *Profissional de Educação Física. Doutor em Ciências da Saúde pela Unimontes.*

Bruno Henrique Rocha — *Acadêmico do curso de Fisioterapia da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT*

Resumo: O estudo de caso foi realizado com um idoso do sexo masculino, hipertenso a mais de 20 anos, sob realização de tratamento medicamentoso, com idade de 76 anos, sedentário, ex-tabagista. O objetivo deste estudo foi verificar os efeitos do programa de exercício aeróbio nas variáveis hemodinâmicas, cardiorrespiratória, imunológica, hematológicas, plaquetárias, bioquímicas, e na composição corporal desse indivíduo. A pesquisa teve duração de 8 semanas de treinamento aeróbio, o qual durante o período de treino não foi realizada orientação nutricional. Com base nos resultados obtidos através desse estudo foi possível observar respostas positivas do exercício aeróbico no controle e manutenção da pressão arterial do idoso hipertenso e em outras variáveis como colesterol, VO2max e antropométricas. Como resultado conclui-se a importância de utilizar o exercício aeróbio como uma boa opção de tratamento para hipertensão arterial e estimular a realização de novos estudos sobre o tema utilizando uma equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Idosos. Atividade Física Para Hipertensos.

INTRODUÇÃO

A hipertensão é uma doença que afeta de 20 a 30% dos adultos e contribui com grande expressão no número de mortes resultantes de acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e doença renal crônica (JUNIOR, PRESTES, LEITE; RODRIGUES 2010).

Dentro dos fatores de risco para hipertensão arterial encontra se idade, gênero, etnia, hereditariedade, nível socioeconômico, obesidade, alcoolismo, tabagismo, grau de escolaridade e uso de anticonceptivos colaboram para o avanço das doenças cardiovasculares (ZAITUNE, *et al.,* 2006). Associado a todos os fatores de risco e ao processo de envelhecimento a ausência de atividade física planejada no cotidiano dos idosos torna-o mais suscetível a doenças crônicas (NOGUEIRA, *et al.,* 2012). Pacientes hipertensos tem a necessidade de tratamento tanto farmacológico como não farmacológico (MORAES, *et al.,* 2011).

O treinamento físico aeróbio reduz a pressão arterial em 75% dos indivíduos com hipertensão, sendo um componente chave na terapia não farmacológica para sua prevenção e tratamento. (GOODWIN; HEADLEY; PESCATELLO, 2009). O exercício físico no tratamento tem como objetivo reduzir a morbimortalidade, o que pode ser obtido com modificações dos níveis de atividade física e hábitos de vida em associação com o tratamento farmacológico (MANFREDINI *et al.*, 2009). Além disso, outras modificações como, a redução do percentual de gordura corporal, da ingestão de sódio e moderação no consumo de álcool (CHOBANIAN *et al.*, 2003) são outras condutas importantes para o controle da pressão arterial.

Como parte do tratamento não farmacológico o exercício físico é uma conduta indispensável para a redução e controle dos níveis tensionais e alguns fatores de risco como IMC elevado, diabetes e dislipidemias. Sendo uma intervenção de baixo custo para o paciente (MORAES, *et al.,* 2011).

É grande a evidência dos efeitos positivos do exercício aeróbio agudo e crônico sobre a hipertensão e seus mecanismos fisiopatológicos. Os possíveis processos envolvidos no efeito anti-hipertensivo do exercício incluem tanto mecanismos diretos, tais como a redução da atividade simpática, o aumento da sensibilidade barorreflexa e a melhora da função endotelial, como indiretos, como a redução da obesidade e a melhora do perfil metabólico Desse modo, a inclusão do exercício físico regular é altamente recomendável como conduta não-farmacológica no tratamento da hipertensão, não apenas pelo efeito benéfico sobre a pressão arterial, bem como na redução de fatores de risco cardiovasculares. No entanto, é importante salientar que em alguns casos, somente o exercício físico

aeróbio não é capaz de promover reduções significativas nos índices pressóricos, sendo necessário o uso de medicamentos. Nestes casos, a prescrição do exercício físico aeróbio regular pode contribuir positivamente para a redução da necessidade do medicamento (JUNIOR, PRESTES, LEITE e RODRIGUES, 2010).

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi verificar os efeitos do treinamento aeróbio em um idoso hipertenso, através das análises dos resultados das variáveis hemodinâmicas, imunológicas, hematológicas, bioquímicas, plaquetarias, composição corporal e capacidade cardiorrespiratória em um idoso hipertenso. Antes, durante e depois do período de treinamento aeróbio.

METODOLOGIA

AMOSTRA E ASPECTOS ÉTICOS

A amostra foi composta por 1 indivíduo idoso do sexo masculino com idade de 76 anos, aposentado, hipertenso a mais de 20 anos, sedentário, ex-tabagista, faz uso de medicamentos anti-hipertensivos, faz uso de bebidas alcoólicas socialmente. O idoso está apto para realizar o estudo, foi informado mediante ao termo de consentimento livre e esclarecido, sobre as intenções do estudo, os possíveis riscos e da liberdade de desligar-se da pesquisa a qualquer momento, além das garantias do anonimato e do uso dos dados exclusivamente para fins de pesquisa.

A pesquisa em questão foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com parecer de número 1.943.955 da Associação Educativa do Brasil – Soebras. O estudo respeitará a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata a respeito das pesquisas envolvendo seres humanos. Após esse procedimento o projeto foi aprovado sob o parecer consubstanciado de número 1.943.955.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Nessa pesquisa foram realizados exames laboratoriais e físicos, intercalados entre os treinamentos aeróbios nas oito semanas, sabendo se que as avaliações laboratorial e física do idoso foram realizadas no início, meio e ao término das oito semanas de pesquisa.

Os exames laboratoriais realizados foram hemograma completo com contagem plaquetaria (sistema de analisador hematológico Sysmex XS 1000i Sysmex ®, Kobe, Japão), imunológicos e hematológicos (dois tubos a vácuo sem anticoagulante BD SST® II Advance® de 8,5ml e um tubo de 2,5 ml PAXgeneBD Vacutainer®). Os exames bioquímicos foram analisados colesterol total, HDL, LDL e triglicérides (dois tubos a vácuo sem anticoagulante BD SST® II Advance® de 8,5ml e um tubo de 2,5 ml PAXgeneBD

Vacutainer®) e glicemia de jejum (método enzimático colorimétrico com a enzima glicose oxidase Labtest®). Os exames foram realizados pela manhã com o indivíduo de jejum de 12hs. A coleta foi feita por obtenção das amostras via flebotomia venosa periférica do braço esquerdo. Os exames foram realizados antes da avaliação física para que não houvesse alterações nos resultados.

Duas horas após a alimentação, realizou-se avaliação física onde se observou as condições hemodinâmicas pressão arterial (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI, 2010), frequência cardíaca e temperatura (Serviço Integrado de Trauma e Emergencia do Corpo de Bombeiros), frequência respiratória (procedimento operacional padrão de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina), saturação de oxigênio (oximetro de pulso Oxy Control Geratherm). As variáveis antropométricas foram peso e altura (balança digital, micheletth MIC 220 PPA com estadiometro), índice de massa corporal (quociente massa corporal/estatura^2) e relação cintura-quadril (quociente circunferência do quadril / circunferência da cintura), a cardiorrespiratória (teste de caminhada estacionaria de 2 minutos) do idoso em estudo.

O treinamento aeróbio foi realizado três vezes por semana durante oito semanas. Cada dia de treino teve duração de 60 minutos, sendo iniciado com um aquecimento por 10 minutos (zona lipolítica), desenvolvimento do treino durante 40 minutos (zona glicólica) e desaquecimento por 10 minutos (zona de manutenção).

Todo o treinamento foi monitorado por um frequencimentro (Monitor Cardiaco Gonew Heart III), para garantir que os exercícios fossem realizados dentro da zona alvo determinada para cada momento de treino. O treinamento ocorreu nas Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte, Campus Amazonas, no ambiente físico da Clínica Escola de Fisioterapia. As avaliações físicas e laboratoriais foram realizadas um dia antes do início do treinamento físico e 24 horas após o termino de cada quatro semanas de treinamento, totalizando assim três coletas.

TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento de dados foi realizado pelo programa SPSS 20.0. Os dados coletados serão analisados de acordo a estática apropriada para identificar o problema em questão.

RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados relevantes à pesquisa.

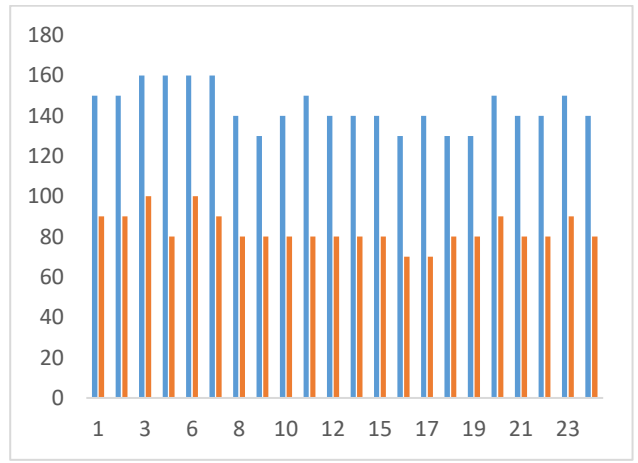
A tabela 01 apresenta os resultados dos exames bioquímicos, hematológicos e imunológicos. A tabela 02 apresenta os resultados encontrados para os parâmetros hemodinâmicos e antropométricos do indivíduo durante todo o processo da pesquisa.

Tabela 01 – Dados bioquímicos, hematológicos e imunológicos do indivíduo hipertenso durante o estudo.

VARIÁVEIS DEPENDENTES	VALORES DE REFERÊNCIA	1ª Coleta	2ª Coleta	3ª coleta
Bioquímicas				
Colesterol total	< 200: Ótimo	170	150	150
Colesterol HDL	< ou = 60: Desejável	29	30	29
Colesterol LDL	< 100: Ótimo	109	94,8	98
Glicose	60 a 99	76	77	95
Triglicérides	< 150: Ótimo	159	126	161
Hematológicas				
Hemácias	4500000 a 5900000	5130000	5580000	5840000
Hemoglobina	13,5 a 17,5	15,4	16,1	16,9
Hematócrito	41 a 53	47,5	49,9	53,5
V.C.M	80 a 100	92,59	89,43	91,61
H.C.M	26 a 34	30,02	28,85	28,94
C.H.C.M	31 a 36	32,42	32,26	31,59
R.D.W	11,5 a 15	12,8	13,8	14
Imunológicas				
Neutrófilos	1700 a 8000	3027	4698	3951
Eosinófilos	0 a 500	103	348	351
Monócitos	200 a 800	462	609	351
Linfócitos	900 a 2900	1539	3045	4127
Plaquetas	150000 a 450000	156000	174000	226000
Leucograma	3500 a 10000	5130	8700	8780

Quadro 02 – Dados hemodinâmicos e antropométricos.

A) Valores da PA antes da sessão de treino



B) Valores da PA após a sessão de treino

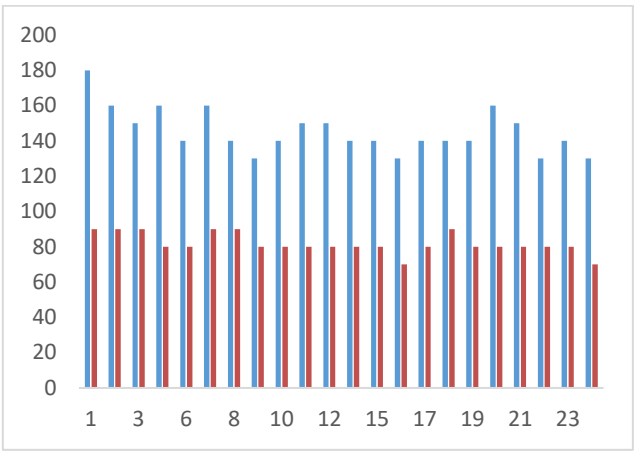


Figura 1 – Apresentação gráfica da pressão arterial e frequência cardíaca antes e após o treino

DISCUSSÃO

No presente estudo após 8 semanas de treinamento aeróbico com frequência de 3 vezes por semana apresentou melhora em todos os níveis de colesterol (total, HDL e LDL), dado que vai propõe resultado conflitante aos achados de Colombo e et all (2013), que propôs trabalho aeróbico semelhante com 16 indivíduos, onde não encontrou melhoras significativas no colesterol total e no LDL, com melhoras apenas no HDL. Um fato importante é que nos dois trabalhos não houve controle nutricional.

Colombo e et all (2013) ainda justifica que a ausência da melhoria da glicose de jejum e dos níveis de colesterol provavelmente estão atreladas a falta de controle nutricional durante o período de pesquisa.

Em um estudo de revisão Nogueira et al (2012) aponta o treinamento aeróbico como tratamento de primeira linha capaz de reduzir os níveis de colesterol utilizando um protocolo de exercício de intensidade de moderado a vigorosa, duração de 60 minutos e realizados três vezes por semana.

Correa e Leal (2010) investigaram o efeito do treinamento aeróbico em mulheres e seu efeito sobre o perfil lipídico, encontrando dados que corroboram com os achados do presente estudo, concluído que o treinamento aeróbico 3 vezes por semana com duração de 40 minutos a 60% da frequência cardíaca máxima atua de forma benéfica nos níveis de colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos, sugerindo uma melhora no controle dietético para resultados mais fidedignos.

Outro achado importante do presente estudo foi que o indivíduo idoso, ex-tabagista e sedentário em apenas 8 semanas conseguiu evoluir seu VO2max de muito ruim para regular em apenas 8 semanas. Pois segundo Miranda e Rabelo (2006) o exercício aeróbico proporciona uma melhora do condicionamento físico, sistemas respiratórios e cardiovasculares podendo ser ou não interferido pela idade, sexo, dados antropométricos e hereditariedade. Mesmo em um curto período de treino o EA pode aumentar o transporte de oxigênio de um idoso reduzindo a idade biológica do sistema condutor de oxigênio.

Segundos os valores de referência de Jones e Rikli (2008) para a avaliação do condicionamento aeróbio do indivíduo ele evoluiu de um nível muito ruim para regular, levando em consideração a idade e o curto período de treino. Melhorando sua capacidade cardiorrespiratória significativamente saindo de uma situação de extremo sedentarismo para pratica regular de atividade física três vezes por semana.

No estudo de Nogueira e et all (2012) o exercício aeróbico praticado 3 vezes por semana por idosas hipertensas proporcionou achados semelhantes ao do presente estudo, melhorando de forma significativa o VO2max da amostra.

O exercício aeróbio é uma unanimidade entre os autores utilizados nessa pesquisa sobre sua influência na pressão arterial, mesmo os estudos onde a redução da PA não foi significativa os autores demostravam ser importante a pratica e os estudos sobre o tema. A importância do exercício aeróbico em indivíduos hipertensos tem igualdade sendo feita ou não a utilização de medicamentos.

No presente estudo a PAS diminuiu de 180mmHg para 140mmHg, totalizando uma redução significativa na PAS de 40mmHg. Na PAD constatou-se redução de 20mmHg, que antes da pesquisa era de 100mmHg e reduziu para 80mmHg. Este fato corrobora com os achados de Colombo et al (2013), que conclui que em curto prazo de tempo o exercício aeróbico reduz a PAS e PAD de idosos hipertensos, gerando benefícios a saúde mesmo sem intervenção na sua rotina alimentar.

Segundo Monteiro et al, (2010) e Matsudo, Matsudo e Neto (2012) relatam que indivíduos que apresentem outras patologias associadas a PA também é possível averiguar resultados positivos de redução nos valores pressóricos. Sendo assim os autores afirmam que o EA realizado três vezes por semana é indicado para idosos hipertensos com patologias secundarias para promover melhora na qualidade da saúde física e mental.

O exercício aeróbico e sua influência sobre a redução da pressão arterial vêm contribuindo de forma satisfatória contra os riscos de doenças cardiovasculares relacionados ao envelhecimento. Atenuando

a melhora da função autonômica vascular em relação à pressão arterial no idoso, o que provoca uma redução permanente por até 22hs após o exercício aeróbio (MOSTARDA et al, 2009).

No presente estudo, o exercício aeróbico não se mostrou eficiente na redução de dados antropométricos (IMC e RCQ), fato que pode estar atrelado a falta de controle nutricional e dietético durante a pesquisa. Mesmo não mostrando melhoras significativas, Ciolac e Guimaraes (2004) afirmam a importância da atividade física seja ela leve, moderada ou vigorosa partindo de um sedentarismo e tornando a atividade física um habito de vida para evitar doenças futuras e consequentemente a redução ou manutenção do IMC e RCQ.

Colombo et al (2013) apresenta resultados semelhantes onde as variáveis antropométricas apresentaram pequena redução da composição corporal entre eles peso e IMC, circunferência abdominal e RCQ. Esse cenário aqui exposto pode ter sido influenciado pelo curto período de realização dos protocolos de treinamento aeróbio.

Conflitando com os achados do presente estudo Monteiro et all (2010) concluíram que o exercício aeróbico praticado 3 vezes por semana podem melhorar o controle metabólico, pressão arterial e a antropometria de idosas com Diabetes do tipo II.

CONCLUSÃO

Os resultados no presente estudo nos revelaram que é possível conseguir benefícios com o treinamento aeróbico 3 vezes por semana, tais como, melhoras nos níveis de colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos, elevação do VO2max, diminuição da PAS e PAD e uma manutenção de variáveis antropométricas, IMC e RCQ. Levando em consideração que os resultados antropométricos poderiam ser melhores, caso a pesquisa seja feita com controle nutricional.

O estudo nos revela a importância do exercício aeróbico no tratamento da hipertensão em idosos, sendo muito eficaz e intervenção não medicamentosa, tendo em vista o seu baixo custo e acessibilidade.

Não se pretende nesse estudo, afirmar que o resultado do exercício aeróbico é verdades absolutas sobre o tema pesquisado. Portanto sugere-se novos estudos sobre o tema, com diferentes exercícios, populações, amostras maiores e controle nutricional, afim de um aprofundamento maior e melhor sobre a influência do exercício aeróbico em idosos hipertensos.

REFERÊNCIAS

1. CHOBANIAN, A. V.; BAKRIS, G.L.; BLACK, H.R.; CHUSHMAN, H.C.; GREEN, L.A.; IZZO, J.L. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. JAMA, v. 289, n. 19, p. 2560-2571, May. 2003.

2. CIOLAC, E.G.; GUIMARÃES, G.V. Exercício físico e síndrome metabólica. Rev bras med esporte, v. 10, n. 4, p. 319-24, 2004.

3. COLOMBO, C. M.; DE MACEDO, R.M.; SILVA, M.M.F.; CORPORAL, A.M.; STINGHEN, A.E.; COSTANTINI, C.R.; BAENA, C.P.; SOUZA, L.C.G.; NETO, J.R.F, Efeitos de curto prazo de um programa de atividade física moderada em pacientes com síndrome metabólica. Einstein (São Paulo), v. 11, n. 3, p. 324-30, 2013.

4. CORREA, F.D.O.; LEAL, R.S. EFEITO DO EXERCÍCIO AERÓBIO E RESISTIDO NAS ALTERAÇÕES DE COLESTEROL TOTAL E LIPOPROTEÍNAS HDL-C, LDL-C E TRIGLICERÍDEOS. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, São Paulo, v.4, n.22, p.337-341. Julho/Ago. 2010.

5. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Revista Hipertesão, São Paulo. v. 13, n. 1, p. 12-19, 2010.

6. GOODWIN, K. A.; HEADLEY, S. A. E.; PESCATELLO, L. S. Physical Activity: Exercise prescription for the prevention and management of hypertension. Am J Lifestyle Med, Thousand Oaks, v. 3, n. 6, p. 446 – 449, Nov. 2009.

7. JONES, C. J; RIKLI, R. E. Livro Teste de Aptidão Física Para Idosos. 1° Edição. Barueri, São Paulo. Editora MANOLE, 2008.

8. JUNIOR, F.L.P.; PRESTES, J.; LEITE, R. D.; RODRIGUES, D. Influência do Treinamento Aeróbico nos mecanismos fisiopatológicos da Hipertensão Arterial Sistêmica. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis, v. 32, n. 2-4, p. 229-244, dez. 2010.

9. MANFREDINI, F.; MALAGONI, A.M.; MANDINI, S.; BOARI, B.; FELISATTI, M.; ZAMBONI, P.; MANFREDINI, R. Sport Therapy for Hypertension: Why, How, and How Much? Angiology, New York, v. 60, n. 2, p. 207-216, Apr/May. 2009.

10. MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; NETO, T.L.B. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 5, n. 2, p. 60-76, 2012.

11. MIRANDA, E. P.; RABELO, H. T. Efeitos de um programa de atividade física na capacidade aeróbia de mulheres idosas. Movimentum-Revista Digital de Educação Física, v. 1, 2006.

12. MONTEIRO, L.Z.; FIANI, C.R.V.; FREITAS, M.C.F.D.; ZANETTI, M.L.; FOSS, M.C. Redução da Pressão Arterial, da IMC e da Glicose após Treinamento Aeróbico em Idosas com Diabete Tipo 2. Arq Bras Cardiol 2010.

13. MORAES, W. M.; SOUZA, P.R.M.; PINHEIRO, M.H.N.P.; IRIGOYEN, M.C.; MEDEIROS, A.; KAIKE, M.K. Programa de exercícios físicos baseado em frequência semanal mínima: efeitos na pressão arterial e aptidão física em idosos hipertensos. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, 8f, 2011.

14. MOSTARDA, C.; WICHI, R. SANCHES, I.R.; RODRIGUES, B. DE ANGELIS, K.; IRIGOYEN, M.C. Hipertensão e modulação autonômica no idoso: papel do exercício físico. Rev Bras Hipertens, v. 16, n. 1, p. 55-60, 2009.

15.NOGUEIRA, I. C.; SANTOS, Z.M.D.S.A.; MONT'ALVERNE, D.G.B.; MARTINS, A.B.T, MAGALHÃES, C.B.D.A. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. Rev Bras Geriatr Gerontol, v. 15, n. 3, p. 587-601, 2012.

16. ZAITUNE, M. P.D.A.; BARROS, M.B.D.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil Arterial hypertension in the elderly. Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.

Capítulo 26

10.37423/230107159

ONICOMICOSES EM PACIENTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIOS DE DERMATOLOGIA DA CIDADE DE RIO DE JANEIRO, BRASIL

Jaqueline Rodrigues — *Uniabeu Centro Universitário*

Antonio Neres Norberg — *Faculdade Metropolitana São Carlos*

Paulo Cesar Ribeiro — *Universidade Iguaçu - UNIG*

José Tadeu Madeira de Oliveira — *Instituto Benjamin Constant*

Bianca Magnelli Mangiavacchi — *Faculdade Metropolitana São Carlos*

Aluísio Antonio de Santa Helena — *Uniabeu Centro Universitário*

Renato Mataveli Ferreira Filho — *Faculdade Metropolitana São Carlos*

Milena de Souza Furtado Ávila — *Faculdade Metropolitana São Carlos*

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

Fabiano Guerra Sanches — *Hospital Geral do Rio de Janeiro - Exército Brasileiro*

INTRODUÇÃO

A onicomicose é uma infecção das unhas causada por elementos fúngicos que se instalam e se alimentam principalmente da queratina. O termo "onicomicose" é derivado do idioma grego, em que "onyx" que significa unha e "mykes" significa fungo (THOMAS et al, 2019). A contaminação ocorre após o contato direto das unhas com fungos no ambiente, propagação de colonização fúngica da pele adjacente, ou contato das unhas com lesões ou instrumentos inanimados contaminados pelos fungos causadores dessa patogenia. As manifestações clínicas podem incluir descoloração das unhas, espessamento das unhas ou da camada subungueal, deslocamento, ruptura ou destruição da placa ungueal (LEUNG et al, 2020; PLEWIG et al, 2022; CAÑETE-RIBAS & WIEDERHOLD, 2023). De acordo com a apresentação clínica das onicomicoses, estas se distribuem nos seguintes tipos: subungueal, que pode ser distal, lateral ou proximal; branca superficial; distrófica total; e endonix, cuja variedade clínica tem sido descrita nos últimos anos (BONIFAZ, 2012; CALDERÓN et al., 2016). Os principais fatores predisponentes para a onicomicose são trauma persistente na unha, psoríase, diabetes, má circulação periférica, infecção pelo HIV, imunossupressão e tabagismo. Tinea pedis é um fator de risco para a onicomicose pela infecção por contiguidade. A doença pode ser facilitada por ambientes úmidos, calçados não-ventilados, idade avançada e predisposição genética (GUPTA et al, 2020a; CAÑETE-RIBAS & WIEDERHOLD, 2023). Os principais agentes fúngicos causadores de onicomicoses pertencem aos gêneros Epidermophyton, Microsporum, Trichophyton e Candida (LIPNER & SCHER, 2019; CAÑETE-RIBAS & WIEDERHOLD, 2023).

Estima-se que a prevalência mundial de onicomicoses seja de 10% (THOMAS et al, 2010) e que entre 20% a 25% da população teve pelo menos um caso de onicomicose no decorrer da vida (BROWN et al, 2012). A prevalência das onicomicoses tem aumentado nas últimas décadas (GHANNOUM, SALEM & CHRISTENSEN, 2018; GUPTA et al., 2020a). Apesar das altas taxas de prevalência, apresenta variações demográficas e étnicas elevadas quanto aos seus agentes etiológicos (GHANNOUM, SALEM & CHRISTENSEN, 2018; GUPTA et al, 2020b; MOSELEY et al, 2022). Trichophytum rubrum é agente causador de onicomicoses mais frequente na Inglaterra, Alemanha, Canadá, Estados Unidos da América e Índia, enquanto espécies do gênero Candida possuem alta prevalência como causador de omicomicoses na Bélgica, Arábia Saudita e Espanha (GUPTA et al., 2017). A prevalência no Brasil é estimada em 11,9% (GUPTA et al, 2017).

A onicomicose é responsável por 23% de todas as podopatias e aproximadamente metade das condições inflamatórias das unhas dos pés. As unhas dos pés são 10,6 vezes mais afetadas por onicomicoses que as unhas das mãos (ROSEN et al., 2015; GHANNOUM, SALEM & CHRISTENSEN, 2018). São responsáveis por cerca de 30% de todas as dermatomicoses (PLEWIG et al, 2022). Pode estar relacionada com determinadas profissões como jogadores de futebol, voleibol e atletismo (ELEWSKI & TOSTI, 2015; GHANNOUM, SALEM & CHRISTENSEN, 2018). Afetam diretamente a qualidade de vida dos doentes, pois a autoestima pode ser reduzida e a capacidade funcional pode ser afetada interferindo nas atividades rotineiras.

Este trabalho teve como objetivo pesquisar a incidência e a etiologia dos fungos causadores de onicomicoses na população da cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

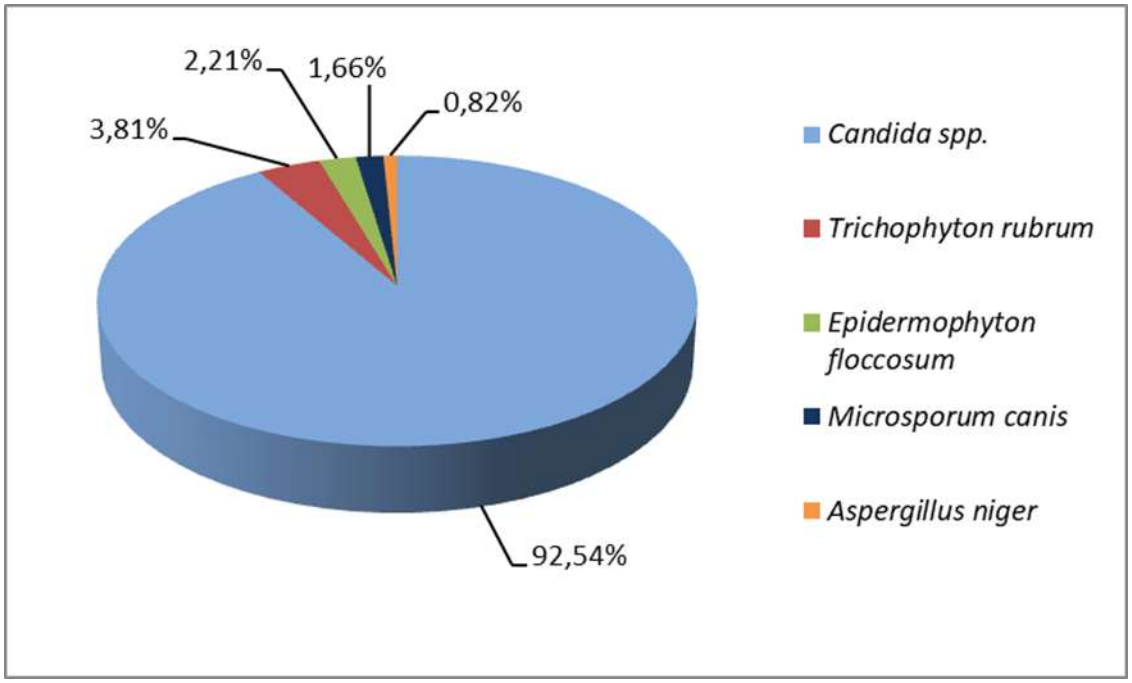
MÉTODOS

Foram estudadas 1290 amostras ungueais de pacientes atendidos em clínicas de dermatologia na cidade do Rio de Janeiro com lesões sugestivas de onicomicoses. As amostras foram examinadas no Laboratório de Pesquisa em Doenças Parasitárias do Centro Universitário UNIABEU, Belford Roxo, estado do Rio de Janeiro, Brasil. Após a limpeza das unhas com álcool a 70% foram coletadas escamas raspadas com bisturi esterilizado. O material foi semeado em placas de Petri contendo os meios de Sabouraud-dextrose-ágar e Mycosel. As placas foram vedadas com fita adesiva e mantidas em temperatura ambiente. As colônias de fungos filamentosos foram identificadas pelos caracteres culturais e morfológicos, e os leveduriformes pela coloração de Gram e provas bioquímicas.

RESULTADOS

Entre as 1290 amostras examinadas, 362 culturas (28,06%) foram positivas para os seguintes fungos: Candida spp., 335 (92,54%); Trichophyton rubrum, 12 (3,31%); Epidermophyton floccosum, 8 (2.21%); Microsporum canis, 6 (1,66%); e Aspergillus niger, 1 (0,28%).

Gráfico 1 – Distribuição dos agentes etiológicos de onicomicoses em pacientes atendidos em ambulatórios de dermatologia da cidade de Rio de Janeiro, Brasil por espécie.



DESENVOLVIMENTO

A pesquisa desenvolvida entre pacientes atendidos em clínicas de dermatologia na cidade do Rio de Janeiro examinou a cultura das escamas das lesões para determinar a prevalência de agentes fúngicos na população estudada. Para essa finalidade, o protocolo de pesquisa foi baseado na cultura fúngica do material recolhido dos pacientes. O diagnóstico através do meio de cultura é considerado o padrão-ouro na determinação dos agentes causadores de onicomicose (GUPTA et al, 2020b).

Existe uma carência de pesquisas na literatura científica atual que permita estabelecer o real estado da onicomicose no Brasil. A fim de estabelecer um parâmetro de comparação, foram utilizados na discussão artigos que utilizavam metodologia similar à utilizada em nossa pesquisa (cultura nos meios de Sabouraud-dextrose-ágar e Mycosel e identificação por caracteres culturais, morfológicos, coloração de Gram e provas bioquímicas).

Tabela 1 – Consolidação dos dados de prevalência de agentes etiológicos de onicomicoses na bibliografia consultada.

Referência	Local	Gêneros de fungos leveduriformes	Gêneros de fungos filamentosos
Arrua et al (2015)	João Pessoa (PB)	*Candida* (99,8%) *Rhodotorula* (0,2%)	-
Maranhão et al (2019)	Alagoas	*Candida* (83,34%)	*Trichophyton (15,96%%) Epidermophyton (0,74%)*
Brilhante et al (2005)	Ceará	*Candida* (75,42%) *Trichosporon* (2,82%) *Geotrichyum* (0,56%)	*Trichophyton* (12,99%) *Fusarium* (8,19%)
Calado et al (2011)	Natal (RN)	*Candida* (76,88%) *Trichosporon* (8,07%) *Geotrichum* (0,84%)	*Trichophyton* (10,03%) *Fusarium* (4,18%)
Silva-Rocha, Azevedo & Chaves (2017)	Natal (RN)	*Candida* (64,71) *Trichosporon* (1,96%) *Geotrichum* (1,96%)	*Fusarium* (15,69%), *Trichophyton* (11,75%) *Aspergillus* (1,96%) *Microsporum* (1,96%)
Souza et al (2010)	Goiânia (GO)	*Candida* (53,75%)	*Trichophyton* (45,63%) *Epidermophyton* (0,46%)
Godoy-Martinez et al (2009)	São Paulo (SP)	*Candida* (47,43%) *Malassezia* (2,87%) *Trichosporon* (1,14%) *Saccharomyces* (0,57%)	*Trichophyton* (40,57%) *Fusarium* (5,71%) *Nattrassia* (1,14%) *Aspergillus* (0,57%)
Rodrigues et al (a presente pesquisa)	Rio de Janeiro	*Candida* (92,54%)	*Trichophyton* (3,81%) *Epidermophyton* (2,21%) *Microsporum* (1,66%) *Aspergillus* (0,82%)

Em todas as pesquisas examinadas na revisão bibliográfica, Candida spp. foi o gênero mais prevalente. Observa-se uma dominância de Candida spp. nas pesquisas realizadas na Paraíba (ARRUA et al, 2015) e Alagoas (MARANHÃO et al, 2019), aproximando-se do índice verificado na pesquisa entre pacientes no Rio de Janeiro. Os inquéritos epidemiológicos em Goiás e São Paulo demonstraram uma prevalência

mais elevada de fungos filamentososos em comparação com os leveduriformes. Essa variação é esperada em um país de grande extensão territorial como o Brasil, em que a diversidade de aspectos geográficos tem grande influência na incidência das micoses superficiais. Segundo Gupta et al (2017), padrões de prevalência da onicomicose apresentam maior prevalência do gênero Candida em regiões mais quentes e úmidas, enquanto a onicomicose por fungos filamentosos é mais frequente em climas temperados e secos. Os perfis epidemiológicos verificados na revisão da literatura e nos resultados da pesquisa no Rio de Janeiro confirmam essa proposição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de onicomicoses em pacientes no Rio de Janeiro demonstrou uma prevalência de onicomicoses de 28,06% entre pacientes com suspeita de onicopatias. Houve dominância do gênero Candida, identificado como agente causador de 92,54% das onicomicoses. Trichophyton rubrum foi o segundo fungo mais prevalente (3,31%), seguido por Epidermophyton floccosum (2.21%), Microsporum canis (1,66%); e Aspergillus niger, 1 (0,28%). O perfil epidemiológico das onicomicoses no Rio de Janeiro aproxima-se do verificado em estados do nordeste do país, provavelmente por compartilhar condições ambientais de calor e umidade que favorecem a maior prevalência do gênero Candida nas micoses superficiais das unhas.

REFERÊNCIAS

AMEEN, M. et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of onychomycosis 2014. British Journal of Dermatology, v. 171, no 5, p. 937–958, 2014. ISSN: 0007-0963, 1365-2133, DOI: 10.1111/bjd.13358.

ARRUA, J. M. M. et al. Prevalence of Candida tropicalis and Candida krusei in onychomycosis in João Pessoa, Paraiba, Brazil from 1999 to 2010. Anais da Academia Brasileira de Ciências, v. 87, no 3, p. 1819–1822, 2015. ISSN: 1678-2690, 0001-3765, DOI: 10.1590/0001-3765201520130418.

BONIFAZ, A. Micosis y seudomicosis superficiales. EM: BONIFAZ TRUJILLO, J. A. Micología médica básica. México: McGraw Hill, 2015. 726p.

BRILHANTE, R. et al. Onychomycosis in Ceará (Northeast Brazil): epidemiological and laboratory aspects. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, v. 100, no 2, p. 131–135, 2005. ISSN: 0074-0276, DOI: 10.1590/S0074-02762005000200005.

BROWN, G. D. et al. Hidden Killers: Human Fungal Infections. Science Translational Medicine, v. 4, no 165, 2012. ISSN: 1946-6234, 1946-6242, DOI: 10.1126/scitranslmed.3004404.

CALADO, N. B. et al. A 7-year survey of superficial and cutaneous mycoses in a public hospital in Natal, Northeast Brazil. Brazilian Journal of Microbiology, v. 42, no 4, p. 1296–1299, 2011. ISSN: 1517-8382, DOI: 10.1590/S1517-83822011000400008.

CALDERÓN, X. M.; MARTÍNEZ, G.; MACERO, C. Onicomicosis: casuística en el Departamento de Microbiología del Instituto Médico La Floresta. Caracas-Venezuela (2012-2016). Dermatología Venezuelana, v. 54, n. 1, p. 25-30, 2016. https://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/view/1357/1334

CAÑETE-GIBAS, C.; WIEDERHOLD, N. P. Mycology of Onychomycosis. Clinical Microbiology Newsletter, v. 45, no 2, p. 11–17, 2023. ISSN: 01964399, DOI: 10.1016/j.clinmicnews.2023.01.002.

ELEWSKI, B. E.; TOSTI, A. Risk Factors and Comorbidities for Onychomycosis: Implications for Treatment with Topical Therapy. The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, v. 8, no 11, p. 38–42, 2015. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689496/

GHANNOUM, M. A.; SALEM, I.; CHRISTENSEN, L. Epidemiology of Onychomycosis. Em: RIGOPOULOS, D.; ELEWSKI, B.; RICHERT, B. (Orgs.). Onychomycosis. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2018. p. 13–20. ISBN: 978-1-119-22651-2, DOI: 10.1002/9781119226512.ch2.

GUPTA, A. K.; VERSTEEG, S. G.; SHEAR, N. H. Onychomycosis in the 21st Century: An Update on Diagnosis, Epidemiology, and Treatment. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, v. 21, no 6, p. 525–539, 2017. DOI: 10.1177/1203475417716362.

GUPTA, A. K. et al. Onychomycosis: a review. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, v. 34, no 9, p. 1972–1990, 2020a. ISSN: 0926-9959, 1468-3083, DOI: 10.1111/jdv.16394.

GUPTA, A. K. et al. High prevalence of mixed infections in global onychomycosis. PLOS ONE, v. 15, no 9, p. e0239648, 2020b. ISSN: 1932-6203, DOI: 10.1371/journal.pone.0239648.

LEUNG, A. K. C. et al. Onychomycosis: An Updated Review. Recent Patents on Inflammation & Allergy Drug Discovery, v. 14, no 1, p. 32–45, 2020. ISSN: 1872213X, DOI: 10.2174/1872213X13666191026090713.

LIPNER, S. R.; SCHER, R. K. Onychomycosis. Journal of the American Academy of Dermatology, v. 80, no 4, p. 835–851, 2019. ISSN: 01909622, DOI: 10.1016/j.jaad.2018.03.062.

MARANHÃO, F. C. A. et al. Mycoses in northeastern Brazil: epidemiology and prevalence of fungal species in 8 years of retrospective analysis in Alagoas. Brazilian Journal of Microbiology, v. 50, no 4, p. 969–978, 2019. ISSN: 1517-8382, 1678-4405, DOI: 10.1007/s42770-019-00096-0.

MOSELEY, I. et al. Onychomycosis in underrepresented groups: an all of us database analysis. Archives of Dermatological Research, 2022. ISSN: 1432-069X, DOI: 10.1007/s00403-022-02413-4.

PLEWIG, G. et al. Braun-Falco´s Dermatology. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2022. ISBN: 978-3-662-63708-1, DOI: 10.1007/978-3-662-63709-8.

ROSEN, T. et al. Onychomycosis: epidemiology, diagnosis, and treatment in a changing landscape. Journal of Drugs in Dermatology, v. 14, no 3, p. 223–233, 2015. ISSN: 1545-9616.

SILVA-ROCHA, W. P.; AZEVEDO, M. F. DE; CHAVES, G. M. Epidemiology and fungal species distribution of superficial mycoses in Northeast Brazil. Journal de Mycologie Médicale, v. 27, no 1, p. 57–64, 2017. ISSN: 11565233, DOI: 10.1016/j.mycmed.2016.08.009.

SOUZA, L. K. H. et al. Epidemiological and mycological data of onychomycosis in Goiania, Brazil: Onychomycosis in Goiania, Brazil. Mycoses, v. 53, no 1, p. 68–71, 2010. ISSN: 09337407, 14390507, DOI: 10.1111/j.1439-0507.2008.01663.x.

THOMAS, J. et al. Toenail onychomycosis: an important global disease burden: Toenail onychomycosis: an important global disease burden. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, v. 35, no 5, p. 497–519, 2010. ISSN: 02694727, DOI: 10.1111/j.1365-2710.2009.01107.x.

THOMAS, Jackson et al. Antifungal Drug Use for Onychomycosis. American Journal of Therapeutics, v. 26, no 3, p. e388–e396, 2019. ISSN: 1075-2765, DOI: 10.1097/MJT.0000000000000696.

Capítulo 27

10.37423/230207165

EFICIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE SMARTWATCH PARA MONITORAR A FREQUÊNCIA CARDÍACA DURANTE O EXERCÍCIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Igor Matheus Dias Pimenta
Educação Física Bacharelado, Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes, Minas Gerais, Brasil

João Vitor Nunes Lopes
Fisioterapeuta, Mestre, Professor da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT

Nádia Beatriz do Nascimento
Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT

Hugo Leonardo de Magalhães
Fisioterapeuta, Mestre pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM

Igor Rafael Cardoso Santos
Acadêmico do curso de Fisioterapia da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT

Elen Lorena Lopes Silva Roque
Psicóloga, Professora da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT

Mayara Cantuária da Silva
Psicóloga, Professora da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT

Maria luiza Mendes Barbosa
Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT

Mariana Rocha Alves
Professora do Departamento de Educação Física e do Desporto Universidade Estadual de Montes Claros

Vinicius Dias Rodrigues
Professor do Departamento de Educação Física da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes

Resumo: O estudo de revisão integrativa a partir da temática que mensura a eficiência da utilização do smartwatch para monitorar a frequência cardíaca nas práticas de exercícios físicos e mostrar a relevância decorrente do aumento expressivo de atividades físicas praticadas pelas pessoas dentro da sociedade moderna sem o devido acompanhamento do profissional de educação física. A partir desta reflexão surge como **Objetivo**: analisar de acordo com a literatura científica, a eficiência da utilização de smartwatch para monitorar a frequência cardíaca durante as práticas das atividades físicas. **Métodos:** Foram incluídos artigos publicados entre dezembro de 2000 até novembro de 2021. Foram utilizadas as plataformas Scielo e PubMed consultados no DECS (acrônimo de Descritores em Ciências da Saúde, é o vocabulário controlado que usa descritores para a indexação de artigos científicos e outros documentos da área biomédica) para a busca inicialmente foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos respectivos artigos, como exclusão da pesquisa mencionam-se aqueles que não estavam de acordo com os critérios e objetivos do estudo. Os trabalhos que estavam de acordo foram lidos na íntegra e passados para análise de dois revisores independentes. Após a análise das publicações, 4 artigos estavam de acordos com os critérios e objetivos da pesquisa. **Resultados:** Foi encontrado no universo de 42 artigos inicialmente, desses, apenas 28 estão de acordo com a estratégia de busca. **Conclusão:** Percebe-se que, a utilização de alguns smartwatchs como o Galaxy Watch Active 2 e o Apple Watch Series 6, são válidas para monitorar a frequência cardíaca, enquanto outros devem ser interpretados com segurança em relação a sua eficácia.

Palavras-chave: Avaliação Física; Frequência Cardíaca; Exercício Físico.

INTRODUÇÃO

O enfoque de literatura de Silva (2017) procura frisar que a frequência cardíaca representa um diagnóstico significativo na avaliação realizada nas pessoas para terem segurança nas suas práticas de atividades físicas de rotina com os objetivos de obterem uma melhor qualidade de vida.

Guyton (2006) defende em seu estudo que o monitoramento da frequência cardíaca é determinante para possibilitar que as pessoas praticantes de atividades físicas possam buscar melhores resultados melhorando o seu desempenho.

Dentre os métodos de avaliação física realizada pelos profissionais de educação física, o monitoramento da frequência cardíaca assume um protagonismo sem precedentes, para que os praticantes de atividades que exigem esforços físicos de alta e média intensidade possam ter eficácia em relação ao seu rendimento (ALIAN A. A. SHELLEY, 2014).

Para Yun (2018) os níveis verificados de frequência cardíaca nos praticantes de atividades físicas são determinantes para os profissionais da área da educação física aplicar a intensidade das cargas de exercícios recomendados para cada tipo biológico das pessoas.

Segundo a definição de Rasheed (2017) o diagnóstico para avaliação dos níveis de frequência cardíaca é mensurado a partir da verificação do quantitativo das incidências de batimentos do coração por minutos que é considerado como órgão vital para o funcionamento do corpo humano.

Na avaliação proposta pela opinião de Santos (2018) revela que os níveis considerados normais de pulsação do coração variam entre 60 e 100 bpm (batimentos por minutos) com as possibilidades de oscilar conforme a idade, a intensidade aplicada ás atividades ou que apresenta diagnóstico de alguma doença cardíaca.

Conforme expõe a literatura científica de Tamura (2014) a incidência de um autoexame básico e prático para medir a frequência cardíaca, seria colocar o dedo indicador e médio na parte lateral do pescoço, onde se sente os batimentos cardíacos e a partir desta ação abrir a contagem de quantas pulsações ocorrem no período de um minuto, e ainda defende que de forma análoga o mesmo exame pode ser realizado contando as pulsações até 15 segundos e multiplicando o resultado por 4.

A diversidade de literatura que procura levar um entendimento sobre o tema permite utilizar da opinião de Veronez (2012) que procura mostrar outro processo avaliativo para medir a frequência cardíaca e que se apresenta de forma mais segura quanto aos seus resultados apresentados, este

método recomendado está no dispositivo digital de monitoramento cardíaco conhecido no mercado desportivo da segmentação médico hospitalar como frequencímetro.

Junior et al (2018) mencionam que o frequencímetro tem a capacidade específica de monitorar com eficácia a frequência dos batimentos cardíacos de uma pessoa que está praticando atividade física.

O estudo proposto por Raxwal (2001) propõe a aplicabilidade de outro método alternativo que é o uso de dispositivos vestíveis capazes de adquirir um diagnóstico seguro da frequência cardíaca através de sensores.

Segundo as opiniões propostas pelas autorias de literatura de Pandelo et al. (2018), a frequência cardíaca pode ser considerada como um indicador importante do estado de saúde do ser humano pois, a capacidade de prever alterações representa um fator significativo para antecipar mudanças no estado do corpo.

Dessa forma, realizar o monitoramento dos diagnósticos dos sinais vitais em tempo real auxilia nas intervenções preventivas que podem ser tomadas antes da chegada ao estado crítico, pois em muitas situações pode ocorrer o agravamento de problemas cardíacos proporcionados pela ausência do profissional de saúde especializado na área médica cardiovascular (CHAN et al., 2012).

Nas práticas das atividades esportivas, esses equipamentos que foram mencionados através de descoberta de estudos científicos e práticos com experiência comprovada cientificamente oferecem recursos úteis que proporcionam um eficaz condicionamento físico e principalmente segurança em relação aos aspectos preventivos a saúde e a qualidade de vida (PIMENTEL, 2010).

Como estudo empírico é relevante mencionar as pesquisas de campo realizadas por Junqueira (2008) quando foi proposto o monitoramento de frequência cardíaca de alunos voluntários de pós-graduação em tempo real durante as práticas de atividades físicas visando que os usuários obtivessem um melhor desempenho, de forma mais eficiente e segura, sem lesões. Dessa forma, eles poderiam realizar atividades de alta intensidade e de longa duração.

Para Mcardle (2021) os dispositivos wearable que representa uma tecnologia digital de monitoramento da saúde que propicia o acompanhamento dos praticantes de atividades físicas com os objetivos de aperfeiçoar o desempenho para preservação das funções cardiovasculares têm atraído muita atenção de áreas de pesquisa e da indústria durante os últimos anos.

Para um entendimento didático sobre as tecnologias dos Wearables é relevante buscar a opinião de Chan et al (2012) quando mencionam que estes instrumentos tecnológicos de prevenção e otimização

do desempenho dos praticantes de atividades físicas consistem em sistemas eletrônicos adaptados para serem usados como roupas ou acessórios ao corpo das pessoas, normalmente utilizados para monitorar dados relacionados à saúde ou condição física do usuário.

Dentre os produtos destinados a monitorar a frequência cardíaca dos praticantes de atividades física podem ser destacados como mais comuns para a comercialização no mercado, os relógios de pulso (smartwatches), pulseiras inteligentes (smartbands), óculos de realidade virtual, jaquetas inteligentes, cintos inteligentes e toucas inteligentes (CAMARDA, 2008)

Frente ao exposto apresentado, onde uma grande variedade de produtos e protótipos de smartwatches tem sido produzida com o objetivo de fornecer a frequência cardíaca a seus usuários de maneira mais rápida e em tempo real, estudos para verificar a confiabilidade desses vestíveis são importantes, assim, o presente estudo tem como objetivo analisar de acordo com a literatura a eficiência da utilização de smartwatches para monitorar a frequência cardíaca durante as práticas de atividades físicas realizadas pelas pessoas.

MÉTODOS

O presente estudo se caracteriza como uma revisão integrativa. A estratégia de busca foi realizada nas bases de dados PubMed e Scielo. Foram usadas como palavras-chave: Smartwatch; heart rate; Physical Exercise e seus receptivos sinônimos que foram consultados no DECS (acrônimo de Descritores em Ciências da Saúde, é o vocabulário controlado que usa descritores para a indexação de artigos científicos e outros documentos da área biomédica) e no MESH que são sistemas de metadados médicos em língua inglesa dizendo respeito à nomenclatura e baseando-se na indexação de artigos no campo das ciências da área da medicina desportiva.

Os títulos e os resumos escolhidos foram analisados por dois revisores independentes que os classificaram como incluídos, excluídos ou duvidosos. Aqueles classificados como duvidosos foram revistos e discutidos por um terceiro revisor, para obtenção de um consenso. Quantas as marcas de Smartwatch utilizadas no estudo foram Galaxy Watch Active 2 e o Apple Watch Series 6.

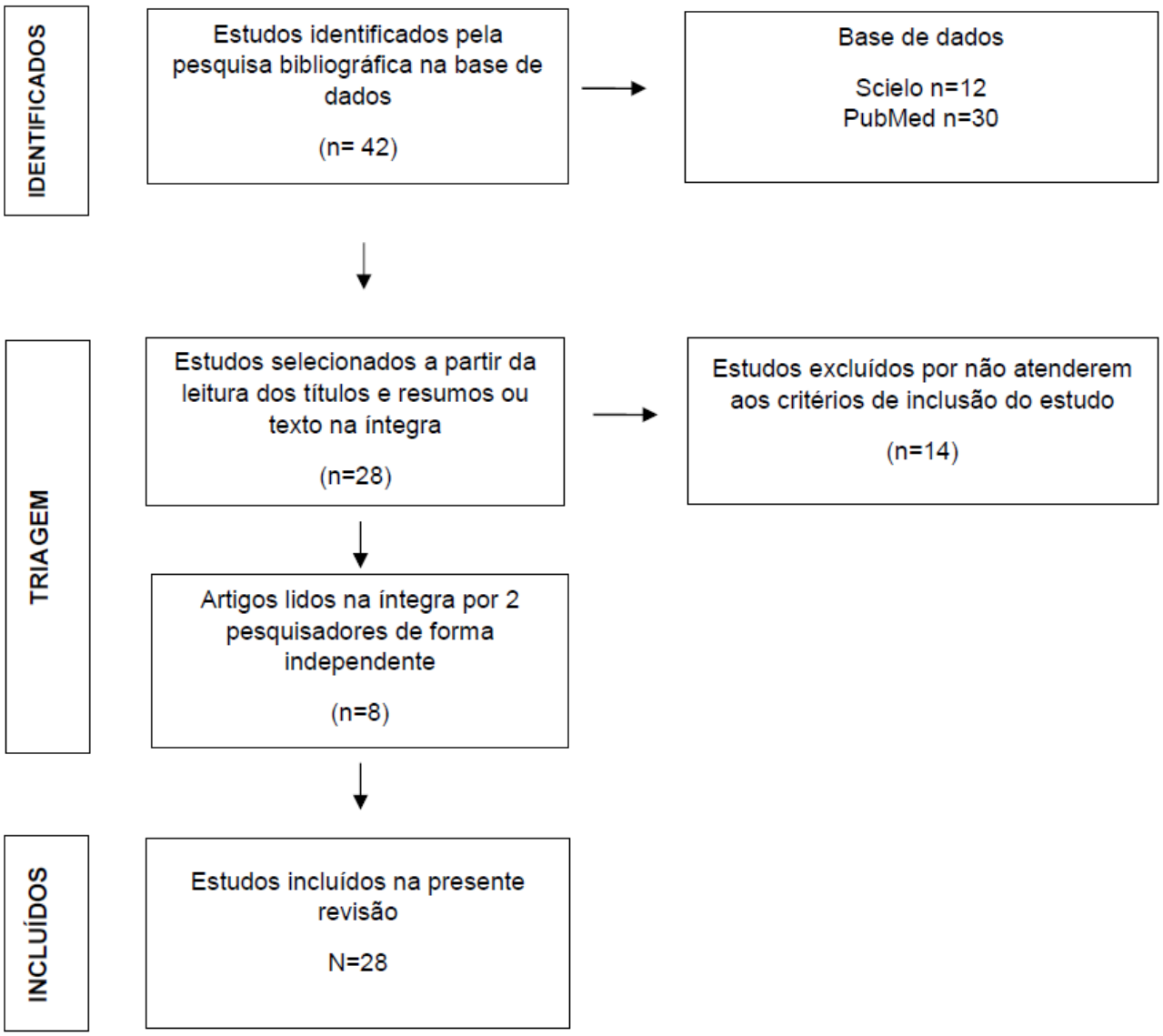
Foram incluídos os artigos completos que apresentaram duas palavras-chaves ou mais no título e/ou resumo, artigos em português e inglês publicados de dezembro de 2000 até novembro de 2021. Foram excluídos aqueles que não apresentaram os dados necessários e que demonstrassem serem inconclusivos em relação aos objetivos propostos para o estudo. Então aqueles que não estavam de acordo com os critérios e objetivos do estudo foram rejeitados.

Através das duas plataformas de busca, foram encontrados, 42 publicações (Scielo= 12, e PubMed =30), inicialmente foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos respectivos artigos.

Os trabalhos que estavam de acordo foram realizados a leitura na íntegra e levados para análise de dois revisores independentes. Após a análise das publicações, 28 artigos estavam de acordo com os critérios e objetivos da pesquisa e apresentaram informações que se mostraram úteis para os objetivos previstos no estudo.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram encontrados 42 artigos inicialmente, desses, apenas 4 estão realmente de acordo com o objetivo do artigo. A forma como foi realizada busca e seleção dos trabalhos está descrita na Figura 1. Os artigos selecionados para compor a revisão integrativa estão descritos na Tabela 1, com autor/ano, título, tipo de estudo, localização e amostra.



Caracterização dos artigos que verificam a confiabilidade dos smartwatches para monitorar a frequência cardíaca durante o exercício físico.

Autor (ano)	Título	Tipo de estudo	Localização	Amostra	Conclusão
Düking P, *et al*. (2020)	Wearables usados no pulso para monitorar a frequência cardíaca e o gasto de energia enquanto sentado ou realizando atividade física leve a vigorosa:	Estudo de Validação	Würzburg - Baviera	4 wearables diferentes e 25 indivíduos	O Apple Watch Series 4 e o Polar Vantagem V podem ser usados para medições válidas de FC nas intensidades testadas, enquanto a FC adquirida com

	estudo de validação				o Garmin Fenix 5 e Fitbit Versa deve ser interpretada com cautela devido às suas taxas de erro mais altas.
Silva, *et al*. (2017)	Precisão da medição da frequência cardíaca vestível do consumidor durante um período de 24 horas ecologicamente válido: estudo de validação intraindividual	Estudo de Validação	Eugene – Oregon	Um participante e 2 dispositivos portáteis de pulso populares	O Apple Watch 3 e o Fitbit Charge 2 forneceram uma precisão de frequência cardíaca aceitável (<±10%) ao longo de 24 horas e durante cada atividade.
Rasheed, *et al*. (2017)	Precisão de monitores de atividade no pulso durante atividades físicas diárias comuns e tipos de exercícios estruturados: estudo de avaliação	Estudo de Avaliação	Portland - Oregon	20 adultos e 2 dispositivos	Dois dispositivos comuns usados no pulso (Fitbit Charge 2 e Garmin vívosmart HR+) mostram boa precisão de FC.
Yun R, *et al*. (2018)	Precisão das medições do Apple Watch para frequência cardíaca e gasto de energia em pacientes com doença cardiovascular: estudo transversal	Estudo transversal	Lovaina - Flandres	Quarenta pacientes e um Apple Watch.	Em pacientes com doença cardiovascular, o Apple Watch mede a FC com precisão clinicamente aceitável durante o exercício

DISCUSSÃO

Os resultados proporcionados pelo estudo possibilitaram alcançar achados significativos em relação ao tema proposto, pois segundo defende a opinião de Rasheed (2017) o diagnóstico da frequência cardíaca realizado adequadamente pelos profissionais da área da educação física representa um fator

de extrema relevância para antecipar as transformações que podem incidir no comportamento e nas reações do corpo dos praticantes de atividades físicas, principalmente os que estão numa fase de iniciação.

Inclui-se como resultado da pesquisa de revisão integrativa a opinião defendida por Yun et al. (2018) quando procura mostrar que as ações de observações quando do momento das práticas de atividades físicas pelas pessoas pode proporcionar aos profissionais da área da educação física detectarem deficiências respiratórias decorrentes de problemas cardíacos, ou qualquer impedimento físico que possam a vir incapacitar para exercer atividades físicas mesmo considerando de média ou baixa intensidade como ocorre com os indivíduos em formação como os praticantes de exercícios físicos de rotinas.

O mesmo pensamento também é válido para os atletas de alto desempenho quando estão exercendo atividades físicas de treinamento cardiorespiratório ou de alto desempenho (DÜNKG et al 2020).

Assim o estudo proporcionou alcançar os resultados que comprovam a eficácia dos instrumentos responsáveis pela mensuração dos níveis de frequência cardíaca quando as pessoas estão envolvidas com o processo das práticas de atividades físicas de rotina mais segura e que possam proporcionar a estes praticantes um melhor desempenho para alcançarem maior qualidade de vida (SILVA et al 2017).

A eficácia médica proporcionada pelo instrumento tecnológico do wearables apresentou como foi mencionado no estudo um processo que leva a subestimação do relevante diagnóstico que envolve a mensuração da frequência cardíaca quando os valores foram agregados por atividade, neste sentido houve diversas observações dentro da pesquisa que se mostraram imprecisas por margens significativamente grandes, o que seria problemático em alguns contextos como nos ambientes da área médica. (TAMURA, 2014)

Com o aumento da demanda por estes instrumentos digitais de monitoramento da frequência cardíaca como o smartwacth o foco da pesquisa também mostrou que tem crescido a produção de estudos científicos que procuram levar o conhecimento dos usuários sobre a sua eficácia, para a comprovação desta hipótese é relevante buscar a literatura de Rasheed, et al. (2017) que procurou mostrar a precisão de 2 monitores de atividade comuns usados no pulso das pessoas para estimar frequência cardíaca durante uma variedade de atividades de estado não estacionário.

E esta mesma autoria também relatou que há 3 novas contribuições deste estudo. Primeiro, a precisão da frequência cardíaca nesses monitores de atividade em modos não testados anteriormente, por

exemplo, ADL (Activities Daily Living) e HIIT (Treino intervalo de alta intensidade) em segundo lugar, a precisão da frequência cardíaca medida por esses monitores de práticas esportivas é aceitável durante atividades de baixa e alta intensidade com movimento repetitivo do punho, mas que a precisão da frequência cardíaca é pior quando não há movimento repetitivo do punho e quando qualquer atividade está em alta intensidade, ou seja, ≥70% da capacidade aeróbica máxima (RASHEED, 2017).

É assegurado que durante as atividades que envolvem contrações musculares sustentadas ou exercícios de maior intensidade, o contato entre o sensor PPG – Poinst Per Game - o dispositivo e a pele é reduzido, levando a uma interrupção na qualidade do sinal e causando dados de baixa qualidade (PERIYASAMY, 2017).

Estudos cientificamente comprovados mostram que a frequência cardíaca, medida pelo Garmin, melhora significativamente quando o dispositivo está na configuração do modo de atividade. Como o algoritmo de medição de frequência cardíaca é proprietário da Garmin, não sabemos por que a precisão é pior quando o modo de atividade não é indicado. Parece que o relógio usa diferentes algoritmos de medição de FC dependendo do modo de atividade selecionado (KHAN, 2016).

Conforme defende o pensamento de Zhang (2015) para a frequência cardíaca, a acurácia, avaliada pelo desvio padrão da diferença, foi melhor no pico de intensidade do exercício e menor na intensidade moderada do exercício.

Diante destas considerações pode se relatar como achado do estudo a afirmação de que o coeficiente de correlação intraclasse pode ocorrer no pico de maior intensidade do exercício e menor na frequência cardíaca de repouso.

Considerando os gráficos de Bland-Altman e os gráficos de dispersão na mensuração das frequências cardíacas nos praticantes de atividades físicas mostram uma boa correlação das medidas de desempenho sem um erro sistemático. Erro percentual absoluto médio é maior em repouso sentado e menor em intensidade máxima (PUMPRLA, 2002)

A faixa erro percentual absoluto médio está entre 6,33% e 10,69%. Os resultados, portanto, mostram uma boa acurácia das medidas de frequência cardíaca pelo Apple Watch quando comparadas às medidas de ECG – Eletrocardiograma- padrão ouro quando testadas em pacientes com doença cardíacas já diagnosticadas (CHAN, 2012).

CONCLUSÃO

Considerando a utilização de smartwatch para monitorar a frequência cardíaca durante o exercício podemos perceber que é um recurso importante e muito utilizado, mas percebe-se que, a utilização de alguns smartwatchs como o Galaxy Watch Active 2 e o Apple Watch Series 6, são válidas para monitorar a frequência cardíaca, enquanto outros devem ser interpretados com segurança em relação a sua eficácia.

Pode se considerar como positivo a expressividade dos resultados apresentados pelo estudo que buscou mostrar como foco principal da pesquisa a eficiência de utilização de smartwcth que são instrumentos responsáveis pela mensuração da frequência cardíaca durante o período das práticas de atividades físicas de rotina pelas pessoas.

A pesquisa em questão não deve ser considerada uma obra literária e cientifica acabada, pela magnitude da subjetividade do estudo, sendo assim fica aberto para novas discussões sobre a importância da mensuração da frequência cardíaca que podem vir agregar valor a segurança e a qualidade de vida das pessoas que praticam atividades físicas de rotinas e que possam se precaver em relação ao comprometimento da sua saúde no futuro.

REFERENCIAS

ALIAN A. A. SHELLEY, K. H., Photo plethys mography. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, p. 395 – 406, 2014.

CAMARDA, S. et al. Comparação da Frequência Cardíaca Máxima Medida com as Fórmulas e Predição Propostas por Karvonen e Tanaka. Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2008. 311 – 314 p.

CHAN, Marie et al. Smart wearable systems: Current status and future challenges. Artificial intelligence in medicine, v. 56, n. 3, p. 137-156, 2012.

DÜKING P, Giessing L, Frenkel MO et al. Wrist-worn wearables for monitoring heart rate and energy expenditure while sitting or performing light-to-vigorous physical activity: validation study. JMIR MHealth UHealth, 2020 8:e16716

FORJAZ, C.L.M.; TINUCCI, T. A medida da pressão arterial no exercício. Revista Brasileira de Hipertensão, Ribeirão Preto, v.7, n.1, p.79-87, 2000.

GUYTON A. C. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2011. 1173p.

GUYTON, A.C. Tratado de Fisiologia Médica. 11. ed., Elsevier, 2006.

HALLIDAY, D.; RESNICK, R.; WALKER, J. Fundamentos de Física. LTC, 2012.

JUNIOR E. A. Real Time QRS Detection Based on Redundant Discrete Wavelet Transform. IEEE Latin América Transactions, v. 14, n. 4,p. 1662 – 1668, Abril, 2016.

JUNQUEIRA, L.C.U. & CARNEIRO, J. Histologia Básica. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 524p.

KHAN, Emroz et al A robust heart rate monitoring scheme using photoplethysmographic signals corrupted by intense motion artifacts. IEEE Transactions on Biomedical Engineering, v. 63, n. 3, p. 550-562, 2016.

LOMBARDI F. Chaos theory, heart rate variability, and arrhythmic mortality. Circulation 2000; 101:8-10.

MCARDLE, W. D. Fisiologia do Exercício: Nutrição, Energia e Desempenho Humano. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021. ISBN 29 9788527730167. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788527730167. Acesso em 03/06/2022.

PANDELO, H. R. M. IoT e Dispositivos Vestíveis Aplicados à Área da Saúde, Trabalho de conclusão de curso, Bacharelado Em Sistemas De Informação, Centro Universitário Eurípides De Marília - Fundação De Ensino “Eurípides Soares Da Rocha”, Marília, São Paulo, Brasil, 2016.

PERIYASAMY, Vijitha; PRAMANIK, Manojit; GHOSH, Prasanta Kumar. Review on Heart-Rate Estimation from Photoplethysmography and Accelerometer Signals During Physical Exercise. Journal of the Indian Institute of Science, v. 97, n. 3, p. 313-324, 2017.

PIMENTEL A S, Alves E S, Alvim R O, Nunes R T, Costa C M A, Lovisi J C M, Lima J R P. Polar S. Como Recurso Alternativo Ao Eletrocardiograma No Teste De Exercício De 4 Segundos. Arq Bras Cardiol 2010; 94(5):580-4. Acesso em 10/05/2022: http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000037

PORTELLA RB. Disfunção na regulação autonômica vagal cardíaca em pacientes com hipertireoidismo subclínico sem cardiopatia aparente dissertação. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

PUMPRLA J, Howorka K, Groves D, Chester M, Nolan J. Functional assessment of heart rate variability: physiological basis and practical applications. Int J Cardiol. 2002;84(1):1-14.

RASHEED, A. et al. A Wearable Autonomous Heart Rate Sensor Based on Piezoelectric- Charge-Gated Thin-Film Transistor for Continuous Multi-Point Monitoring. IEEE 39th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society EMBC, p. 3281 - 3284, 2017.

RAXWAL V, Shetler K, Morise A, Do D, Myers J, Atwood JE, et al. Simple Treadmill Score To Diagnose Coronary Disease. Chest 2001; 11(6):1933-40.

SANTOS, H. S., Coração. Biologianet. Disponível em: <biologianet.uol.co m.br/anatom iafisiologia-animal/coracao.htm> Acesso em: 04 nov. 2018.

SILVA, G. A., Medola, F. O., Rodrigues, S. T. “Smartwatch: Um Possível Dispositivo Eletrônico Vestível de Tecnologia Assistiva”, 16° Ergodesign – Congresso Internacional de Ergonomia e Usabilidade de Interfaces Humano Tecnológica, Santa Catarina, Brasil, 2017.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Internet. Arq Bras Cardiol. 2010. [Acesso em: 13 de Março de 2021] Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2007001500012&script=sci_arttext&tlng=pt – Acesso em: 12/05/2022

TAMURA, Toshiyo et al. Wearable photo plethys mographic sensors—past and present. Electronics, v. 3, n. 2, p. 282-302, 2014.

VERONEZ, D. A. L. Abordagem Morfofuncional do Sistema Cardiovascular. Ministério da Saúde/Universidade Tecnológica Federal do Paraná. 2012.

WHO Regional Office for Europe. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. Copenhagen: World Health Organization; 2016.

YUN, S. et al. Forecasting of heart rate variability using wrist-worn heart rate monitor based on Hidden Markov Model. IEEE International Conference on Electronics, Information, and Communication (ICEIC), p. 1 – 2, 2018.

ZHANG, Zhilin; PI, Zhouyue; LIU, Benyuan. TROIKA: A general framework for heart rate monitoring using wrist-type photoplethysmographic signals during intensive physical exercise. IEEE Transactions on Biomedical Engineering, v. 62, n. 2, p. 522-531, 2015.

Capítulo 28

10.37423/230207168

ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA COM PSICODERMATOSE: RELATO DE CASO

Thuthia Nogueira Fernandes — *Universidade Estadual do Rio de Janeiro*

Rosimere de Jesus Teixeira — *Universidade Estadual do Rio de Janeiro*

Resumo: O transtorno de escoriação (TE) é caracterizado pelo comportamento de arranhar, “cutucar”, cortar, escavar a pele. O TE é uma psicodermatose comum e de evolução crônica, podendo gerar graves complicações somáticas dermatológicas e psiquiátricas. Além disso, representa um grande desafio clínico por se correlacionar com duas áreas tão específicas da medicina, pela dificuldade diagnóstica e por apresentar poucas intervenções empiricamente validadas para o seu tratamento. Nosso objetivo é relatar um caso de Psicodermatose que foi avaliado e acompanhado através do método clínico centrado na pessoa (MCCP). Neste estudo, discutiremos o caso de uma adolescente de 16 anos que apresentou lesões de pele na região do rosto causada por escoriação repetitiva e compulsiva, além de alterações de humor e ansiedade. Foi inicialmente realizado tratamento efetivo para acne sem nenhuma melhora, mas apresentou resposta expressiva das lesões em face após prescrição de antidepressivo e anticonvulsivante. Concluímos que a abordagem inicial e o manejo clínico da psicodermatose deve ser de forma integral e centrado na pessoa, o que pode melhorar o seu prognóstico, adesão e a satisfação com o tratamento. Assim, propomos reflexões a fim de tentar entender o adoecimento como fenômeno complexo e subjetivo.

Palavras - Chave: transtorno de escoriação, psicodermatose, método clínico centrado na pessoa, medicina psicosomática.

1. INTRODUÇÃO

O transtorno de escoriação (TE) também conhecido por *skin picking*, escoriação neurótica, escoriação patológica, dermatotilexomania, acne escoriada (acne excoriée), ou escoriação psicogênica, é caracterizado pelo comportamento de arranhar, cutucar, cortar, escavar, realizar punção ou beliscar a pele normal ou com mínima irregularidade (BOLOGNIA, JORIZZO, RAPINI, 2012).

O TE é definido como escoriação repetitiva e compulsiva da pele que resulta em danos teciduais (CULLEN, SAMUELS, BIENVENUT, GRADOS, HOEHN- SARIC, HAHN, 2011). Apresenta como característica a produção de lesões autoinduzidas que são responsáveis pelo aparecimento de escoriações, erosões, crostas, cicatrizes na pele no local acometido (LOVATO, 2011). São focos das escoriações, além da pele saudável, pequenas irregularidades da pele e lesões preexistentes como: espinhas, calosidades ou cascas de lesões anteriores (APA, 2014). Também são focos das lesões às cicatrizes e mordidas de insetos (AZULAY, 2015). As partes do corpo mais comumente escoriadas são as de fácil acesso, principalmente o rosto, braços e mãos, mas podem ocorrer em qualquer outra região.

Estudos demostram que a prevalência da doença fica em torno de 1% a 5% na população geral. Como é intimamente relacionada a questões estéticas, a dermatologia é a especialidade médica que mais está em contato com os pacientes acometidos com essa doença (CULLEN, SAMUELS, BIENVENUT, GRADOS, HOEHN SARIC, HAHN, 2001). Por isso, o TE tem sido mais descrito e estudado na literatura dermatológica do que na psiquiátrica (LOVATO, 2011), mas também pode estar relacionado com diversas patologias psiquiátricas, principalmente associadas a sintomas de ansiedade (JORGE, 2011).

Essa psicodermatose é polimórfica e de evolução crônica, podendo gerar graves complicações tanto somáticas quanto psiquiátricas, representando um desafio aos médicos. Desse modo, a consulta deverá ser realizada de forma integrativa, utilizando o método clínico centrado na pessoa (MCCP) e não no processo centrado na doença. O que é um grande desafio diagnóstico, pois hoje, além do método clínico focar na doença, pode-se dizer que esse modelo é, em outros aspectos, também centrado no médico, ao lhe conferir papel de grande autoridade e poder. O médico desempenha papel ativo na consulta como entrevistador, colhendo as informações que ele julga necessárias, escolhendo o caminho que deve ser tomado para o raciocínio clínico e conduta terapêutica. (BALLASTER, ZUCCOLOTTO, GANNAM e ESCOBAR, 2010).

O MCCP ao se basear nas suas seis abordagens: fisiológica, comportamental, cognitiva, afetiva, sistêmica e ecológica, consegue nesse atendimento integrativo considerar o paciente como um todo. Há evidências de que o MCCP se relaciona a melhores desfechos clínicos (AZAMBUJA, 2000). Ao atender o paciente utilizando a dermatologia integrativa serão privilegiadas as dimensões do funcionamento humano, baseando-se nas seis abordagens descritas acima. Nessa consulta integrativa considera-se a pessoa como um todo, procurando-se atingir a excelência no relacionamento interpessoal médico/paciente (AZAMBUJA, 2000).

Essa psicodermatose requer um projeto terapêutico que envolve não somente a figura do médico, mas também de um psicólogo, através da Terapia Comportamental (TCC), mais especificamente a Terapia de Reversão de Hábito (TRH) (RICHARTZ, 2013, SAMBHI, 2010, SCHUCK, KEIJSERS, RINCK, 2011). Ou seja, a psicodermatose é estudada pelo ramo da dermatologia que estuda esta correlação direta nos distúrbios psiquiátricos e dermatológicos.

Considerando o destaque recebido pelo TE a partir da incorporação do diagnóstico ao DSM-V (APA, 2014); e a diversidade de denominações atribuídas ao ato de escoriar a pele dificulta a busca por material, então a consequente carência de literatura na área e de poucas intervenções empiricamente validadas para o transtorno, atualmente, não há tratamento padrão para a psicodermatose e os estudos acerca do tratamento do TE ainda têm sido escassos. O objetivo do presente artigo é descrever um caso clínico de uma paciente com uma psicodermatose, cujos os achados clínicos indicaramo diagnóstico de transtorno de escoriação, onde foi utilizado o MCCP na sua abordagem inicial e durante o acompanhamento longitudinal.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

a) Relatar a história clínica de uma paciente de 16 anos de idade portadora de TE.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Relatar a psicodermatose, seu tratamento e prognóstico.

b) Descrever a importância do MCCP na avaliação inicial e acompanhamento longitudinal dos caos de TE.

c) Correlacionar os transtornos psiquiátricos com a doença dermatológica.

d) Realizar uma revisão de literatura não sistemática que visa apresentar o TE, os fatores relacionados, as técnicas utilizadas para avaliação.

3. PESSOAS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de relato de caso, onde foi descrito o quadro clínico, evolução dos desfechos e a abordagem terapêutica de maneira prospectiva e utilizando o MCCP.

Os dados foram obtidos pelo pesquisador e a partir da coleta das informações do prontuário físico da paciente, posteriormente armazenados no computador do pesquisador utilizando um editor de texto (Microsoft Word) e fotos da evolução da paciente, devidamente autorizadas através da assinatura do termo de consentimento em anexo.

A partir da conduta adotada, propomos uma revisão literária não sistemática com base na coleta de dados de artigos científicos disponíveis em plataformas de pesquisa, tipo *PubMed*, *Scielo*, *UpToDate*, selecionados através de palavras-chave como: psicodermatose, transtorno de escoriação; escoriação neurótica, escoriação; hábito reversível; medicina psicossomática. Foram utilizados filtros de idioma (português, inglês e francês), data (a partir do ano de 2000 até 2021). Além disso foi utilizado buscas na literatura clássica, utilizando livros.

O extenso lapso temporal da coleta de artigos e livros foi devido a carência de literatura específica na área e poucas intervenções empiricamente validadas para o TE.

4. RELATO DE CASO

S.M.S.P, feminino, 16 anos, natural do Rio de Janeiro, solteira, estudante e sem religião. Comparece no dia 25 de abril de 2018 para primeira consulta na UBS em Duque de Caxias.

Na ocasião, paciente refere quadro de evolução contínua e progressiva de máculas e pápulas eritematosas, pruriginosas em região de face há dois meses e aspereza associado à pápulas eritematosas em região deltóide, estas últimas que pioram no período menstrual.

Relata procura de outros atendimentos médicos ao início do aparecimento do quadro, onde foi prescrito tratamento para acne, com uso tópico de Epiduo, sabonete Actine, porém após o uso da medicação apresentou piora das lesões e prurido, abandonando o tratamento. Nega febre, cefaleia, naúseas, vômitos, perda de peso e mal-estar. Nega uso de anticoncepcional oral e outras medicações.

Em relação aos seus antecedentes, relata somente diagnóstico de rinite alérgica e nega outras comorbidades. Mãe sem comorbidades e sem história familiar de acne e desconhece pai biológico. Menarca aos 12 anos, ciclo menstrual regular. Sem atividade sexual, sedentária, alimentação qualitativamente inadequada, presença fritura e *fast food* em excesso. Nega etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Ansiosa e com dificuldade no convívio escolar.

Ao exame físico observa-se presença de inúmeras máculas hipercrômicas, algumas pápulas eritematosas com sinais de escoriações, poucos comedões fechados, xerose cutânea em face e braços, ausência de hirsutismo. IMC dentro da normalidade, sem sinais e sintomas de síndrome metabólica.

Como conduta é adotada a suspensão do sabonete Epiduo e é prescrito Nutrel Balm, hidratante não comedogênico e calmante, para região do rosto e hidratante Nivea para os braços. Solicitado exames laboratoriais (hemograma, lipidograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, TSH). Agendado o retorno em 30 dias.

Paciente regressa apresentando um humor apático, com pele sem sinais de ressecamento, mas queixando-se de intenso prurido que piora quando se sente ansiosa. Apresenta exames laboratoriais dentro da normalidade. E segundo relato da mãe, a filha coça e manipula de forma ininterrupta e compulsiva a pele do rosto com as unhas causando lesões, como se o ato produzisse sensação de alívio. Ainda ao exame foi observado importante piora das lesões, como pode-se ver nas fotos 1, 2. Como tratamento é mantido o hidratante prescrito e foi iniciado uso oral de Hixizine® 25mg por 5 dias, Cloridrato de Sertralina 25mg de forma contínua e Predinisona 20mg por 5 dias para melhora das lesões da face. E encaminhada paciente a Psiquiatria e Psicoterapia, além de agendada nova consulta em 15 dias.

Paciente retorna com pequena melhora nas lesões, na ansiedade e negou consulta com a psicoterapia, relatando não ter encontrado nenhum profissional. Relata consulta de matriciamento com psiquiatra com prescrição de Topiramato 100mg/dia e Cloridrato de Sertralina 50mg/dia, tratamento iniciado há dois dias. Mantido o tratamento com Nutrel Balm e Nivea, prescrito na primeira consulta, e iniciado sabonete Puriance para controle da seborreia. Foi agendado nova consulta para 30 dias e reforçado a importância de marcar a psicoterapia, que no momento estava sem vaga para matriciamento na unidade.

Retorna com melhora significativa do humor, da ansiedade e das lesões do rosto, com relato de estar conseguindo ir à escola, sem sentir vergonha do rosto. Foi orientado uso de protetor solar com base

para melhora da autoestima, disfarçando as manchas cicatriciais e as lesões residuais. Foi agendada consulta para 60 dias.

Paciente retorna relatando que seu relacionamento na escola e sua autoestima melhoraram em torno de 80% e sua mãe também confirma este fato. Foi mantido o antidepressivo e anticonvulsivante, para melhora do humor e da compulsão, além da hidratação cutânea, sabonete suave para controle de oleosidade e protetor solar com base. Ao exame físico, observou-se expressiva melhora das lesões em face, sem nenhum tratamento efetivo para acne, como pode-se ver na foto 3.

Paciente retorna em fevereiro de 2019, com relato de ter suspendido por conta própria as medicações prescritas e relata período de estresse familiar. Até o momento, não agendou consulta de psicoterapia, ao ser questionada, mãe relata que financeiramente não estava podendo arcar com o custo das consultas. Ao exame físico, são observados sinais de lesões no rosto por escoriações com máculas hipercrômicas, pápulas eritematosas e ausência de comedões. Foi observado piora das lesões após período sem medicação, como pode-se ver na foto 4.

Foi reiniciada a medicação psiquiátrica, orientada sobre a necessidade da continuidade do tratamento, encaminhada para seguimento na psiquiatria e reforçada a necessidade de acompanhamento com a psicologia. Remarcada nova consulta médica em 30 dias e colocada a paciente na fila de espera para atendimento pela psicóloga. Paciente retorna, relatando uso regular da medicação, dos cuidados tópicos e melhora do humor, com planos de fazer cursos, desejando liberação para realizar tatuagem e desejando encaminhamento para nutricionista para controle de peso e mudança de hábitos alimentares. Ao exame físico, observa-se apenas lesões residuais em face, como pode-se observar na foto 5 e 6.

Atualmente, a paciente segue em consulta regular, ainda em uso das medicações prescritas, com manutenção do controle das lesões cutâneas, somente com poucas lesões residuais, que não causam mais impacto estético para a paciente e que a mesma relaciona com pequenos momentos de maior ansiedade. Relata que foi chamada para consulta de matriciamento com psicóloga e segue aguardando ser regulada para um profissional de psicologia.

5. DISCUSSÃO

O TE é definido como escoriação repetitiva e compulsiva da pele que resulta em danos teciduais (CULLEN, SAMUELS, BIENVENUT, GRADOS, HOEHN- SARIC, HAHN, 2011). Apresenta como característica a produção de lesões autoinduzidas que são responsáveis pelo aparecimento de

escoriações, erosões, crostas, cicatrizes na peleno local acometido (LOVATO, 2011). Porém essa terminologia ainda hoje não está consolidada, permanecendo ausente dos indexadores, como MeSH (NIH e MEDLINE, EUA) ou DeCS (BIREME, Brasil), pois alguns autores preferem termos como dermatologia psicossomática ou medicina psicocutânea (AZULAY,2015).

Esta psicodermatose é de difícil diagnóstico, pois há necessidade de uma avaliação não só dermatológica, mas integrativa, observando o paciente como um todo e não somente a lesão de pele. Além da necessidade da ampla visão clínica e não somente dermatológica, tendo em vista que pode estar relacionado com diversas patologias psiquiátricas (JORGE, 2011). Mas também várias outras doenças podem desencadear alterações cutâneas e devem ser excluídas, tais como o diabetes, doenças hepáticas, lúpus sistêmico, entre outros (CEPPI 5 e BENVENUT, 2011)

Por se tratar de uma patologia que correlaciona duas áreas tão específicas da medicina e se apresentar com lesões que podem ser polimórficas e de evolução lenta e crônica, podendo gerar graves complicações secundárias, as psicodermatoses representam um grande desafio aos médicos.

No caso em estudo isso é evidenciado no número de consultas que a paciente foi até conseguir chegar ao diagnóstico correto. Todos da mesma especialidade: dermatologistas, o que corrobora com os estudos, que é a especialidade como a mais procurada pelos pacientes acometidos pela doença (CULLEN, SAMUELS, BIENVENUT, GRADOS, HOEHN SARIC, HAHN, 2001). Desse modo, a consulta médica deve se basear no modelo MCCP. (AZAMBUJA, 2000) .

O MCCP, apesar ter sido fundamentado teoricamente com Rogers - psicólogo norte-americano, precursor da Psicologia Humanista, que apresentou a Teoria da Piscoterapia Não-Diretiva, desenvolvendo uma abordagem “Terapia Centrada no Cliente” - e Tournier – médico, com estreita relação calvinista, autor de “Medicina da Pessoa” que apresentou os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais das pessoas como fatores determinantes na análise clínica -, em 1940, teve seu ápice através do brilhante trabalho do psiquiatra Michael Balint, na década de 1970, criando uma mudança de paradigma na área médica, por meio do uso pioneiro da expressão “medicina centrada no paciente; ao invés de na doença”. (CASTRO, 2015)

Balint focou seu estudo na exaltação da singularidade e a dignidade do indivíduo que deixa de ser objeto para se tornar sujeito/agente. Reforça, ainda, o papel da escuta na relação médico-paciente contra o esvaziamento do “conluio do anonimato” que se consagrou ao longo do tempo, onde nada mais importava além da técnica científica cartesiana aplicada à clinica, sem que os agentes precisem interagir genuinamente. (CASTRO, 2015)

Tendo, em acréscimo às obras publicadas, fundado, em 1947, o "Grupo de Pesquisa em Medicina da Pessoa" este autor marca profundamente os futuros estudos acerca da MCCP – principalmente quando falamos das "Conferências em Medicina Centrada na Pessoa"; na "Rede Internacional de Medicina Centrada na Pessoa" (RIMCP), que, em 2011, se tornou o "Colégio Internacional de Medicina Centrada na Pessoa". (CASTRO, 2015)

Apesar de diversos outros autores de extrema relevância como, por exemplo: Stevens (1974), Wright e MacAdam (1979), Stott e Davis (1979), Pendleton, Schofield, Tate e Havelock (1984), Stewart e Roter (1989), Tate (1994), Kurtz e Silverman (1996), Kurtz, Silverman e Draper (1998), ou autores mais "recentes" como Stewart et al. (2003), Neighbour (2004) ou Cohen-Cole (1991), para fins de recorte teórico iremos focar na obra de Byrne e Long (1976) que nos traz importantes conceitos acerca da abordagem do MCCP na MFC. (CASTRO, 2015)

Estes dois médicos generalistas ingleses realizaram uma vasta pesquisa com base na análise de duas mil consultas seguindo os seguintes e identificaram seis fases relevantes do atendimento clínico, quais sejam:

> "(...) 1) o médico estabelece uma relação com o paciente; 2) o médico tenta descobrir a(s) razão(ões) para o atendimento do pacientes, 3) o médico realiza um exame verbal ou físico ou ambos, 4) o médico e/ou o paciente consideram a condição, 5) o médico e o paciente concorda e decidem pelo tratamento ou pela investigação, se necessário e 6) a consulta é encerrada (geralmente pelo médico)." (CASTRO, 2015)

Nessa abordagem as consultas disfuncionais tinham como característica a falha na segunda e/ou quarta fase. Além disso, eles analisaram o comportamento das consultas observando dois extremos: informações fechadas e o aconselhamento não-diretivo, onde em um o médico domina a consulta e no outro o paciente, não havendo a interação necessária requerida pelo MCCP. (CASTRO, 2015)

Por conseguinte, com as discursões acadêmicas, tais etapas clínicas - fisiológica, comportamental, cognitiva, afetiva, sistêmica e ecológica – foram ganhando corpo e força na abordagem MCCP e cada vez ganham mais espaço na MFC consolidado práticas médicas mais humanizadas. (CASTRO, 2015)

Como a constante renovação da literatura, com destaque para os autores mais contemporâneos como Ian Mcwhinney, Moira Stewart e Joseph Levenstein, vemos que esses seis componentes foram condensados em quatro, a saber:

> "(...) a) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; b) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); c) encontrando um terreno comum; d) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico". (BARBOSA, 2016)

Para entendermos melhor a aplicação desses componentes, na obra "Patient centered medicine: transforming the clinical method", 2015, de Stewart et al., ressalta-se a importância de abordá-los nas consultas em conformidade com três aspectos: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas. Quatro componentes interativos do processo de atendimento. (BARBOSA, 2016)

Logo, o MCCP pode ser definido por um conjunto de técnicas e ferramentas humanizadas utilizadas na relação médico-paciente, onde ambos os agentes tem função ativa em busca de um objetivo comum, de forma objetiva e eficiente. O MCCP pode ser enriquecido por diversos profissionais, beneficiando muitas pessoas e a sociedade como um todo, pois trata de uma medicina integrativa e de ação colaborativa, uma vez que envolve diversas habilidades especializadas de profissionais de inúmeras áreas da saúde (equipe multifuncional) e também da participação ativa do indivíduo em análise clínica. (AZAMBUJA, 2000).

Assim o MCCP consegue nesse atendimento integrativo considerar o paciente como um todo, uma vez que o ser humano, em sua unicidade, desregula-se ou se autorregula, por influência de aspectos fisiológicos, psíquicos, em sua maneira particular de lidar com a vida, em questões pessoais, familiares, profissionais, sociais, ecológicas, espirituais. Proporcionando melhores desfechos clínicos no que diz respeito ao diagnóstico correto, satisfação do paciente, sentimento de gratificação do médico, mais adesão ao tratamento e melhora da condição global de saúde. (AZAMBUJA, 2000).

Este método privilegia as dimensões do funcionamento humano, e não só a queixa apresentada. Nesse atendimento integrativo procura-se atingir a excelência no relacionamento interpessoal médico/paciente, fazendo com que o paciente se sinta à vontade e desse modo relate ou demonstre sinais que possivelmente não seriam expostos pela ausência de confiança ao atendimento e também o médico chegue ao diagnóstico mais fidedigno (STEWART, 2017).

A consulta médica quando baseada no MCCP, consegue durante o atendimento integrativo considerar o paciente como um todo o que não acontece quando utilizamos o método tradicional, biomédico e mais amplamente utilizado na prática clínica que é o centrado na queixa/doença. A queixa trazida pela nossa paciente, não se relaciona diretamente com um quadro psiquiátrico, foi somente dermatológica, mas quando questionado a história pessoal, psicológica e social da paciente, nos é revelado uma paciente ansiosa, com dificuldade de dormir e com problemas em ir à escola. E somente desse modo foi possível obter informações cruciais ao diagnóstico correto, mas que o paciente no momento da

queixa julgou não ser relevante. Entretanto, durante o acompanhamento longitudinal e contínuo foi ficando claro o impacto desses fatores relacionados para o desencadeamento do TE.

Os episódios do TE geralmente são precedidos de situações de tensão, ansiedade e estresse, que desencadeiam o ato compulsivo de escoriar a pele (BRANDÃO, CASSETARI, DAROZ, FERNANDES e SILVA, 2011, CEPPI e BENVENUT, 2011); e os pacientes acometidos apresentam diminuição do controle do impulso sob o comportamento, pois o ato produz sensação de alívio e prazer, que pode ser seguida de arrependimento ou não.

Na segunda consulta a mãe da paciente revela ver a filha, quando em crises ansiosas, coçar de forma ininterrupta e compulsiva a pele do rosto com as unhas causando lesões, como se o ato produzisse sensação de alívio. Se encaixando perfeitamente com o conceito do TE (CULLEN, SAMUELS, BIENVENUT, GRADOS, HOEHN SARIC, HAHN, 2011). E a associação do transtorno com a patologia psiquiátrica se dá quando este está incluído no DSM-V, correlacionado com doenças como o TOC, o Transtorno Dismórfico Corporal, o Transtorno Depressivo Maior e principalmente associado a sintomas de ansiedade (JORGE, 2011).

Outro fator importante de agravamento da dificuldade de diagnóstico é o local onde as lesões são provocadas. Normalmente as lesões da TE são produzidas nos braços, nas pernas, nas costas, no couro cabeludo, no tórax, no abdome e na face. No caso, as lesões eram na face, onde são de mais difícil diagnóstico, pois são rotineiramente confundidas com outro distúrbio que é a lesão da acne (CEPPI e BENVENUT, 2011; CULLEN, SAMUELS, BIENVENUT, GRADOS, HOEHN SARIC, HAHN, 2001; LOVATO, 2011), que seria a primeira hipótese diagnóstica nesta faixa etária, como foi confundido em outras consultas médicas. Evidenciando mais uma vez que seja reforçada a importância da prática da MCCP.

O prognóstico da doença é bom, com possibilidade de reversão completa do quadro. Embora ainda não tenha um tratamento padrão definido, é citado o uso de Inibidores da Recaptação da Serotonina (IRSS), principalmente a sertralina, por vezes, combinado com o Topiramato e a psicoterapia, através da TCC, especificamente a TRH (SAMBHI, 2010, SCHUCK, KEIJSERS, RINCK, 2011). A TRH consiste em uma terapia comportamental que tem como escopo diminuir a frequência dos hábitos, no caso, de lesar a própria pele, como uma forma de treinamento de conscientização, com apoio social e mudanças no ambiente, buscando diminuir a probabilidade de recorrência do quadro (RICHARTZ, 2013).

Neste caso, inicialmente prescrevemos o cloridrato de sertralina 25mg, que posteriormente foi reajustado a dose para 50mg e associado o topiramato 100mg na consulta com a psiquiatra. Assim

como os estudos demonstraram, a escolha desse conjunto terapêutico têm mostrado os melhores resultados para essa doença (SAMBHI, 2010, SCHUCK, KEIJSERS, RINCK, 2011). Pode-se observar, já nas consultas de retorno, tanto nas imagens, quanto no relato da mãe, além de significativa melhora do quadro dermatológico, a melhora no humor e também melhora nas relações sociais.

A melhora dos sintomas costuma ocorrer após um mês do início do uso da medicação e terapia, que pode progredir com melhora por seis semanas ou mais, porém seu efeito pode ser diminuído com a descontinuidade do tratamento (BLOCH, ELLIOT, THOMPSON, KORAN, 2001). O que também foi observado no caso, pois quando a paciente abandonou o tratamento medicamentoso oral, as lesões cutâneas começaram a reaparecer.

No caso em tela a paciente não havia procurado a TRH, fez uso somente da medicação oral. Talvez se tivesse aderido a mais esse recurso terapêutico, não tivesse abandonado o tratamento medicamentoso, por entender melhor o seu processo de adoecimento e aprender a lidar com seu diagnóstico. Pois a TRH como terapia comportamental tem como escopo treinamento de conscientização, com apoio social e mudanças no ambiente, buscando diminuir a probabilidade de recorrência do quadro de TE (RICHARTZ, 2013). Esse é um viés que poderia tonar diferente o desfecho do quadro e do estudo em questão.

6. CONCLUSÃO

Devido às suas diversas características psiquiátricas, a carência de literatura na área e de poucas intervenções empiricamente validadas para o transtorno, a psicodermatose representa um desafio para os médicos, principalmente aos que têm como foco a medicina centrada na doença e não na pessoa.

Dessa forma expomos a psicodermatose, para que possa ser incluído no diagnóstico diferencial de manifestações cutâneas, o que pode auxiliar na detecção de transtornos psiquiátricos associados. O prognóstico costuma ser bom, com possibilidade de reversão completa do quadro. Embora, ainda não tenha um tratamento padrão, sabe-seque o manejo da depressão e ansiedade é de suma importância para evolução da doença.

Enfatizamos que o uso de MCCP nestes casos pode melhorar a qualidade de vida do paciente e seu prognóstico, podendo num diagnóstico acertado aumentar as chances de controle, adesão e até mesmo da cura e/ou do controle satisfatório do transtorno tanto dermatológico como psiquiátrico.

E destaca-se a necessidade de um trabalho interdisciplinar objetivando diagnóstico e tratamento, bem como a condução de pesquisas que verifiquem a eficácia de protocolos de intervenção na TCC para o TE e a adaptação, validação e normatização de escalas internacionais que mensurem o transtorno para a população brasileira.

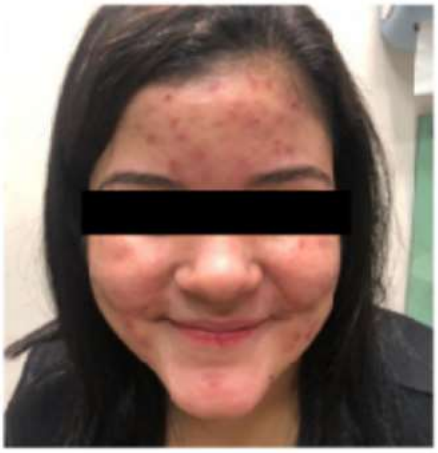


Foto 3 - Quarta consulta

Foto 4 - Quinta consulta

Foto 5 - Sexta consulta

Foto 6 - Sexta consulta

Foto 1 - Segunda consulta

Foto 2 - Segunda consulta

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatry Association (APA, 2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2014.

AZAMBUJA, D. Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto. Anais brasileiros de dermatologia, Rio de Janeiro, 2000.

AZULAY, D. R., D., A. R., e AZULAY, L. A. Dermatologia. 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2015.

BALLASTER, D.; ZUCCOLOTTO, S.M.C.; GANNAM, A.S.A., ESCOBAR,A.M.U. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação domédico. Rev Bras Educ Med. 2010.

BARBOSA, Mírian Santana et. al. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. Revista Médica de

Minas Gerais; n.26.(Suppl.8):S216-S222, Dez, 2016. Disponível em:

< http://rmmg.org/artigo/detalhes/2152 >Acesso em: 23 mar. 2022.

BLOCH, M.R., ELLIOT, M., THOMPSON, H., KORAN, L.M. Fluoxetine in Pathologic Skin-Picking: Open-Label and Double-Blind Results.Psychosomatics. 2001.

BOLOGNIA, J. L., JORIZZO, J. L.,RAPINI, R.P. Dermatologia. Rio de Janeiro. Tradução 2ª ed. Elsevier. 2012.

BRANDÃO, A.S., CASSETARI, B.M., DAROZ, R., FERNANDES, V.,SILVA, A.T.B. Transtorno dismórfico corporal: uma revisão de literatura. Temas psicol. 2011.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de. A abordagem médica centrada na pessoa no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo. Abr. 2015, 219 f. Tese (Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia).

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/127399/000973690.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CEPPI, B.; BENVENUT, M. Análise Funcional do Comportamento Autolesivo. Rev.Psiquiatr. Clin. 2011

CULLEN, B.A, SAMUELS, J.F., BIENVENUT, O.J., GRADOS, M.,

HOEHN-SARIC, R., HAHN, J. The relationship of Pathologic Skin Picking to Obsessive-Compulsive Disorder. J Nerv Ment Dis. 2001.

FITZPATRICK, J.E., AELING, J.L. Segredos em dermatologia. Porto Alegre: Artmed, 2000.

FREEMAN, T.R. Manual de Medicina de Família e Comunidade de MC WHINNEY.4ª ed. Artmed. 2019.

GUZMAN, C.S., FILOMENSKY, T., TAVARES, H. Compulsive buying treatment with topiramate, a case report. Rev Bras Psiquiatr. 2007.

HLAL, H., BARRIMI, M.. KETTANI, N., RAMMOUZ, I., ALOUANEA, R. Trouble factice et dermatillomanie: approche clinique. À propos d'un cas. L ´Encephale. 2014.

JORGE, M.R. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais texto revisado(DSM - IV - TR). 4ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

LOVATO, L.M. Skin picking disorder e Tricotilomania em adultos portadores de Transtorno Obsessivo Compulsivo. Porto Alegre. 2011.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde 3ª ed. Brasília; 2010

RICHARTZ, M. Comportamentos autolesivos da pele e seus anexos: definição,avaliação comportamental e intervenção. Londrina. 2013.

ROCHA, T. N. O atendimento dermatológico integrativo: uma contextualização do atendimento médico sob a ótica integrativa. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro , 2003.

SAMBHI, R., LEPPING, P. Psychiatric treatments in dermatology: an update. Clin ExpDermatol. 2010.

SCHUCK, K., KEIJSERS, G., RINCK, M. The effects of brief cognitivebehaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control. Behav Res Ther. 2011.

SNORRASON, I., SMARI, J., OLAFSSON, R.P. Emotion regulation in pathological skin picking: findings from a non-treatment seeking sample. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2010.

STEWART, M. Medicina Centrada na Pessoa - Transformando o Método Clínico. 3ªed., Artmed, 2017.

TUCKER, B.T., WOODS, D.W., FLESSENER, C.A, FRANKLIN, S.A., FRANKLIN,

M.E. The Skin Picking Impact Project: Phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. J Anxiety Disord. 2011.

TWOHIG, M.P., HAYES, S.C., MASUDA, A. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. Behav Res The. 2006.

Capítulo 29

10.37423/230207175

PERFIL DOS USUARIOS DE SUPLEMENTAÇÃO EM ACADEMIASDA CIDADEMONTES CLAROS/MG

Danlúcio Aparecido Neves — *Acadêmico de Farmácia das Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE*

Rita de Cassia alves da Conceição — *Acadêmico de Farmácia das Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE*

Mércia Otaviana Barbosa de Sá — *Mestra em educação em ciências e Matemática, Professora da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVE*

Wesley Dos Reis Mesquita — *Fisioterapeuta, Mestre, Professor da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT.*

Hugo Leonardo de Magalhães — *Fisioterapeuta, Mestre pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM*

João Vitor Nunes Lopes — *Fisioterapeuta, Mestre, Professor da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT.*

Joice Vicencia da Silveira Araújo — *Fisioterapeuta, Mestranda da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM*

Elen Lorena Lopes Silva Roque — *Psicóloga, Professora da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT.*

Carla Taynah Nascimento e Silva — *Fisioterapeuta, Mestranda da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM*

Vinícius Dias Rodrigues — *Mestre em Ciências da Saúde pela UNIMONTES. Professor do centro de pesquisa da - FUNORTE.*

Resumo: O presente estudo objetiva acerca da percepção do uso indiscriminado de esteróides anabolizantes, por praticantes de musculação em academias da cidade de Montes Claros/MG. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal foi realizado com 100 frequentadores de quatro academias de ginátisca na cidade de Montes Claros/MG, cidade. O estudo foi realizado por meio de um questionário semiestruturando. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 43623314.7.0000.5141. Para a elaboração da estatística foram utilizada analise descritiva através do programa SPSS 16.0. Responderam dos 100 questionários 99 indivíduo em quatro academias de ginástica na cidade de Montes Claros/MG. Observou-se nos resultados do estudo com relação a maior parte 71,7% do sexo masculino e 28,3% do sexo feminino. Quanto a escolaridade foi verificado que 85,9 (n =85) dos indivíduos já concluíram o ensino superior, o restante 13,1% (n=13), dos dados coletados já tinha concluíram o ensino fundamental e apenas1% (n=1) o ensino médio. Com relação a renda dos usuários dessas academias ganha mais de 7 salários mínimos, caracteizado esses usuários de grande pode aquisitivo, em seguinda 39,4 (n=39), 28,3% ganha de 5 a 6 salários mínimos, 29,3 (n=29) de 2 a 4 salários mínimos e apenas 3% (n=3) ganha um salário mínimo.Com referência a indicação dos suplementos nutricionais 17,2% (n=17) quem fez a indicação foi o nutricionista, 4% (n=4) um pequeno percentual foi o educador físico 6,1 (n=6) corresponde o total de indicação feita pelo médico e o maior percentual da amostra correspondendo no total 72,2 (n=72) respondeu que seguiram recomendações de outros(amigos e conhecidos). A prevalência do tipo de suplemento alimentares mais consumido foram os próteicos correspondendo 74,7 (n=74), seguindo da creatina 11,1 (n=11),emagrecedores 6,1 (n=6), enegético 5,1% (n=5), carboidratos 2% (n=2) e vitaminicos1(n=1). É imoporetate salientar que os dados refletem o universo estudado, porem é importante novos estudos para preencher as lacunas desse estudo e contribuir com a temática aqui estudada.

Palavras-chave: Suplementos alimentares; Academia.

INTRODUÇÃO

O projeto aqui descrito se fundamenta no planejamento de uma pesquisa que pretende avaliar como está o consumo de suplementos e anabolizantes entre freqüentadores de academias que almejam aumentar a massa muscular em um pequeno período de tempo bem como fatores psicológicos associados ao consumo de esteróides. Ao longo da história da humanidade o homem sempre buscou substâncias que melhoram o desempenho físico é antiga e remonta. Há relatos que os gregos usavam uma substância composta por cogumelos alucinógenos; já em Roma, na Itália, os gladiadores do Coliseu usavam estimulantes naturais; e os índios da América do Sul mascavam folha de coca como estimulante natural. Os antigos povos primitivos relacionavam a força e o poder com os órgãos masculinos e muitos chegavam a comer órgãos de animais e até mesmo de seres humanos, com o intuito de aumentar o vigor físico. Os medievais também usaram esse método (SANTOS 2007).

Cerca de 80% dos usuários de anabolizantes são homens, segundo a Sociedade Brasileira de Medicina e Esportes, com idade entre 16 e 30 anos, com alto poder aquisitivo, sendo que 70% têm o ensino superior completo. Segundo esses dados o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), os principais medicamentos à base dessas drogas comercializadas são: Androxon, Durateston, Deca-Durabolin. Além destes medicamentos existem dezenas de outros produtos que entram ilegalmente no país e são vendidos em academias e farmácias. Esta realidade torna-se ainda mais dramática pelo fato de existirem cerca de 200 substâncias que podem ser utilizadas como esteróides. A maioria dessas substâncias é utilizada com princípio ativo de medicamentos. De acordo com Lérida Vieira, Diretora Secretária-Geral do Conselho Federal de Farmácia, muitos jovens estão adquirindo esses medicamentos como se fossem para tratamento de alguma doença, quando na verdade o objetivo é consumir anabolizantes (VIEIRA, 2009)

Segundo (Kindlundh*et al.,*1999) os esteróides anabólicos androgênicos (EAAs) do inglês *AnabolicAndrogenicSterois* (AASs). São derivados sintéticos do hormônio masculino testosterona, com propriedades androgênicas anabólicas. O principal objetivo do anabolizante e permitir o organismo trabalhar rapidamente, proporcionando resultados quase mágicos, e recompensando imediatamente o suor despendido na malhação. Segundo os autores os indivíduos que utilizam visam especialmente o aumento da massa muscular, com o objetivo de obter melhor desempenho nos esportes e aparência.

De acordo com Santos (2007) os primeiros relatos da história com experiências com anabolizantes aconteceram em 1849, e foi realizado por um cientista alemão chamado Arnold Adolph Berthold, que fazia experiências simples em pássaros. Ele observou que as mudanças ocorridas nas penas dos pássaros quando eles eram castrados, poderiam ser prevenidas se os testículos removidos fossem transplantados para a cavidade abdominal. Em 1889 o fisiologista francês Chales Edouard Brown-Séquard relatou atraso no seu processo de envelhecimento depois de uma série de experiências com cães e de se automedicar com uma aplicação de um extrato testicular. Depois dos relatos de Brown-Séquard sobre o efeito retardador do envelhecimento que teve, surgiu o interesse de pesquisadores em estudar a substancia que operava milagre ao corpo, até que sua elaboração sintética foi concluída (SANTOS 2007).

No ano de 1935 a testosterona foi sintetizada na forma isolada e cristalina pelas empresas farmacêuticas Schering Corporation com o de Butnandt e Hanish, pela Ciba de Berlim de LepoldRuzicka e A Wettstein e por último pelo grupo Laqueur com sua equipe e o cientista David (SANTOS 2007).

Os esteróides anabolizantes foi muito utilizado na segunda guerra tinha duas finalidade aumentar a agressividade das tropas alemãs e também recuperar o nível positivo de nitrogênio em pessoas que teriam sido obrigadas há ficarem muitos dias sem se alimentar (SILVA; DANIELSKI; CZELEWSKI, 2002).

E importante destacar que o forte consumo de anabolizantes tem características com a contemporaneidade sobre a visão de um corpo perfeito, associado às possibilidades de mudanças estéticas oferecidas pelos anabolizantes, provavelmente, figuram entre as principais motivações dos usuários em assumir os riscos de seu uso, em detrimento a própria saúde. Sem levar em conta que os esteróides anabolizantes pode causar no organismo várias reações adversas, dependendo da predisposição genética que cada usuário terá para desenvolver determinados efeitos colaterais (FIRMINO; SILVA; SANTOS, 2012).

Os esteróides anabolizantes são substâncias consideradas construtoras de músculos que apresenta efeitos semelhantes aos da testosterona (LAMB, 1996). Os usuários dessas substâncias não levam em conta os efeitos colaterais associados com o uso, em homens são: atrofia do tecido testicular, causado infertilidade e impotência, tumores de próstata, ginecomastia, devido à maior quantidade de hormônio androgênico convertido a estrogênio, pela ação da aromatase; dificuldade ou dor para urinar e hipertrofia prostática. Enquanto em mulheres são: manifestação da masculinizarão, evidenciada pelo engrossamento da voz e crescimento de pêlos no corpo no padrão de distribuição masculino; irregularidade menstrual e aumento do clitóris (CUNHA et al.m 2004).

Além dessas alterações existem outras que também podem se manifestar e que são comuns a ambos os sexos. São elas; calvície; aparecimento de erupções acneicas; fechamento epifisário prematuro; aumento da libido; ruptura de tendão, devido ao aumento exagerado da massa muscular sem equivalente desenvolvimento do tecido tendinoso; alteração no metabolismo lipídico, aumentando os níveis de LDL (lipoproteína de baixa densidade) e diminuindo os de HDL (lipoproteína de alta densidade) (CUNHA et al., 2004).

Também esta associado como o consumo de longa duração de esteroides os efeitos relacionados com abstinência destas substancias no corpo. Onde que sujeito sofre com algum tipo de mudança no comportamento como variação de humor, agressividade e raiva incontrolável, podendo levar o sujeito a atos de violência, suicídios e homicídios, são fatores relacionados com a freqüência e volume das dosagens consumidas pelos usuários de esteróides. Provocando nesse grupo transtorno de humor, na forma de agir com agressividade, nos momentos de raiva repentina, resultando perda de amizades e desligamento dos laços familiares (POPE E KATZ, 1994).

Esta realidade torna-se ainda mais dramática pelo fato de existirem cerca de 200 substâncias que podem se utilizadas como esteróides. A maioria dessas substâncias é utilizada como princípio ativo de medicamentos (VIEIRA, 2009).

O objetivo do presente estudo foi verificar o perfil dos usuarios de suplementação e anabolizantes em academias da cidade de Montes Claros localizada no estado de Minas Gerais.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal foi realizado com 100 frequentadores de quatro academias de ginátisca na cidade de Montes Claros/MG, cidade.

Foram incluídas no estudo aquelas os praticantes de musculção maiores de 18 anos, c matriculados a quatro meses, e com termo de consetimento livre esclarecido devidamente assinado. Excluiu-se do estudo os frequentadores que não assinaram o termo de consetimento livre esclarecido e menores de 18 anos.

O estudo foi realizado por meio de um questionário semi-estruturando das autoras Nayma Carla Pinheiro de Macêdo e Pâmela suelem Aguiar figueiró autoras do artigo “O uso de anabolizantes esteróides em academias de ginástica (Belém e Ananindeua)” com questões abertas e fechadas. As variáves com referencia ao uso de suplementos e anabolizantes ce O mesmo é composto em quase sua totalidade por questões fechadas e diretas. As variáveis foram: idade, sexo, escolaridade,

frequência das atividades, quem indicou o suplemento, se obteve resultados, qual a base do suplemento que utilizou, .

Antes do início das atividades, solicitou-se as autorizações para a aplicação da pesquisa em uma rede de academias. A coleta de dados foi feita em quartos academias filiais Cada uma delas foi visitada em um dia da semana nos três turnos (manhã, tarde e noite) e o questionário foi distribuído dentro de um envelope pardo, a todos os adultos presentes.

Foram sempre tomados em conta, ao longo de todo o estudo, os aspectos éticos para pesquisa em seres humanos, preservando a privacidade dos sujeitos, conforme Resolução 466/2012. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 43623314.7.0000.5141.

Os participantes foram previamente informados pelos pesquisadores sobre como funcionaria este trabalho e, concordando, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, este foi entregue aos pesquisadores e o questionário depositado em um envelope pardo, após respondido o questionário foi depositado em uma caixa para garantir o sigilo do participante.

Para a elaboração da estatística foram utilizada analise descritiva através do programa SPSS 16.0.

RESULTADOS

Responderam dos 100 questionários 99 indivíduo em quatro academias de ginástica na cidade de Montes Claros/MG. Observou-se nos resultados do estudo com relação a maior parte 71,7% do sexo masculino e 28,3% do sexo feminino.

Quanto a escolaridade foi verificado que 85,9 (n =85) dos indivíduos já concluíram o ensino superior, o restante 13,1% (n=13), dos dados coletados já tinha concluiram o ensino fundamental e apenas1% (n=1) o ensino médio.

Com relação a renda dos usuários dessas academias ganha mais de 7 salários mínimos, caracterizado esses usuários de grande pode aquisitivo, em seguinda 39,4 (n=39), 28,3% ganha de 5 a 6 salários mínimos, 29,3 (n=29) de 2 a 4 salários mínimos e apenas 3% (n=3) ganha um salário mínimo.

Com referência a indicação dos suplementos nutricionais 17,2% (n=17) quem fez a indicação foi o nutricionista, 4% (n=4) um pequeno percentual foi o educador físico 6,1 (n=6) corresponde o total de indicação feita pelo médico e o maior percentual da amostra correspondendo no total 72,2 (n=72) respondeu que seguiram recomendações de outros(amigos e conhecidos). A prevalência do tipo de suplemento alimentares mais consumido foram os próteicos correspondendo 74,7 (n=74), seguindo

da creatina 11,1 (n=11), emagrecedores 6,1 (n=6), enegético 5,1% (n=5), carboidratos 2% (n=2) e vitaminicos1(n=1)

Com relação a obteção de resultados esperados 48% (n=49%) responderam que obteve resultados e 41% (41%) respondeu que não obteve nenhum resultado.

A Tabela I apresenta o Gênero, Escolaridade, renda, Indicação dos suplementos alimentar, Tipos de suplementos alimentares e Obtenção de resultados esperadosnível pelo uso de sulementos.

TABELA I –Gênero, escolaridade,Renda, indicação dos suplementos alimenta, tipos de suplementos alimentares e obtenção de resultados esperados do perfil dos usuarios de suplementação e anabolicantes em academias da cidade de Montes Claros/MG que fazem uso ou não em, 2015.

	N	%
Gênero		
Mulher	28	28,3
Homem	71	71,7
Total	99	100
Escolaridade		
Até o ensino fundamental	13	13,1
Até o ensino médio	1	1
Até o ensino superior	85	85,9
Total	99	100
Renda		
Até 1 salario mínimo	3	3
De 2 a 4 salários mínimos	29	29,3
De 5 a 6 salários mínimos	28	28,3
Acima de 7 salários mínimos	39	39,4
Total	99	100
Indicação dos suplementos alimentar		
Nutricionista	17	17,2
Educador Físico	4	4
Médico	6	6,1
Outros	72	72,7
Total	99	100
Tipo de suplementos alimentares		
Energético	5	5,1
Proteico	74	74,7
Carboidratos	2	2
Vitamínicos	1	1
Emagrecedores	6	6,1
Creatina	11	11,1
Total	99	100
Obtenção de resultados esperados		

Não	41	41
Sim	58	59
Total	99	100

DISCUSSÃO

É importante ressaltar que 85,9% dos participantes da pesquisa eram mais homens do que mulheres. Os dados encontrados em pesquisas sobre o perfil dos usuarios de suplementação apresenta variação importantes. Em um estudo realizado por Rocha e Pereira (1998) em 16 academias no estado do Rio de Janeiro, com 160 entrevistas no total, 51 indivíduos (32,0%) faziam uso de algum tipo de suplemento. De acordo com Soares, et al (2010) nos EUA, o consumo de suplementos de vitaminas e minerais pela a população em geral é de 30,0% a 60%. Já de acordo com Sobral e Marquart (1994) obtiveram entre atletas de colegial nos EUA a prevalência de consumo de 38,0%; já na Coréia do Sul, segundo Kim e Keen (1999), esta foi de 35,8%, superando em muitos casos o nível de segurança de ingestão de acordo com as recomendações. Em estudo feito por Krumbach et al. (1997) com atletas universitários a prevalência foi de 56,7%.

A fonte de indicação mais ultilizada neste estudo foi seguidos por outros 72,7% (amigos, atendente de farmácia e auto-indicação) seguido por nutricionista 17,7%, médico 6,1% e educador físico 4%. Contudo e importante ressaltar que os únicos profissionais capacitados para indicar suplementos são os nutricionistas.

> A competência do nutricionista para a prescrição de suplementos nutricionais está estabelecida no inciso VII do artigo 4º da Lei 8234/91, e no artigo 1º da Resolução CFN nº 390/06 e, de acordo com a Resolução CFN nº 380/2005, é considerada atividade complementar do nutricionista nas áreas de Nutrição Clínica, Saúde Coletiva e Nutrição em Esportes.

Resaltado que o nutricionista tem ainda competência legal para prescrever os produtos denominados polivitaminicos e/ ou poliminerais, desde que estejam classificados como de " VENDA SEM EXIGÊNCIA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA", conforme determina a portaria SVS/MS n° 40/1998.

De acordo com A Lei nº 8.234/1991 (que regulamenta a profissão de nutricionista) possibilita ao nutricionista a prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta. Tal prescrição é regulamentada pela Resolução CFN nº 390/2006, tendo por base a Portaria MS/SVS nº 32/1998 (regulamento técnico para suplementos e vitaminas e ou de minerais) e os limites estabelecidos na Portaria MS/SVS nº 40/1998 (que estabelece normas para níveis de dosagem diários

de vitaminas e minerais em medicamentos), assim como as determinações do Código de Ética do Nutricionista (Resolução CFN nº 334/2004).

Os resultados mostram que em alguns casos, a indicação feita por profissionais não capacitados como o educador fisico e atendentes de farmácia, são profissionais vendedores destes suplementos e não recebem formação cientifica adequada para ter conhecimento suficiente adequado sobre os efeitos dos mesmos. Já em estudos feito por Krumbach et al. (1999), a fonte mais utilizada para indicação do suplemento foi o próprio consumidor (40,6%), seguida por nutricionista (32,1%), familiares e amigos (31,1%), treinadores (23,6%) e médico ou farmacêutico (12,2%). Segundo trabalho de Rocha e Pereira (1998), 32 alunos (63,0% da amostra) receberam alguma orientação para o consumo de suplemento(s), dos quais 13 (41,0%) foram orientados por profissionais de saúde (9 por médicos e 4 por nutricionistas) e os demais 19 (59,0%) atraves de “instrutores “,ámigos”, “leitura sobre o assunto”, entre outras fontes.

A grande procura por suplementos tem muito haver com os padrões impostos pela sociedade de um corpo escultural, essas substancias tem como finalidade aumentar a massa muscular. Contudo, em pesquisa feita por Sobral e Marquart (1994), altetas consumiam suplementos como o objetivo de aumentar a perfomance altética, o que não depende sempre do aumento de massa muscular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, percebemos que a maior parte dos frequentadores dessas quatro academias são de ensino superior com renda maior que 7 salários mínimos, mesmo sendo que o principal profissional habilitados para prescrever suplementos alimentares sãos os nutricionistas, mais observa que a maior parcela segue sugestão de outras pessoas.

A pesquisa em questão aponta situações singulares (tipo de suplemento alimentar, obtenção de resultado), pórem este estudo chamou atenção principalmente pela quantidade de pessoas com o escolaridade elevada não utilizarem do serviço profissional do nutricionista para complementam a pratica do treino físico.

É importante salientar que os dados refletem o universo estudado, pórem é importante novos estudos para preencher as lacunas desse estudo e contribuir com a temática aqui estudada.

REFERÊNCIAS

AMERICAN Collegeof Sports Medicine.PosicionamentoOficial. O uso de esteróides anabolizantes nos esportes. RevBrasMed Esporte, vol. 4, nº 1, jan/fev-1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Orientações para Fiscalização Sanitária em Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física e Afins. Brasília, dezembro de 2009.

FIRMINO, LourenzoYanki de Lima; SILVA, Maurizan Gomes da; SANTOS, Cássia Rodrigues dos. O uso de esteroides anabolizantes por praticantes de musculação. Artigo Científico: Faculdade União de Goyazes, 2012.

MACÊDO, Nayma Carla Pinheiro de; FIGUEIRÓ, Pâmela Suelem Aguiar. O uso de esteróides anabolizantes academias de ginástica. Artigo Científico: Universidade da Amazônia-UNAMA, 2010.

SOUSA, H. Polícia Civil repreende uso de anabolizantes em academias de Macapá. Matéria publicada em 02/01/2013. Delegacia Civil do Estado do Amapá. Delegacia de Tóxicos e Entorpecentes.Disponível em <http://www.policiacivil.ap.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=357%3Apolicia-civil-repreende-uso-de-anabolizantes-em-academias-demacapa&catid=1%3Alatest-news&Itemid=128>. Acesso em 13/10/2014.

POPE JR., H.G. & KATZ, D.L. _ Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use _ A controlled study of 160 athletes _ Arch Gen Psychiatry 51: 375-82, 1994.

KIM SH, KEEN CL. Patterns of vitamin/mineral suplement usage by adolescents attending athletic high shools in Korea. Am J Sports Nutr 1999: 9:391 – 405.

KINDLUNDH, A.M.S.; ISACSON, D.G.G.; BERGLUND, L. et al. F actors associated with adolescent use of doping agents: anabolic-androgenic steroids. Addiction 94(4), 543-553,1999.SANTOS, A. M. O Mundo Anabólico. Barueri-SP: Manole, 2007.

KRUMBARCH CJ, ELLIS DR, DRISKELL JA. A report of vitamin and mineral supplement use among university athletes in a division I institution. Int J Sports Nutr 1997: 9:416-25.

ROCHA, L.P.; PEREIRA, M.V.L. Consumo de suplementosnutricionais por praticantes de exercícios físicos em academias. Ver Nutr 1998, 11:76-82.

SANTOS, A. M. O Mundo Anabólico. Barueri-SP: Manole, 2007.

SILVA, P. R. P.; DANIELSKI, R.; CZEPIELEWSKI, M. A. Esteróides anabolizantes no esporte. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. UFRGS. Porto Alegre- RS: 2002, p. 237.

SOARES, et, al. Avaliação deo consumo de suplementos alimentares por paraticantes de atividade física em academia do município de São Paulo. Revista digital. n°140, Buenos Aries:2010.

SOBRAL J, MARQUART LF. Vitamin/Mineral supplement use among athtletes: a review of the literature. Int J Sports Nutr 1994; 4:320-34

VIEIRA, L. Cresce consumo de anabolizantes entre os jovens. Pharmacia Brasileira,março/abril2009,p.54.Disponívelem<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/70/049a074_vArias.pdf>. Acesso em 10.setembro.2014.

UNIFESP (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO);.CEBRID (Centro brasileiro de informações Sobre drogas psicotrópicas) disponível em http://www.cebrid.epm.br/index.php

ANEXOS

ANEXO 01 – Normas de publicação da Revista Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital

Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital

cursos, congresos y eventos | deportes | autores | índice temático | en contacto

COLABORACIONES

Si lo deseas, estas son algunas formas a través de las cuales es posible colaborar con nuestra producción digital.

- Avisar si ves algún error ortográfico, de tipografía o que no te permite acceder a alguna pantalla.
- Contactar a los autores de los artículos, debatir con ellos, estimularlos a que sigan publicando, invitarlos a que den Cursos y participen en Congresos.
- Dar a conocer la publicación entre los amigos y colegas.
- Enviarnos comentarios, sugerencias, ideas, propuestas, ocurrencias.
- Enviar artículos para publicar. Recomendar a colegas que deseen hacerlo.
- Imprimir el índice, fotocopiarlo en papel tamaño doble carta y pegarlo en la cartelera del Instituto, la Universidad o la Biblioteca de tu zona.
- Incluir un enlace desde tu sitio, blog, cuenta de Facebook, Twitter, LinkedIn u otras.
- Ofrecerte si deseas traducir artículos desde o hacia cualquier idioma.
- Suscribirte a nuestro Boletín de Novedades.
- Utilizar nuestros artículos en tus trabajos académicos, listarlos en la bibliografía.

NOTAS

Las notas deben desarrollar el tema en profundidad con un estilo claro y de fácil lectura. El contenido debe ser en lo posible ORIGINAL e INEDITO. Si fue una ponencia en algún evento, indicar lugar, institución y fecha del mismo. Los artículos son enviados bajo seudónimo a profesionales especialistas que participan o no de la Revista, para su supervisión académica.

El texto del artículo debe estar producido en formato digital lo más neutro como sea posible (.doc o .rtf): sin sangría, letra Arial o Times New Roman, interlineado 1,5 y sin espaciado. Debe ser enviado a nuestra dirección de correo electrónicoefdeportes@gmail.com adjunto a un mensaje. Debe estar corregido, sin faltas ortográficas, gramáticas, de estilo o de edición. Deben utilizarse las Normas APA de referencias bibliográficas.

Puede estar escrito en cualquier idioma, preferentemente español, portugués, inglés, francés o catalán. Se recomienda no superar las 3.900 palabras ó 10 páginas en total.

El texto debe acompañarse con: datos del autor y/o autores, filiación (grados académicos e institución), palabras clave y resumen del artículo. Deben incluirse el título, palabras clave y resumen en otro idioma (inglés, portugués u otro). Debe figurar además teléfono, dirección y correo electrónico para contacto directo. Conviene aclarar si dispone de una página personal en la WWW.

Puede estar acompañado por: fotografía del autor o de los autores e ilustraciones, fotos, gráficos, croquis, en papel o idealmente en formato digital (.jpg o .gif) en color o blanco y negro; también sonido en formado mp3, animación computada en formato .WMV, .AVI u otro formato compatible con HTML.

También se aceptan colaboraciones en los formatos anteriores que tengan vinculación con el contenido de la Revista (Ej. ilustraciones). Los originales enviados en papel para su digitalización no se devuelven.

No se publican: textos con contenido que promueva algún tipo de discriminación social, racial, sexual o religiosa; ni artículos que ya hayan sido publicados en otros sitios en la World Wide Web. Se debe enviar la aprobación por parte del Comité de Etica en Investigación, si corresponde.

Una vez que se acepta el texto para publicar y luego de publicado, no se autoriza su reedición o copia en otro sitio web, o en otro formato digital o en papel.

No se publican: textos con contenido que promueva algún tipo de discriminación social, racial, sexual o religiosa; ni artículos que ya hayan sido publicados *en otros sitios* en la World Wide Web. Se debe enviar la aprobación por parte del Comité de Etica en Investigación, si corresponde.

Una vez que se acepta el texto para publicar y luego de publicado, **no se autoriza** su reedición o copia en otro sitio web, o en otro formato digital o en papel.

Completa la **Carta de encaminamiento** y envíala adjunta junto con el artículo a **efdeportes@gmail.com**. Recibirás un aviso de recepción.

- **OPINIONES**

Las opiniones deben estar vertidas en lenguaje claro y, en el caso de una crítica puntual, especificar el artículo y el autor de referencia. Se recomienda no usar términos despectivos.

- **SOFTWARE Y PUBLICACIONES**

Enviar el libro o programa o en su defecto un demo. Incluir un comentario, instrucciones de uso, y otros detalles. Además todos los datos para contacto con el autor y/o distribuidor.

- **AVISOS**

Los avisos institucionales (cursos, jornadas, congresos, conferencias, etc.) deben ser enviados dos meses antes de la fecha de realización del evento.

- **ACLARACION**

Lecturas: EDUCACION FISICA Y DEPORTES no tiene, a priori, una línea editorial monolítica y dogmática. Está abierta a todo autor o autores que intenten dar una fundamentación referida a temas como educación física, deportes, actividades física de aventura en la naturaleza, tiempo libre, recreación, entrenamiento deportivo, ciencias aplicadas, actividades físicas con discapacitados, etc., etc.

- **PATROCINADORES**

Si desea acompañar esta publicación dando a conocer por este medio su producto o servicio, contáctenos.

Capítulo 30

10.37423/230207179

GAMETERAPIA: OS EFEITOS DO TREINO EM ESTEIRA COMBINADO COM REALIDADE VIRTUAL EM IDOSOS DA COMUNIDADE

Paulo Tadeu Morais Fagundes — *Fisioterapeuta, Acadêmico de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas, FUNORTE*

Mônica Martins Teixeira — *Fisioterapeuta pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas, FUNORTE*

Renata Ribeiro Durães — *Fisioterapeuta, Professora das Faculdades Unidas do Norte de Minas, FUNORTE*

João Vitor Nunes Lopes — *Fisioterapeuta, Mestre, Professor da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT.*

Hugo Leonardo Magalhaes — *Fisioterapeuta, Mestre pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM*

Elen Lorena Lopes Silva Roque — *Psicóloga, Professora da Faculdade Favenorte de Porteirinha – FAVEPORT*

Ellen Roberta Reis Oliveira — *Psicóloga pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas, FUNORTE*

Carla Taynah Nascimento e Silva — *Fisioterapeuta, Mestranda da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM*

Rafael Silveira Freire — *Fisioterapeuta, Doutor em Ciências da Saúde*

Christiane Athayde Santos — *Fisioterapeuta, Professora das Faculdades Unidas do Norte de Minas, FUNORTE*

Resumo: O objetivo deste estudo foi investigar os efeitos de um protocolo de treino em esteira associado com a utilização de óculos de realidade virtual em indivíduos idosos. Trata-se de um ensaio clínico, randomizado de caráter prospectivo, comparativo, longitudinal e análise quantitativa. A amostra foi composta por 21 participantes randomizados em Grupo Treinamento com Realidade Virtual (GTRV) que executaram um treino de caminhada em esteira com a utilização do óculos de realidade virtual; o Grupo de Treino em Esteira (GTE) sem a utilização dos óculos e o terceiro grupo denominado Grupo Controle (GC). Foram aplicados os testes: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), "Time Up Go" (TUG), Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6), Escala de BERG e Escala de BORG. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o Shapiro-Wilk, Levene, Kruskal Wallis, ANOVA one way e a versão 25.0 do programa Statiscal Package for the Social Science (SSPS). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Associação Educativa do Brasil - SOEBRAS, sob parecer de número 3.501.950. Os resultados obtidos nessa pesquisa foram BERG ($p = 0,035$), TUG ($p = 0,869$), TC6 ($p = 0,370$) e BORG ($p = 0,641$). Eles revelaram uma melhora no equilíbrio e mobilidade funcional, entretanto, a análise estatística não apontou resultados relevantes. Com isso surge a necessidade de novos estudos que evidenciem a partir de um número amostral maior os benefícios do óculos de realidade virtual associado ao treino em esteira para idosos.

Palavras-chave: Equilíbrio; Fisioterapia; Idosos; Realidade virtual.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural causado por alterações anatômicas e fisiológicas, que irá acarretar diversas mudanças e possíveis complicações no indivíduo, tais como diminuição da força muscular, redução da resistência, aumento de esforço ao realizar atividades e degeneração ou perda da plasticidade neural (CHAO;SCHERER; MONTGOMERY, 2014). O déficit no equilíbrio é um dos fatores mais estudados no indivíduo idoso, sendo uma das causas mais comuns de quedas nesta população. As causas de queda envolvem aspectos multifatoriais, dentre elas destacam-se redução do equilíbrio e déficits durante a marcha (LAUFER; DAR; KODESH, 2014).

Segundo Donath*et al*. (2014), o medo de cair é considerado um dos principais fatores que leva o indivíduo a reduzir ou até mesmo a abolir a prática de atividade física, fazendo com que os mesmos se tornem sedentários.Em contra partida, nas últimas décadas a população adulta mais velha vem ganhando qualidade de vida, e engajando mais em atividades físicas através de programas que visam promover a saúde e a funcionalidade do idoso(LAUFER; DAR; KODESH,2014; MOLINA *et al*., 2014).

A prática de exercícios físicos é essencial nessa população, sendo responsável por diminuir o risco de quedas, além de aprimorar o equilíbrio, potência muscular e melhorar o bem-estar psíquico reduzindo a sensação de solidão e a ansiedade (CHAO;SCHERER; MONTGOMERY, 2014). As intervenções para prevenção de queda e melhora do equilíbrio devem envolver exercícios de fortalecimento muscular, flexibilidade, coordenação motora, mobilidade funcional e resistência para diminuição de esforço (JUNG; KO; JEONG, 2015; MOLINA *et al*., 2014). Entretanto,Chao,Scherer e Montgomery (2014), em seus estudos apontam que a maioria dos idosos não exercem a prática devido os exercícios não serem considerados motivadores.

Os programas de atividades físicas para esta população devem ser exercícios de grande motivação, para que os indivíduos se sintam estimulados e assim haver um melhor resultado nas intervenções oferecidas. Dentre as propostas de caráter lúdico que despontam no cenário terapêutico, a Terapia de Realidade Virtual(TRV) vem ganhando força e adesão, sendo este um instrumento de baixo custo que apresenta diversas possibilidades(JUNG; KO; JEONG, 2015; LAUFER; DAR; KODESH, 2014).

A Realidade Virtual (RV) apresenta a imersão e a interação como características distintas. A interação é a possibilidade e capacidade do usuário de se relacionar e interagir com o meio virtual, lugares, objetos, através de instrumentos que propiciam esta sensação. A imersão ainda apresenta duas classificações: imersiva e não-imersiva. A imersão é definida quando o participante do programa é

inserido de forma generalizada no software pela via de instrumentos que venham a captar os movimentos e comportamentos, gerando uma resposta no sistema virtual. Esse processo irá proporcionar ao usuário uma sensação de que ele está realmente inserido no mundo virtual como se estivesse na realidade. Já a não-imersiva é quando o indivíduo se percebe ainda no mundo real, porém está inserido de forma indireta e ou parcial ao virtual e consegue manipulá-lo (VIEIRA, 2014).

A utilização deste tipo de tecnologia tem se difundido cada vez mais no campo terapêutico, de forma especial para a população idosa. A configuração gráfica dos aparelhos eletrônicos permite a elaboração de novos ambientes interativos, sejam eles das mais variadas formas (MOLINA *et al*., 2014).

A gameterapia além de se apresentar de forma atraente, divertida, inovadora e interativa proporciona uma associação entre cognição e resposta motora. Os jogos de interação, quando utilizados com fins terapêuticos possuem a capacidade de alcançar um nível de exigência maior dos indivíduos, fazendo com que eles associem a atenção ao programa virtual à cinesioterapia, possibilitando que o indivíduo obtenha também um feedback auditivo e visual que tende a gerar uma reorganização cortical (MOLINA *et al*., 2014; PARK; KIM; LEE, 2015).

O indivíduo quando submetido aos estímulos oriundos da terapia de realidade virtual, poderá sofrer uma intervenção positiva na plasticidade neural. Quando essa modificação for associada a fatores culturais e sociais poderá aprimorar as condições de desempenho do indivíduo, respeitando o seu tempo de desenvolvimento (BONDAN, 2016).

Segundo Bleakey *et al*. (2015), a terapia envolvendo realidade virtual, foi incialmente desenvolvida para alcançar indivíduos mais jovens, mas com o passar do tempo o instrumento foi inserido para a comunidade idosa, a fim de ser um meio de reabilitação para as diversas morbidades da idade, e assim oferecendo a eles uma melhor qualidade de vida.Park, Kim e Lee (2015),relatam que a realidade virtual tem despontado como um meio para transpor os limites que existem na terapêutica convencional, quando associados com a prática clínica de exercícios tradicionais voltados para ganho de equilíbrio, revelam resultados positivos na diminuição no índice de queda dos idosos.

Jorgensen *et al.* (2013), em seu estudo,aponta que o treinamento com a utilização da TRV, levou a uma melhora substancial no desempenho funcional dos participantes que apresentavam uma mobilidade funcional reduzida quando comparado ao grupo controle. Os estímulos da realidade virtual e desafios que esta propõe apresentam resultados satisfatórios principalmente em relação ao controle

de equilíbrio postural, pois os jogos exigem que o participante realize algumas trocas de posições rápidas, resultando no deslocamento do centro de gravidade.

A satisfação pelo programa aumenta à medida que o participante começa a dominar o jogoe passa a desafiar as suas habilidades, aumentando o grau de dificuldade e consequentemente uma melhor resposta terapêutica, além de promover as relações sociais e interações entre os participantes(NICHOLSON *et al*., 2015).

Ainda existe uma necessidade de estudos envolvendo a TRV de forma isolada ou com protocolos convencionais de fisioterapia motora nos idosos, ainda que os estudos realizados comprovem a eficácia desta técnica combinada à terapia tradicional (MOLINA *et al*., 2014). Desta forma, o presente estudo busca evidenciar os benefícios da TRV no equilíbrio, capacidade funcional e na melhora do esforço em indivíduos adultos mais velhos saudáveis, afim de contribuir na construção mais sólida de recursos terapêuticos que atendam às necessidades da população idosa.

O Brasil sofre hoje uma alteração na pirâmide etária, despontando de forma significativa o crescimento do número da população idosa, tornando-se necessária políticas públicas que venham ao encontro das necessidades destes indivíduos e fortaleçam o processo de envelhecimento saudável, garantindo a saúde holística da população senil com medidas e intervenções alternativas que possam gerar efeitos favoráveis à uma melhor qualidade de vida (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Estudos apontam que a TRV possui uma facilidade de aplicação e é capaz de fornecer resultados de grandes valores para os desenvolvedores de tecnologia, especialistas em reabilitação terapêutica e para a população idosa. A aplicação de sistemas inovadores culmina para uma abordagem fisioterápica mais desenvolvida e emergente (WÜEST *et al*., 2014; NICHOLSON *et al*. 2015; VIEIRA, 2014).

Sendo assim, tais dados poderão auxiliar na elaboração de técnicas terapêuticas mais lúdicas e de fácil adesão para a população senil, objetivando contribuir no bem-estar biopsicossocial. Portanto, faz-se necessário uma pesquisa investigativa que busque um levantamento dos benefícios que a gametrapia pode contribuir para a população senil da cidade de Montes Claros – MG e acarretar um desenvolvimento da fisioterapia na atuação junto ao paciente geriátrico. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi investigar os efeitos da terapia de realidade virtual associada a um protocolo de treino em esteira aplicado a indivíduos idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio clínico controloado, randomizado, apresentando um caráter prospectivo, comparativo, longitudinal e análise quantitativa. A pesquisa foi realizada com um grupo de 65idosos participantes de um projeto de atenção e promoção social à terceira idade em um bairro na cidade de Montes Claros/MG.Compareceram no primeiro dia da pesquisa 41 idosos. A amostra final foi composta de 21 indivíduos, selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão.Sendo incluídos na pesquisa idosos acima de 60 anos, queaceitaram participar da pesquisa de forma livre e espontânea, apresentando estado cognitivo preservado euma marcha funcional, que conseguiram realizar o treino em uma esteira eevidenciaramuma boa adesão à utilização dos óculos de realidade virtual. Foram excluídos desta pesquisaidosos que tinham diagnóstico clínico de doenças ortopédicas ou que teriam realizado procedimentos cirúrgicos nos últimos seis meses, que possuíamo diagnóstico clínico de labirintite ou queapresentasse episódios de vertigem, aqueles que fazem uso de medicamentos que afetem o sistema vestibular como sedativos, ansiolíticos, antipsicóticos, anticonvulsivantes e antibióticos, que realizam consumo de álcool e/ou drogas,se encontravam em um quadro de doenças oculares contagiosas ou queapresentassemhipertensão arterial não controlada.

Foi utilizado um questionário para delineamento do perfil dos participantes do estudo. Esse instrumento foi elaborado pelos pesquisadores para coleta de dados pessoais, dados vitais e dados relacionados a saúde dos participantes que definiu os critérios de inclusão e exclusão. Como método para triagem, utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que é um teste utilizado para avaliar a função cognitiva e funções relacionadas a orientação do idoso (MELO; BARBOSA,2015). Foramaplicados osseguintes testes: Teste de caminhada de 6 minutos (TC6), Teste *Time Up Go* (TUG), Escala de BERG e Escala de BORG.

O TC6 avalia a distância que uma pessoa percorre em uma superfície plana e rígida em seis minutos, tendo como principal objetivo a determinação da tolerância ao exercício, da saturação de oxigênio e mobilidade funcional durante um exercício submáximo sendo este um preditor de queda (BLANHIR *et al*., 2011).

OTUGé um teste onde o principal parâmetro avaliado é o tempo necessário para concluí-lo, considerando que ele quantifica em segundos a mobilidade funcional através das tarefas de levantar de uma cadeira padronizada, caminhar um percurso linear de três metros, virar-se e voltar-se para à cadeira sentando novamente (VITECKOVA *et al*., 2019).

A Escala de BERG é um instrumento validado, de avaliação funcional do equilíbrio. O escore total varia de 0 - 56 pontos e quanto menor for a pontuação, maior é o risco para quedas (NETO *et al*., 2017).

Escala de BORG é um instrumento de percepção subjetiva do esforço percebido durante a realização de uma atividade física, reportado em valores numéricos na escala. Os valores da escala vão de 6 ("sem nenhum esforço") a 20 ("máximo esforço") (CABRAL *et al*., 2017).

Ainda foram utilizados como instrumentos físicos para esta pesquisa uma esteira ergométrica da (*Movement* modelo LX – 150 G4), óculos de realidade virtual (VR VX *Case*), aparelho celular (XIAOMI – MI A2), aplicativos de realidade virtual (Terra do dinossauro virtual, VR animais da floresta *aventur* – disponíveis para *download* pelo *play store* gratuito), e um cronômetro disponível em forma de aplicativo no aparelho celular (*IPhone* – 5S).

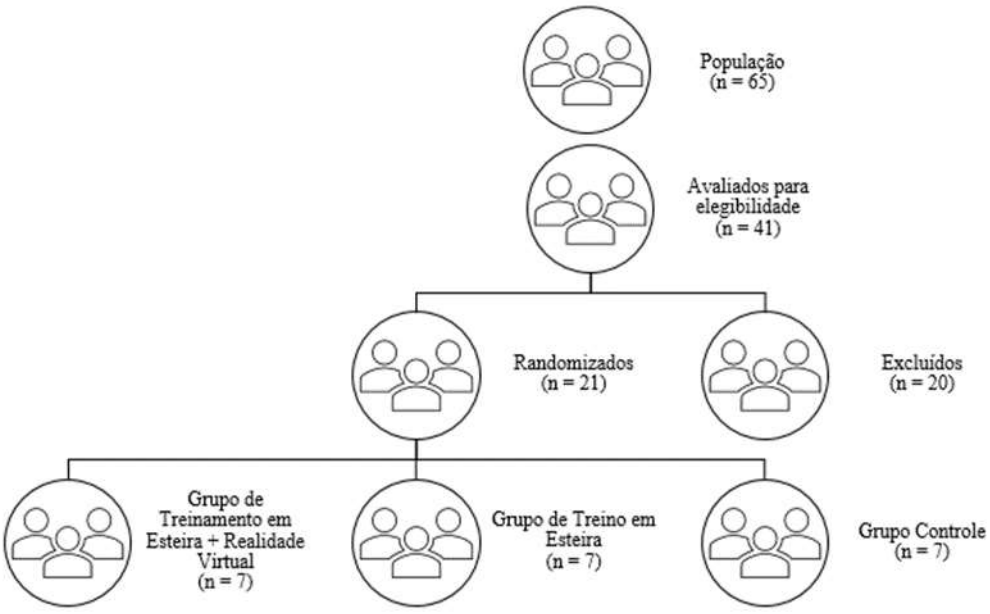
A partir da autorização da Instituição para a realização da pesquisa de campo foi feito contato inicial com os participantes onde ocorreu a apresentação do projeto e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tal como a instrução sobre a utilização de uma roupa leve e tênis adequado para a realização do teste. A abordagem com os participantes da pesquisa aconteceu de forma individual no local onde acontece o grupo de atenção à terceira idade localizada no bairro Esplanada na cidade de Montes Claros – MG. Neste primeiro contato foi aplicado o questionário de delineamento de perfil a fim de identificar os critérios de exclusão. Logo após aconteceu a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para uma triagem cognitiva, onde a partir do resultado do *score* do indivíduo pode-se observar se o participante estava apto a responder e realizar comandos com boa resposta cognitiva a fim de alcançar um bom desempenho funcional. Logo após ocorreu a primeira experiência de utilização dos óculos de realidade virtual com o idoso ainda sentado em uma cadeira que possuía um apoio para os braços para verificar a adaptação do mesmo com o recurso tecnológico. O participante ficou sentado com os óculos de RV com a tela do celular em claridade mínima durante 3 minutos. Após este tempo de teste o idoso retirou os óculos ficando sem o mesmo por 3 minutos, repetiu-se a utilização do equipamento por mais 3 minutos em posição ortostática utilizando um recurso de apoio para os braços sob assistência, supervisão e monitoramento dos pesquisadores, que ao final verificaram a partir do relato dos idosos a adaptação ao recurso tecnológico. Também os idosos foram submetidos a um teste de marcha na esteira para averiguar se os mesmos possuíam condições funcionais de realizar a intervenção proposta. Foram realizados antes do início do treinamento o Teste de Caminhada de 6 minutos, o *Time Up Go* e a Escala de Equilíbrio de BERG para colher os dados iniciais

da capacidade funcional, mobilidade e equilíbrio respectivamente. No último dia, após as intervenções, foram repetidos os testes para comparação com os dados iniciais.

Foram realizadas 10 intervenções distribuídas no período de 3 semanas, acontecendo 3 dias em cada semana, destacando a primeira intervenção que foi destinada ao esclarecimento dos procedimentos da pesquisa. Cada intervenção ocorreu em um tempo de duração de 18 minutos, sendo dividida em tempo de treinamento (6 minutos), tempo de descanso (6 minutos) e tempo de treinamento (6 minutos). O Treinamento se define em uma caminhada na esteira ergométrica durante 6 minutos em velocidade máxima de 4km/h. Durante este tempo de descanso e intervalo do treinamento, a aferição da pressão arterial era realizada para controle.

Todas as intervenções se iniciaram com a coleta dos dados vitais e uma breve explicação sobre o procedimento que se realizaria no dia. Seguindo a divisão dos grupos de comparação que foram distribuídos de forma aleatória pelo programa RANDOM.ORG o Grupo Treinamento com Realidade Virtual (GTRV)realizou um treino de caminhada de 6 minutos na esteira com a utilização do equipamento de realidade virtual, já o Grupo de Treino em Esteira (GTE) realizou o treino em esteira por 6 minutos,porém, sem a utilização dos óculos. O terceiro grupo, Grupo Controle (GC), não realizou nenhuma atividade durante este período de desenvolvimento da pesquisa como ilustrado na **Figura 01**.

Figura 01 –Fluxograma de participantes envolvidos no estudo



Fonte: Próprios autores (2019).

Antes de iniciar o treino diário com os participantes, a escala de BORG foi aplicada imediatamente pré, e imediatamente após o treino para avaliar o esforço percebido pelos indivíduos na realização do teste.

A análise e tratamento dos dados encontrados nesta pesquisa se deu da seguinte forma: as variáveis categóricas foram descritas através de suas frequências simples e relativas e as variáveis numéricas através de suas médias e desvio padrão. A normalidade e homogeneidade das variâncias dos dados foram verificadas através dos testes de Shapiro-Wilk e Levene, respectivamente. Para avaliar o efeito do treinamento em esteira combinado com realidade virtual sobre o equilíbrio postural e sobre a redução de esforços para atividade física em idosos foi utilizado o teste de Kruskal Wallis e para investigar o efeito do treinamento sobre a mobilidade funcional através dos testes Timed Up and Go e de caminhada em seis minutos em idosos foi utilizado o teste de ANOVA one way. A análise estatística foi realizada utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences - 25®. O nível de significância estabelecido para todas as análises foi de 5%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa pelo parecer 3.501.950 emitido em 12 de Agosto de 2019. Sendo adotados os preceitos éticos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O estudo observou uma população característica de idosos ativos que participam de um grupo de atenção e promoção à terceira idade. A amostra foi composta por 21 idosos com média de idade73,6 (±12,0), com um perfil predominantemente maior de participantes de sexo feminino, em especial no GC (100%) seguido do GTE (85,7%) e GTRV (57,1%). A **Tabela 01** apresenta a caracterização da amostra segundo as variáveis que traçam o perfil dos participantes da pesquisa. Todos os três grupos apresentaram um IMC apontando sobrepeso GTRV 26,7 (± 5,5), GTE 26,4 (± 3,3) e GC 25,9 (± 3,1) de acordo com os valores de ponto de corte adotados para avaliar o estado nutricional propostos pela OMS (SILVA *et al*, 2018).

Observa-se também que o número de idosos que apresentam a ocupação do lar foi equivalente a 3 (42,9%) no GC, já o GTE apresenta o mesmo índice de indivíduos aposentados quando comparado pelo número de idosos em seus respectivos grupos. Isso aponta idosos que estão inseridos em seus ambientes domésticos a maior parte do tempo do seu dia.

Os resultados do *escore* encontrados pela aplicação da escala de Berg evidenciaram nível satisfatório de equilíbrio nos idosos antes mesmo da aplicação do treino, sendo estes 55,0 (± 1,0) para o grupo que posteriormente seria submetido ao treino em esteira com o óculos de realidade virtual, 51,1 (± 6,8) para os idosos do grupo que seria submetido apenas ao treino em esteira e (55,1 ± 1,2) para os participantes que compuseram o grupo controle, tendo como número de participantes em cada grupo (n=7). Esses dados ao serem observados em relação a pontuação máxima do escore, revelam que a média de cada grupo estava dentro da margem de classificação de bom equilíbrio em idosos.

O TUG apresentou um número relativamente alto em todos os grupos, apontando uma diminuição da mobilidade funcional dos idosos. O GTRV evidênciou um melhor tempo de execução quando comparado com os outros (9,3 ± 1,8).

O TC6 também apresentou uma média homogênea no que diz respeito à quantidade de metros caminhados pelos participantes de cada grupo, destacando-se o GTRV (400,3 ± 87,4).

A Escala de Borg sugeriu uma percepção maior do cansaço para os indivíduos do grupo controle (13,9 ± 2,7).

Tabela 01: Caracterização da amostra (linha de base)

Variáveis	**Grupo Esteira + Realidade virtual (n=7)**	**Grupo Esteira (n=7)**	**Grupo controle (n=7)**
Idade (anos)	69,0 ± 3,2	73,6 ± 12,0	73,6 ± 3,8
Peso (Kg)	70,3 ± 13,0	68,1 ± 10,5	64,6 ± 10,4
Altura (m)	1,63 ± 0,09	1,63 ± 0,04	1,57 ± 0,04
IMC (Kg/m^2)	26,7 ± 5,5	26,4 ± 3,3	25,9 ± 3,1
PAS (mmHg)	131,4 ± 18,6	125,7 ± 15,1	130,0 ± 12,9
PAD (mmHg)	84,3 ± 7,9	82,9 ± 4,9	82,7 ± 9,4
FC (bpm)	67,3 ± 19,4	73,3 ± 8,6	72,7 ± 20,4
FR (irpm)	14,9 ± 1,2	14,3 ± 0,8	15,0 ± 1,4
Sat O_2 (%)	91,4 ± 2,8	92,1 ± 1,5	91,1 ± 3,6
Sexo			
Feminino	4 (57,1)	6 (85,7)	7 (100,0)
Masculino	3 (42,9)	1 (14,3)	0 (0,0)
Ocupação			
Aposentado	1 (14,3)	3 (42,9)	1 (14,3)
Do lar	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)
Costureira	1 (14,3)	1 (14,3)	1 (14,3)
Doméstica	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (14,3)
Lavrador	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Serralheiro	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Mecânico	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)
Professor	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)
Estado civil			
Solteiro	4 (57,1)	1 (14,3)	1 (14,3)
Casado / União estável	1 (14,3)	3 (42,9)	2 (28,6)
Separado / Divorciado	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0,0)
Viúvo	1 (14,3)	1 (14,3)	4 (57,1)
Escala de Berg (escore)	55,0 ± 1,0	51,1 ± 6,8	55,1 ± 1,2

TUG (seg)	9,3 ± 1,8	10,4 ± 2,6	11,1 ± 2,5
TC6 (m)	400,3 ± 87,4	393,3 ± 74,9	382,7 ± 49,8
Escala de Borg	7,9 ± 2,6	9,1 ± 5,1	13,9 ± 2,7

Fonte: Próprios autores (2019).

A **Tabela 02** apresenta os resultados da Escala de Equilíbrio de Berg avaliado antes e pós treinamento. É possível observar uma diferença positiva na pontuação do escore sugerindo um ganho de equilíbrio no GTRV e no GTE. Já no GC ocorreu um caminho inverso, os idosos apresentaram uma diminuição -1,2 (± 2,3) da pontuação quando comparado com os resultados encontrados na primeira aplicação do teste. Quando cruzados os dados dos grupos entre sí, apenas os valores encontrados na comparação do grupo de treinamento com realidade virtual com o grupo controle apresentaram uma diferença estatística relevante (p = 0,035).

Tabela 02: Efeito do treinamento em esteira combinado com realidade virtual sobre o equilíbrio postural em idosos.

	Grupos			
Escala de Berg (escore)	**Grupo Esteira + Realidade virtual (n=7)**	**Grupo Esteira (n=7)**	**Grupo controle (n=7)**	**p-valor**
Inicial	55,0 ± 1,0	51,1 ± 6,8	55,1 ± 1,2	
Final	56,0 ± 0,0	51,9 ± 6,3	53,9 ± 2,5	0,035*
Diferença	1,0 ± 1,0	0,8 ± 2,4	-1,2 ± 2,3	

*** Diferença estatisticamente significativa entre os grupos esteira combinado com realidade virtual e grupo controle.**

Fonte: Próprios autores (2019).

O TUG apresentou um resultado muito similar entre os três grupos como revela a **Tabela 03**. A diminuição do tempo de execução do teste entre os grupos atingiu uma média com resultados muito próximos, evidenciando uma diferença de baixa relevância estatística na média geral dos grupos.

Tabela 03: Efeito do treinamento em esteira combinado com realidade virtual sobre a mobilidade funcional através do teste *Timed Up and Go* em idosos.

	Grupos			
TUG (segundos)	**Grupo Esteira + Realidade virtual (n=7)**	**Grupo Esteira (n=7)**	**Grupo controle (n=7)**	**p-valor**
Inicial	9,3 ± 1,8	10,4 ± 2,6	11,1 ± 2,5	
Final	5,6 ± 1,0	6,9 ± 1,8	7,7 ± 1,7	0,869
Diferença	3,7 ± 2,1	3,5 ± 1,0	3,4 ± 3,2	

Fonte: Próprios autores (2019).

A **Tabela 04** apresenta o resultado dos valores do teste de caminhada de seis minutos utilizado para avaliar a mobilidade funcional dos idosos. A análise dos dados revelou um fato curioso, a presença de um *outlier* no GC. Termo que indica um comportamento atípico nos dados encontrados na pesquisa.

Um indivídio deste grupo realizou o teste de caminhada e obteve um resultado muito acima do esperado, até mesmo quando comparado com o seu próprio desempenho, analisando a quatidade de metros que o mesmo caminhou no primeiro dia (337 m) e o último dia (461 m), indicando uma diferença de 124 metros percorridos. Este fato implicou numa alteração da média dos grupos apontando uma fragilidade no estudo. O GC apresentou uma diminuição de (-2,4 ± 71,4) da média geral para a distância percorrida pelo grupo (n=7).

Tabela 04: Efeito do treinamento em esteira combinado com realidade virtual sobre a mobilidade funcional através do teste de caminhada em seis minutos em idosos.

	Grupos			
TC6 (metros)	**Grupo Esteira + Realidade virtual**	**Grupo Esteira**	**Grupo controle**	**p-valor**
Inicial	400,3 ± 87,4	393,3 ± 74,9	382,7 ± 49,8	
Final	444,9 ± 46,1	413,9 ± 89,8	380,3 ± 56,8	0,370
Diferença	44,6 ± 69,0	20,6 ± 34,2	-2,4 ± 71,4	

Fonte: Próprios autores (2019).

A avaliação dos resultados da Escala de Borg para redução da percepção do esforço na realização de atividade física, apontou uma diminuição maior no GC com uma diferença de (3,2 ± 3,9) pontos no escore, seguida do GE (3,1 ± 5,1) e o GTRV (1,3 ± 3,1) contidos na **Tabela 05**.

Tabela 05: Efeito do treinamento em esteira combinado com realidade virtual sobre a redução de esforços para atividade física em idosos

	Grupos			
Escala de Borg	**Grupo Esteira + Realidade virtual**	**Grupo Esteira**	**Grupo controle**	**p-valor**
Inicial	7,9 ± 2,6	9,1 ± 5,1	13,9 ± 2,7	
Final	6,6 ± 6,0	6,0 ± 0,0	10,7 ± 2,0	0,641
Diferença	1,3 ± 3,1	3,1 ± 5,1	3,2 ± 3,9	

Fonte: Próprios autores (2019).

DISCUSSÃO

O estudo comparou os efeitos de um programa de treinamento em esteira utilizando óculos de realidade virtual com o treinamento em esteira sem o equipamento e grupo controle. Os resultados encontrados foram satisfatórios tendo em vista a melhora no equilíbrio e na mobilidade funcional. Porém, por apresentar um (n=21) relativamente pequeno para a pesquisa, apontou algumas fragilidades quando comparadas a partir de um tratamento estatístico. Cada grupo apresentou um número de 7 indivíduos, isso fez com que a média dos grupos se definisse em relação direta com as mínimas variações dos participantes. A presença de um *outlier* ilustra de forma concisa esta

fragilidade. Outro aspecto que poderia ser melhorado, é a quantidade de intervenções/treino com os indivíduos, por se tratar de idosos ativos um maior número de intervenções poderia apresentar um resultado mais satisfatório. São poucos os estudos envolvendo a gameterapia ou realidade virtual, ainda que esta seja uma área que nestes últimos anos vem se difundindo de maneira positiva e os resultados encontrados apontam para repercussões favoráveis.

No estudo piloto realizado por Rosa (2017), foi utilizado óculos de realidade virtual com o objetivo de verificar se há mudança em relação ao padrão de funcionalidade e equilíbrio corporal entre crianças, adultos e idosos após a estimulação por realidade virtual. Os indivíduos passaram por testes pré-intervenção, em seguida realizaram a experiência simulando uma montanha russa com o óculos de realidade virtual e em seguida realizados os testes novamente. Foi verificado que as diferenças entre o TUG e a velocidade de marcha tenderam a piorar nos grupos intervenção e controle na segunda avaliação.

Park *et al.*(2011) realizou um estudo qualitativo e verificou a presença ou não do fenômeno de congelamento da marcha em 3 pacientes com doença de Parkinson durante um treino em esteira com um sistema de captura e adaptação de movimentos para análise cinemática e com óculos de realidade virtual. O congelamento da marcha ocorreu em 2 dos indivíduos no momento em que se aproximaram de um muro virtual, e passaram por um corredor estreito. Durante o fenômeno de congelamento, observou-se redução do comprimento do passo e velocidade da marcha e aumento do tempo de execução do ensaio.

A vigente pesquisa quando analisada a partir da utilização dos óculos obteve resultados que confrontam aos encontrados na literatura, pois os indivíduos desta pesquisa apresentaram melhora no equilíbrio e desempenho funcional, ainda que com uma diferença estatística mínima. Os dados obtidos com a avaliação do TUG indicou um ganho no grupo que fez uso do equipamento de realidade virtual de 3,7 (± 2,1) segundos, já no grupo controle de 3,4 (± 3,2) segundos. São escassas as pesquisas relacionadas à utilização dos óculos de realidade virtual associado a terapias convencionais para ganhos no desenvolvimento funcional, sendo mais comum encontrar estudos que se dispõe de outros equipamentos da gameterapia como Nitendo WII® e X-Box®.

Quando se trata de outros equipamentos da realidade virtual, estes já são considerados recursos que podem ser usados para melhorar o equilíbrioe a mobilidade funcional em idosos. Pereira *et al*. (2018), realizaram um estudo piloto visando verificar o efeito de uma modalidade de gameterapia, o Nintendo WII®, e obtiveram um resultado com diferença significativa ($p<0,05$) de melhora do equilíbrio

verificado pelo "*Time Up Go*" após 10 intervenções. Já no presente estudo com 9 intervenções o TUG não revelou uma melhora tão efetiva assim quando comparado com o resultado da pesquisa citada (p=0,869).

Pina *et al* (2015) comparou os efeitos do treino aeróbico na bicicleta (GI1) e o treino aeróbico no Nintendo WII® (GI2) em 16 indivíduos idosos divididos em dois grupos iguais. Foram realizadas 24 intervenções e nos dois grupos foi possível obter resultados significativos, entretanto, no TUG o GI1 apresentou melhor resultado (p= 0,08), e GI2(p= 0.0001). Na escala de equilíbrio de BERG o GI2 apresentou melhor resultado sendo (p =0,02), e GI1 (p=0,002).

No estudo de Jung, Ko, e Jeong (2015), os participantes foram divididos aleatoriamente em exercício estabilização lombar (LSE), grupo controle, e o grupo de treinamento em Nintendo Wii Sports (NWS). Os participantes realizaram exercícios duas vezes por semana durante 8 semanas. Entre as variáveis analisadas encontra-se o TUG que apresentou maior redução significativa nos grupos LSE e NWS do que no grupo controle.

Pimentel, *et al.* (2015), verificou a influência da gameterapia sobre o equilíbrio de idosos portadores de doença de Parkinson, submetendo-os a 12 sessões de treinamento virtual através do X-Box 360, utilizando 9 jogos de experiência motora. Observaram que a gameterapia aumentou significativamente o equilíbrio dos indivíduos estudados (p=0,007).

A escala de Berg neste estudo apontou uma melhora significativa em relação ao equilíbrio dos idosos, sendo o GTRV em comparação com o GC (p=0,035). Entretanto, quando comprado o GTRV com o GTE, ou o GTE com o GC não houve diferença estatística. Possívelmente essa diferença está ligada ao fato do pequeno número amostral.

Park, Kim e Lee (2015), compararam os efeitos do exercício com bola com o exercício de realidade virtual sobre as habilidades e o equilíbrio de 30 idosos. Após a intervenção, ambos os grupos mostraram uma diminuição da sua duração de oscilação (p <0,05), velocidade de oscilação média (p <0,05), e tempo TUG (p <0,05). Após a intervenção, a comparação de comprimento/balanço entre os dois grupos mostrou que o exercício jogo de realidade virtual resultou em uma redução maior do que o exercício bola (p <0,05).

Em relação à escala de BORG percebe-se que o esforço é uma experiência subjetiva e individual, apresentando no grupo controle desse estudo, melhora mais significativa em relação aos grupos de intervenção 3,2 (± 3,9). Contudo, ao cruzar os dados encontrados entre os grupos observou-se um

resultado sem relevância estatística (p=0,641), indicando que não houve uma redução efetiva do índice de percepção de esforço em nenhum dos grupos ao realizar as atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os equipamentos de realidade virtual representam uma nova perspectiva para somar a terapia convencional e compor o arsenal de instrumentos que podem ser utilizados na fisioterapia, seja na reabilitação ou promoção de qualidade de vida. Por meio da análise dos dados apresentados no presente estudo, foi possível observar que os resultados não apontam para uma efetividade estatisticamente relevante do treino combinado com a realidade virtual.

Entretanto, sugere que com as devidas correções das fragilidades encontradas na pesquisa, que os dados apontem para outras percepções e novos resultados. Nesse sentido, faz-se necessário um novo estudo dispondo de uma amostra maior de idosos, tal como um número maior de intervenções buscando traçar um resultado mais satisfatório. Também acentua-se a necessidade de elaboração de novas pesquisas no campo da gameterapia envolvendo os óculos de realidade virtual, em especial com a população idosa.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao grupo de atenção e promoção à terceira idade “De bem com a vida”, que de forma tão solícita se disponibilizou para a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

BLANHIR, J. E. M.et al. Teste de caminhada de seis minutos: uma ferramenta valiosa na avaliação do comprometimento pulmonar. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 37, n. 1, p. 110-117. 2011.

BLEAKLEY, C. M.et al. Gaming for Health: A Systematic Reviewof the Physical and Cognitive Effects of Interactive Computer Games in Older Adults. JournalofAppliedGerontology,Newtownabbey, v. 34, n. 3, p. 166 -189, April. 2015.

BONDAN, D. E. Realidade virtual na fisioterapia e a ludicidade: utilização para crianças com paralisia cerebral. Revista Contexto e saúde, v. 16, n. 31, p. 79-88, Dezembro. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovadiretrizes e normasregulamentadoras de pesquisasenvolvendosereshumanos. Brasília, DiárioOficial da União, Dezembro. 2012.

CABRAL, L. L. et al. Revisão sistemática da adaptação transcultural e validação da escala de percepção de esforço de borg. JournalofPhysicalEducation, v. 28, n. 1. 2017.

CHAO, Y.; SCHERER, K. Y.; MONTGOMERY, C. A. Effects of Using Nintendo Wii™ Exergames in Older Adults: A Review of the Literature. Journal of Aging and Health, v.27, n.3, p.379-402, February. 2014.

DONATH, L. et al. Transfer Effects of Fall Training on Balance Performance and Spatiotemporal Gait Parameters in Healthy Community-Dwelling Older Adults: A Pilot Study. Journal of Aging and Physical Activity,v.22, p. 324-333. 2014.

JORGENSEN, M. G. et al. Efficacy of Nintendo Wii Training on Mechanical Leg Muscle Function and Postural Balance in CommunityDwelling Older Adults: A Randomized Controlled Trial. Journals of Gerontology: Medical Sciences. v. 68, n. 7, p. 845–852, July. 2013.

JUNG, D.; KO, D.; JEONG, M. Kinematic effect of Nintendo WiiTM sports program exercise on obstacle gait in elderly women with falling risk. Journal of Physical Therapy Science, v. 27, n. 5, p. 1397-1400. 2015.

LAUFER, Y.; DAR, G.; KODESH, E. Does a wii-based exercise program enhance balance control of independently functioning older adults? A systematic review. Clinical Interventions in Aging,v. 23, n. 9,p. 1803-1813, October. 2014.

MELO, D. M. BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência e saúde coletiva, v. 20, n. 12, Dezembro, 2015.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519. 2016.

MOLINA, K. I. et al. Virtual reality using games for improving physical functioning in older adults: a systematic review. Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation, v. 15, n. 11, p. 1-20, November. 2014.

NETO, A. A. et al. Falls in institutionalizedolderadults: risks, consequencesandantecedentes. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, n. 4, p. 719-725,Agosto. 2017.

NICHOLSON, V. P. et al. Six Weeks of Unsupervised Nintendo Wii Fit Gaming is Effective at Improving Balance in Independent Older Adults. Journal of Aging and Physical Activity, v. 23, n. 1, p. 153-158, January. 2015.

PARK, E.; KIM, S.; LEE, C. The effects of virtual reality game exercise on balance and gait of the elderly. Journal of Physical Therapy Science,v. 27, n. 4, p. 1157-1159, April. 2015.

PARK, H. S. et al. Development of a vr-based treadmill control interface for gait assessment of patients with parkinson's disease. IEEE International Conference on Rehabilitation Robotics Rehab Week Zurich. 2011.

PEREIRA, B. M. et al. Efeito de um programa de gameterapia no equilíbrio de idosos. Conscientiae Saúde, v.17, n.2, p. 113-119. 2018.

PIMENTEL, M. M. et al. Influência da gameterapia sobre o equilíbrio de portadores de doença de parkinson. Anais CIEH, v. 2, n.1. 2015.

PINA, J. M. S. et al. Efeitos do Nintendo Wii sobre o Equilíbrio Postural em Idosos: ensaio clínico randomizado - Estudo Piloto. Ciência em Movimento | Reabilitação e Saúde,v.17, n.35. 2015.

ROSA, N. Q. MULLER, D. V. K. A influência da realidade virtual (RV) no equilíbrio de mulheres – um estudo piloto. Movimento & Saúde - Revista Inspirar, v.14, n.4. 2017.

SILVA, V. S. et al. Evolução e associação do IMC entre variáveis sociodemográficas e de condições de vida em idosos do Brasil: 2002/03-2008/09. Ciência & Saúde Coletiva, v.23, n.3, p.891-901. 2018.

VIEIRA, G. P. et al. Realidade virtual na reabilitação física de pacientes com doença de Parkinson. Journal of Human Growth and Development, v. 24, n. 1, p. 31-41. 2014.

VITECKOVA S. et al.Extended Timed Up & Go test:

Iswalkingfowardandreturningbacktothechairequivalentegait?.Jornaldebiomecânica, Abril. 2019.

WÜEST, S. et al. Usability and Effects of an Exergame-Based Balance Training Program.GamesFor Health Journal: Research, Development, and Clinical Applications, v. 3, n. 2, p. 106-114. 2014.

Capítulo 31

10.37423/230207188

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE E PREVENÇÃO DA PAV PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DA UTI DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DO ESTADO DO RJ

Roberta Almeida Amoedo — *Hospital Municipal Lourenço Jorge*

Indira Gusmão Braga — *Hospital Municipal Lourenço Jorge*

Ana Paula Guimarães — *Hospital Municipal Lourenço Jorge*

Aline Alves Bastos — *Hospital Municipal Lourenço Jorge*

Claudia de Jesus da Paixão — *Hospital Municipal Lourenço Jorge*

Cátia Cristina Ferreira — *Hospital Municipal Lourenço Jorge*

Thatiane de Almeida Pinheiro — *Hospital Municipal Lourenço Jorge*

Marilene Souza Mendonça Quirino — *Hospital Municipal Lourenço Jorge*

Kerry Jeane Sathler — *Hospital Municipal Lourenço Jorge*

Marina da Silva — *Hospital Municipal Lourenço Jorge*

Resumo:

Introdução: A Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é considerada um dos eventos adversos mais frequentes e grave problema de saúde pública. A PAV integra as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), aumentando morbidade, mortalidade e os custos a elas relacionados. Estudo realizado no Brasil estima que os custos de ocupação hospitalares em pacientes com e sem diagnóstico de IRAS, concluiu que a despesa diária do paciente com IRAS é superior 55% quando comparado com pacientes sem diagnostico de IRAS. Serviços de saúde e equipes bem treinadas, comprometidos com a magnitude do problema das infecções e que aderem aos programas de controle e prevenção reduzem mais de 70% os casos de IRAS. A unidade de terapia intensiva do estudo em pauta foi selecionada para participar do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) através do projeto "Saúde em nossas mãos, melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil", oferece suporte continuo através de visitas técnicas, treinamentos presenciais e virtuais, tornando o ambiente na UTI mais seguro e consequentemente redução das IRAS em 30%, dentre elas a pneumonia associada à ventilação mecânica. **Metodologia:** As ferramentas de qualidade utilizadas no estudo foram o Ciclo *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), Quadro Kamishibai e o Checklist em forma de carimbo. **Resultados:** com a inserção das medidas de melhorias iniciado em outubro de 2021, observa-se uma tendência de queda na taxa de incidência de PAV, sustentando resultado e gerando um recálculo da linha de base no mês de julho 2021. **Conclusão:** A implementação do programa de controle e prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica, colaborou na redução da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica e intensificou os programas de prevenção e controle de IRAS em todos os níveis de gestão e assistência dentro da unidade de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

A Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como infecção pulmonar identificada pela utilização de uma combinação de critérios clínicos, laboratoriais e de imagem no paciente acoplado em ventilação mecânica (VM), por um período maior que dois dias consecutivos, sendo o D1 o primeiro dia da VM e que na data do diagnostico o paciente deve estar no suporte ventilatório ou ter sido retirado até o dia anterior, é considerada um dos eventos adversos mais frequentes e grave problema de saúde pública. A PAV integra as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), aumentando morbidade, mortalidade e os custos a elas relacionados, além de afetar de forma negativa a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde (ALEXIOU VG *et al*., 2009; Li BASSI G; ANVISA, 2021/2025).

Países em desenvolvimento apresentam limitações nas evidências relacionadas a economia dos gastos causados pelas IRAS. Estados Unidos da América (EUA) e Europa sugerem custos estimados em bilhões por ano. De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos da América (CDC/EUA), os custos hospitalares relacionados às IRAS variam de US $ 35,7 a 45 bilhões anuais nos EUA, e com impacto econômico anual de 7 bilhões de euros na Europa. Estudo realizado no Brasil estimando os custos de ocupação hospitalares em pacientes com e sem diagnóstico de IRAS, concluiu que a despesa diária do paciente com IRAS é superior 55% quando comparado com pacientes sem diagnostico de IRAS (ANVISA, 2021).

No entanto, pesquisas comprovam que serviços de saúde e equipes bem treinadas, comprometidos com a magnitude do problema das infecções e que aderem aos programas de controle e prevenção reduzem mais de 70% os casos de IRAS. Desta forma fica evidente, que as IRAS são evitáveis se forem executadas medidas eficazes de prevenção e controle de infecção (PCI) pelos serviços de saúde. (ANVISA, 2021).

Vale ressaltar que a unidade de terapia intensiva do estudo em pauta foi selecionada para participar do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) através do projeto “Saúde em nossas mãos, melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil”, elaborado em 2018 de forma colaborativa pelos hospitais PROADI-SUS e pelas equipes técnicas da coordenação do Plano Nacional de Saúde (PNS) e da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e de Urgências do Departamento de Atenção Hospitalar da Secretaria de Atenção à Saúde (CGHOP/DAHU/SAS/MS) utilizando metodologia que pressupõe a participação ativa de todos envolvidos, baseado no propósito de “todos ensinam e todos aprendem”. O programa oferece suporte

continuo através de visitas técnicas, treinamentos presenciais e virtuais, tornando o ambiente na UTI mais seguro e consequentemente redução das IRAS em 30%, dentre elas a pneumonia associada à ventilação mecânica (PROJETO PROADI-SUS, 2021).

OBJETIVO

Implementar um programa de controle e prevenção para pneumonias associadas a ventilação mecânica, utilizando ferramentas de gestão de qualidade.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, baseado em um programa de prevenção e controle de infecção de PAV, utilizando ferramentas de gestão de qualidade no serviço de fisioterapia na unidade de terapia intensiva de um hospital municipal do Rio de Janeiro.

As ferramentas de qualidade utilizadas no estudo foram o Ciclo *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), Quadro Kamishibai e o Checklist em forma de carimbo, descritos a seguir.

O Ciclo *Plan-Do-Study-Act* (imagem 1) foi aplicado continuamente nos processos de melhorias implementados na unidade de terapia intensiva, através de práticas dividida em quatro etapas: ***Plan***: primeira etapa da ferramenta que consiste em identificar a necessidade de um teste de mudança e elaborar um plano de ação; ***Do***: segunda etapa da ferramenta que consiste em de executar medidas de treinamento com uso de critérios, checklist e registro de dados; ***Study***: terceira etapa da ferramenta que consiste em verificar e analisar indicadores; ***Act***: quarta e última etapa da ferramenta que consiste em padronizar processos ou propor novas ações de melhorias. Esta ferramenta foi aplicada nos instrumentos de passagem de plantão, evolução da fisioterapia, round multidisciplinar, norteador de extubação orotraqueal, checklist do quadro kamishibai e do plano terapêutico (LANGLEY *et al*., 2013).

EQUIPE: MULTIDISCIPLINAR UTI **DATA: INÍCIO 08/08/2022**

Descreva o primeiro (ou próximo) teste de mudança	Pessoa responsável	Quando deve ser realizado	Onde deve ser realizado
Instrumento: Plano terapêutico da UTI	Equipe Multidisciplinar	Durante o round multiprofissional	UTI Adulto

Questões para as quais queremos obter resposta com este teste:

Planejamento

Enumere as tarefas necessárias para preparar o teste de mudança	Pessoa responsável	Quando deve ser realizado	Onde deve ser realizado
1. Treinar equipe Multidisciplinar; 2. Prencher durante o round com decisões e recomendações; Inserir na placa beira leito.	Equipe Multidisciplinar	Diáriamente	UTI adulto

Qual será o resultado esperado?	Que medidas irão ajudar a avaliar os resultados?
1. Facilitar a comunicação entre equipes, 2. Garantir continuidade da assistência	1. Checklist do round multidisciplinar

...neste momento. Voce agora já planejou o teste, mas não será capaz de completar as próximas fases (Do-Study-Act) sem antes realizar o teste. Realize o teste e descreva no DO

Do: Descreva como foi a realização do teste de mudança
Study: Descreva os resultados medidos, quais as diferenças com os resultados previstos e o que aprendeu com a realização do ciclo
Act: Descreva o que será aplicado na pratica ou qual será o próximo ciclo de PDSA – treinamento da equipe na importância de inserir o carimbo assim que a prescrição for liberada, e a verificação do cuff acontecer mais vezes durante o plantão. **Próximo PDSA:** SETEMBRO 2022

Imagem 1. Modelo da ferramenta PDSA na etapa Plan.

A segunda ferramenta aplicada foi o quadro Kamishibai, usado como medida de auditoria e gestão visual utilizado no *Bundle* de PAV, sendo avaliado diariamente, através de cartões que apresentam informações sobre processos de trabalho, por um membro da equipe multidisciplinar sinalizando como conforme e não conforme, utilizando o lado verde e vermelho do cartão respectivamente. Favorecendo assim analisar semanalmente as fragilidades e oportunidades de melhorias, traçando planos de ações específicos para cada situação.

Esta ferramenta permite avaliar e aprimorar os seguintes itens: 1. Técnica de higiene oral diária; 2. Controle da pressão do balonete do tubo orotraqueal no mínimo três vezes ao dia com registro documentado; 3. Elevação da cabeceira de 30 a 45 graus através de identificação de marcação no leito; 4. Sedação com critérios e níveis baseado em metas de escala padronizada pela *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS); 5. Critérios clínicos, laboratoriais e teste de respiração espontânea (TRE) para extubação orotraqueal; 6. Cuidados e manutenção do sistema de ventilação mecânica conforme recomendações vigentes no país (SILVA, 2016; LIZY C *et al*., 2011).

Imagem 2. Quadro KAMISHIBAI

A terceira ferramenta aplicada foi o *checklist,* utilizado diariamente em forma de carimbo no verso da prescrição médica, com objetivo de controlar e garantir a execução das condutas, documentadas em prontuários, evitando comprometer os resultados. Esta ferramenta é composta por itens do *Bundle* de PAV e preenchida pela equipe de fisioterapia da unidade de terapia intensiva. Os itens presentes na ferramenta são: 1. Filtro trocado e datado; 2. Circuito de ventilação sem condensação; 3. Redução da sedação; 4. Teste de respiração Espontânea e 5. Identificação da aferição da pressão do balonete orotraqueal contendo as três verificações do dia com valores antes e após verificação (SOLE ML *et al*,. 2011).

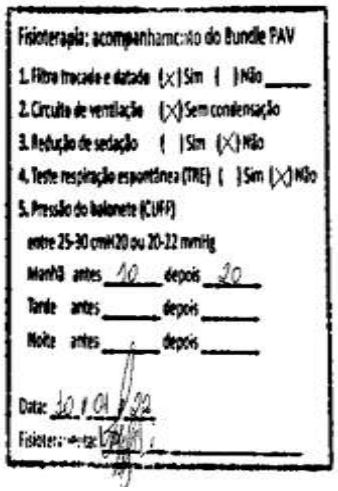
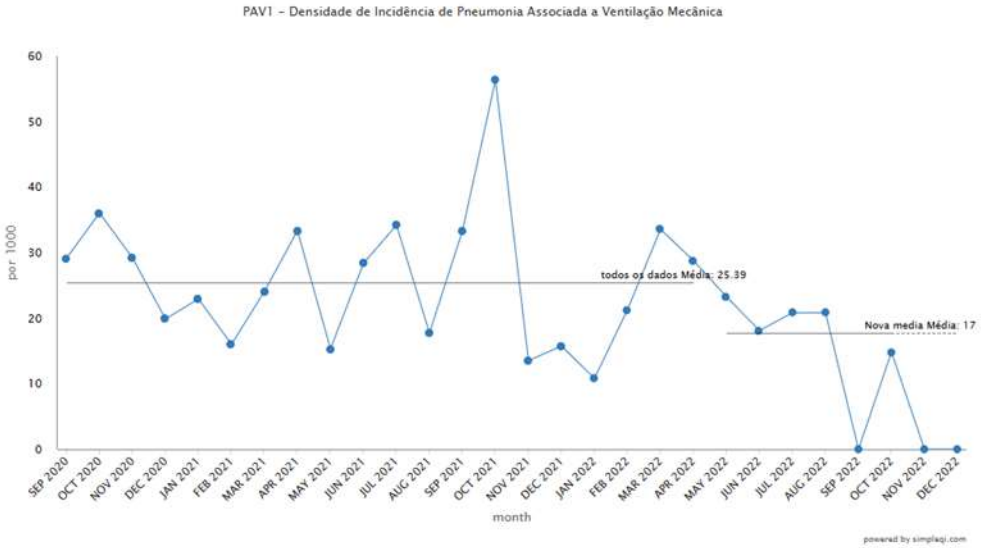


Imagem 3. Checklist

RESULTADOS

No gráfico abaixo pode ser identificado, no período que precede o início do processo de implementação de medidas, a não sustentabilidade nos resultados pela ausência das medidas adotadas. Com a inserção das medidas de melhorias iniciado em outubro de 2021, observa-se uma tendência de queda na taxa de incidência de PAV, sustentando resultado e gerando um recálculo da linha de base no mês de julho 2021. Este resultado está relacionado a medidas de melhoria implantadas na unidade com os devidos treinamentos das equipes obtendo maior integração na participação dos processos de trabalho.



CONCLUSÃO

A implementação do programa de controle e prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica, pela equipe de fisioterapia, colaborou na redução da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica e intensificou os programas de prevenção e controle de IRAS em todos os níveis de gestão e assistência dentro da unidade de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota técnica GVIMS/GGTES Nº 07/2021 Critérios diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS): notificação nacional obrigatória para o ano de 2022. Brasília: ANVISA, 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde 2021 a 2025. Brasília: ANVISA, 2021.

ALEXIOU VG, LERODIAKONOU V, DIMOPOLUS G, Falagas ME. Impact of Patient position on the incidence of ventilator associated pneumonia: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Crit Care. 2009 Dec; 24(4)515-22

LANGLEY, Gerald J.; MOEN, Ronald D.; NOLAN, Kevin M. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. The Deming Institute, 2013. Disponível em: https://deming.org/the-improvement-guide/. Acesso em: 30 jan. 2023.

Li BASSI G, TORRES A. Ventilator-associated pneumonia: role of positioning. Curr Opin Crit Care. 2011 Feb; 17(1)57-63.

LIZY C, SWINNWM W, LABEAU S, BLOT S. Deviations in endotracheal cuff pressure duing intensive care. Am J Crit Care. 2011nov; 20(6):421-2.

PROJETO PROADI-SUS melhorando a segurança do paciente em larga escala no brasil., 16 de dez de 2021. Disponível em: <http://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/melhorando-a-seguranca-do-paciente-em-larga-escala-no-brasil>. Acesso em: 30 de jan de 2023.

SILVA, Vinicius Santos; DE ASSIS, Rodrigo Furlan; KAWAKAME, Marcelo Dos Santos . Utilização de kamishibai para gestão visual: uma pesquisa-ação em empresa do setor metalúrgico. In: simpósio de engenharia de produção, XXIII, 2016, São Paulo.

SOLE ML, SU X, TALBERT S, PENOVER D A, KALITA S, et al . Evoluation of an intervention to maintain endotracheal tube cuff pressure whitin therapeutic rang. Am J Crit Care. 2011; 20(2): 109-18.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

conhecimentolivre.org/home
contato@conhecimentolivre.org
editoraconhecimentolivre

MULTIDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE:

A NECESSIDADE DA INTEGRAÇÃO

VOLUME II