



**MULTIDISCIPLINARIDADE
EM SAÚDE:
A NECESSIDADE
DA INTEGRAÇÃO**

VOLUME III



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico Celestino Barbosa

Multidisciplinaridade em saúde: a necessidade da integração

3ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

3ª 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

250 f.: il

DOI: 10.37423/2023.edcl708

ISBN: 978-65-5367-309-0

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.edcl708>

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	7
RECONSTRUÇÃO DO COMPLEXO AREOLOPAPILAR COM DOUBLE OPPOSING FLAP JEFFERSON DI LAMARTINE GALDINO AMARAL Ricardo Cintra Junior José Carlos Daher Marcela Caetano Cammarota JULDÁSIO GALDINO DE OLIVEIRA JÚNIOR Diogo Borges Pedroso DOI 10.37423/230307502	
CAPÍTULO 2	23
A PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS IAGONARA SILVA DOI 10.37423/230407515	
CAPÍTULO 3	33
INSERÇÃO DA TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA NA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/PR COM MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NO CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE Luis Fernando Novais Arnaldo Zubioli Marco Antonio Costa DOI 10.37423/230407524	
CAPÍTULO 4	82
PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS ENCAMINHADOS AO NÚCLEO DE ORIENTAÇÃO E ESTIMULAÇÃO AO LACTENTE DE UM HOSPITAL INFANTIL Ana Manuela Diogenes Teixeira Carolina de Paiva Farias Renata Santos Almeida Mayara Carvalho Fortes Jocileide Sales Campos DOI 10.37423/230407527	
CAPÍTULO 5	97
AS CONSEQUÊNCIAS DO ESTRESSE NA CONJUGALIDADE Lueny Beserra Gonçalves Reis Ângela Patrícia Pereira Alves Macedo Camila Nanhara Brito de Jesus Thamyris Maués dos Santos DOI 10.37423/230407534	

CAPÍTULO 6	119
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Maximiana Aparecida dos Reis Fonseca Marisangela de Palma Silva Flávia Batista Portugal DOI 10.37423/230407538	
CAPÍTULO 7	129
O ENSINO DA MICROBIOLOGIA AOS FUTUROS NUTRICIONISTAS: A SITUAÇÃO DO ENSINO NA ÁREA MICROBIOLÓGICA	
Robinson Moresca de Andrade Elisângela Bezerra de Lima Afonso Jaziel Menezes dos Santos Luana Menezes da Silva Alaor Wisla Micarim Oliveira Santos DOI 10.37423/230407540	
CAPÍTULO 8	136
VIDANÇA: A ARTE ATRELADA A QUALIDADE DE VIDA	
Bianca Rodrigues Holanda Phelipe Bezerra Braga DOI 10.37423/230407544	
CAPÍTULO 9	145
AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE OCULAR: REVISÃO LITERATURA	
Weverton da Silva Sena Renata Pinto Ramos DOI 10.37423/230407586	
CAPÍTULO 10	159
AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SANTARÉM	
Luana Tais de Jesus Santos Pedrosa Lucas Gabriel Viel Ribeiro Ingrid da Silva Leite DOI 10.37423/230407603	

CAPÍTULO 11	181
MENTE E CORPO: EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA ROTINA DE PESSOAS COM SINTOMAS ANSIOSOS	
Fabrine Silva Freires	
Bianca Amorim	
Livia Mara Gomes Pinheiro	
Iago Raphael David	
DOI 10.37423/230407611	
CAPÍTULO 12	194
APRENDER A CUIDAR DE ESTOMA E AS CONTRIBUIÇÕES DE UM VÍDEO EDUCATIVO	
TATIANE COSTA DA COSTA	
DOI 10.37423/230407615	
CAPÍTULO 13	210
A (IN)SATISFAÇÃO E (DES)MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA UNIDADE MUNICIPAL DA ILHA DE COTIJUBA-PA.	
JAQUELINE FERREIRA DIAS	
JESSYCA ELAINE GONÇALVES DA SILVA	
Camilo Eduardo Almeida Pereira	
Karina Raissa Rodrigues de Jesus	
Danielle Cordeiro da Cunha	
Miquéias Bailão Teixeira	
Rose Danielle Couto de Campos da Silva	
Ellen Rejane Lima da Conceição Rodrigues	
Livia Brena Marreira de Aquino	
Silvana Silva de Souza	
DOI 10.37423/230407616	
CAPÍTULO 14	227
ASPECTOS CLÍNICOS E GEOEPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO MUNDIAL: REVISÃO INTEGRATIVA	
Cynthia Cardozo Dias Lima	
Adriana Gomes Nogueira Ferreira	
Ana Lucia Fernandes Pereira	
Richard Pereira Dutra	
Floriacy Stabnow Santos	
Livia Maia Pascoal	
Marcelino Santos Neto	
DOI 10.37423/230407630	

Capítulo 1



10.37423/230307502

RECONSTRUÇÃO DO COMPLEXO AREOLOPAPILAR COM DOUBLE OPPOSING FLAP

JEFFERSON DI LAMARTINE GALDINO AMARAL

CLÍNICA DI LAMARTINE & GALDINO

Ricardo Cintra Junior

HOSPITAL DAHER LAGO SUL

José Carlos Daher

HOSPITAL DAHER LAGO SUL

Marcela Caetano Cammarota

HOSPITAL DAHER LAGO SUL

JULDÁSIO GALDINO DE OLIVEIRA JÚNIOR

CLÍNICA DI LAMARTINE & GALDINO

Diogo Borges Pedroso

HOSPITAL DAHER LAGO SUL



Resumo:

INTRODUÇÃO: A reconstrução do complexo areolopapilar (CAP) é etapa fundamental na reconstituição mamária nos casos em que há amputação desse complexo durante a mastectomia. Uma técnica muito eficiente é a do *double opposing flap*, que possibilita reconstruir o CAP, propiciando diâmetro adequado, boa projeção e simetria em relação ao CAP contralateral, com a possibilidade de fechar a área doadora e com todas as cicatrizes contidas na topografia da nova aréola reconstruída. O objetivo deste estudo é demonstrar os resultados obtidos nas reconstruções do CAP com o *double opposing flap* nas reconstituições mamárias.

MÉTODO: Estudo retrospectivo de 24 pacientes, nas quais foram reconstruídos 31 CAPs (17 unilaterais e 7 bilaterais) utilizando a técnica referida, entre julho de 2008 e junho de 2010. Os resultados foram avaliados objetiva e subjetivamente.

RESULTADOS: Na análise subjetiva, o grau de satisfação das pacientes foi elevado no que concerne ao resultado cirúrgico final. Na análise objetiva, o diâmetro horizontal areolar e a projeção mamilar dos CAPs reconstruídos demonstraram-se matematicamente semelhantes, com valores de P apresentando significância estatística ($P > 0,05$).

CONCLUSÕES: O *double opposing flap* é, na atualidade, uma excelente estratégia para reconstrução do CAP, com metodização que propicia curta curva de aprendizado, garantindo mamilos centralizados, simétricos e com resultados duradouros.

Palavras-chave: Mamoplastia. Mama/cirurgia. Mamilos/cirurgia. Neoplasias da mama. Retalhos cirúrgicos.

INTRODUÇÃO

A reconstrução do complexo areolopapilar (CAP) é etapa fundamental na reconstituição mamária nos casos em que há amputação desse complexo durante a mastectomia. Há uma diversidade de técnicas publicadas que apresentam resultados controversos, alguns considerados muito bons e outros, frustrantes.

Adams¹, em 1949, foi pioneiro na utilização de enxerto de pele dos pequenos lábios como área doadora para reconstrução do CAP. Outras técnicas utilizando grandes lábios também já foram descritas, porém com resultados desapontadores, em decorrência da coloração inadequada do enxerto, além da necessidade de abordagem de uma área doadora em que a deformidade residual é um fato²⁻⁴. Em pacientes de pele clara, Brent & Bostwick⁵ utilizaram enxerto de pele da região retroauricular com bons resultados, pela tonalidade rósea obtida em pacientes com pouca pigmentação do CAP. A pele da região inguinoperineal é mais bem empregada para reconstruções em que se deseja obter coloração mais escura do CAP^{3,4,6}.

Os chamados "bancos de mamilos" foram descritos por Millard et al.⁷, em 1971. Originalmente consistia na retirada do CAP e na transferência para a nádega, a virilha ou o abdome como enxerto de pele total durante a mastectomia. Posteriormente à reconstituição da mama, os enxertos eram coletados e utilizados para reconstrução do CAP. Dúvidas em relação à segurança desse método surgiram após descrição de casos em que pacientes apresentaram comprometimento linfonodal, com células mamárias na região inguinal ao utilizar a virilha como "banco de mamilo".

Nos últimos 20 anos, o marco evolutivo das técnicas de reconstrução do CAP tem sido a utilização de retalhos locais. A primeira técnica foi publicada por Berson⁸, em 1946, que confeccionava três retalhos triangulares de pele que seriam elevados e suturados para formação de uma projeção mamilar. Em 1984, Little⁹ criou o *skate flap*, que se tornou a técnica mais popular para reconstrução do CAP (Figura 1). Trata-se de um retalho dermogorduroso vertical que é elevado e ambas as asas são enroladas ao redor de um núcleo central de gordura, para garantir adequada projeção mamilar. Para recompor a coloração do CAP, utilizava-se dermopigmentação. Múltiplas modificações a partir dessa técnica surgiram desde então. Uma técnica muito eficiente é a descrita por Shestak & Nguyen¹⁰, chamada *double opposing flap*, a qual possibilita reconstruir o CAP com diâmetro adequado, boa projeção, simétrico ao contralateral, com a possibilidade de fechar a área doadora e com todas as cicatrizes contidas na topografia da nova aréola reconstruída.

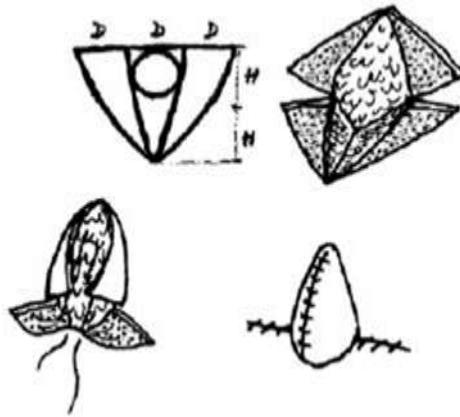


Figura 1 - Desenho esquemático do *skate flap*.

O objetivo deste trabalho consiste em apresentar os resultados obtidos nas reconstruções do CAP com o *double opposing flap* nas reconstituições mamárias com as mais variadas técnicas, tanto imediatas como tardias, e demonstrar inovações a partir da técnica original.

MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo de análise de 24 pacientes nas quais foram reconstruídos 31 CAPs (17 unilaterais e 7 bilaterais) utilizando a técnica referida, entre julho de 2008 e junho de 2010. Em virtude de sua versatilidade, a técnica foi empregada após reconstruções com retalho miocutâneo do músculo reto abdominal (TRAM), retalho do músculo grande dorsal (RGD) com prótese e técnicas de expansão. A variação da espessura da pele e do coxim adiposo na região a se reconstruir o CAP, bem como antecedentes de radioterapia, não inviabilizaram a confecção do double opposing flap.

Na maioria das pacientes, o CAP foi reconstruído no terceiro tempo cirúrgico, conforme tradicionalmente descrito por vários autores; todavia, em 8 casos, a reconstrução do CAP foi realizada no momento da simetrização. Em 2 pacientes em que foram utilizados RGD e prótese, a reconstrução do CAP foi realizada no primeiro tempo cirúrgico, conforme descrito por Hammond et al.¹¹.

Os resultados foram avaliados objetiva e subjetivamente. A avaliação subjetiva consistiu em questionamentos realizados por uma técnica de enfermagem, no consultório, e as pacientes classificaram o grau de satisfação com o resultado final obtido em regular, bom e excelente.

Na avaliação objetiva, uma mensuração dos CAPs reconstruídos e das aréolas remanescentes foi feita pela mesma técnica de enfermagem, que foi devidamente orientada e treinada para tomar as seguintes medidas: diâmetro horizontal da aréola (DH) e projeção do mamilo (PM). Tais dados foram analisados por meio de média, desvio padrão, mediana, e valores mínimos e máximos. Além disso, foi

empregado o teste estatístico de *Wilcoxon*, com significância de 5%, para testar a hipótese de similaridade entre as mamas, no que se refere à semelhança entre o CAP reconstruído e o CAP remanescente e também a semelhança entre os dois novos CAPs nos casos de reconstrução bilateral. Para ilustrar os resultados, foram utilizados gráficos de linhas e gráficos tipo box-plot.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O *double opposing flap*, como a maioria dos retalhos locais, deve ser executado após obtenção da estabilidade da projeção da neomama, no segundo ou terceiro tempos das reconstruções mamárias.

Nas reconstruções mamárias unilaterais, deve-se inicialmente estudar a posição do mamilo contralateral, o diâmetro da base e a projeção, bem como as medidas horizontais e verticais da aréola, de modo a buscar a simetria do CAP reconstruído.

O retalho é desenhado com o mamilo localizado no ponto de maior projeção da neomama, considerando a aréola oposta nos casos de reconstrução unilateral. A largura da base do mamilo oposto e sua projeção determinam o tamanho do retalho a ser desenhado. Nos casos de reconstruções bilaterais, essa medida deve ser projetada de acordo com cada caso; porém, na maioria das vezes, suas dimensões devem ter entre 10 mm e 12 mm (Figura 2). A largura dos prolongamentos laterais é que determinará a projeção mamilar. O comprimento dos prolongamentos laterais deve ter entre 20 mm e 22 mm, podendo chegar a 30 mm.

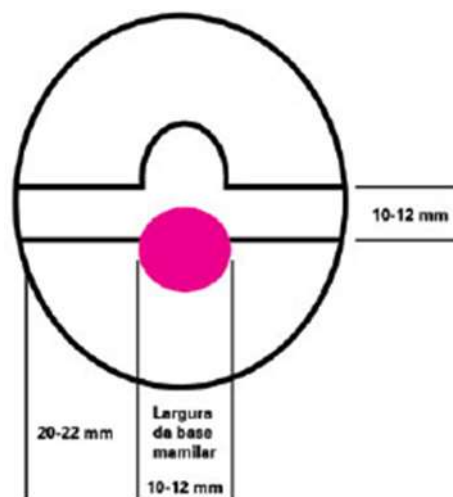


Figura 2 - Desenho esquemático do *double opposing flap*, com suas respectivas dimensões

A aréola do lado oposto deve ser cuidadosamente analisada e seus diâmetros registrados. O CAP a ser reconstruído deve ser planejado para apresentar medidas 20% a 25% maiores em relação ao lado oposto, para se obter simetria em relação ao contralateral. Uma sutura em *round block* é realizada

para equalizar suas dimensões e também promover uma sobreprojeção do CAP reconstruído em relação à pele da neomama. O diâmetro do CAP reconstruído deverá ter, após 3 ou 4 meses, semelhança ao lado oposto, para que a dermopigmentação não precise ultrapassar as bordas das cicatrizes.

Nas reconstruções bilaterais, as medidas areolares devem ser de cerca de 50 mm e o posicionamento deve variar de acordo com a perspectiva de melhor aporte sanguíneo ao retalho elevado e também com a maior disponibilidade de pele.

Uma inovação adotada por nossa equipe é o formato oval, que difere da forma circular do desenho proposto por Shestak & Nguyen¹⁰ (Figura 3).

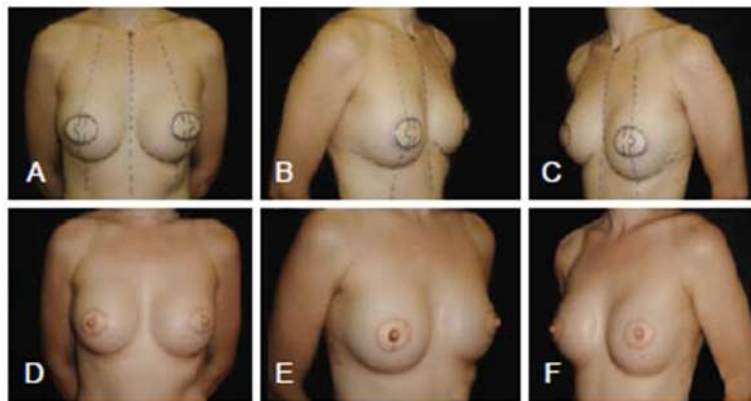


Figura 3 - Planejamento pré-operatório de reconstrução de complexo areolopapilar bilateral com *double opposing flap*, em paciente submetida a reconstituição mamária bilateral com músculo grande dorsal.

Durante a cirurgia, o retalho é gentilmente dissecado apenas o suficiente para que possa ser elevado a 90 graus, sem haver comprometimento do aporte sanguíneo, e suturado com fios de náilon 5.0 e 6.0. Após a montagem do mamilo, procede-se à confecção de sutura de Benneli¹² (sutura em *round block*) com fio de náilon 3.0 ou 2.0, que é colocada na derme profunda, pois não poderá sofrer extrusão sob o risco de aplainamento do CAP em caso de ser removido posteriormente. Essa sutura deve ser firme e segura para propiciar grande semelhança entre os diâmetros dos CAPs. São usados areolótomos convencionais para dimensionar o diâmetro adequado em que se deve fazer a sutura em *round block* (Figura 4).

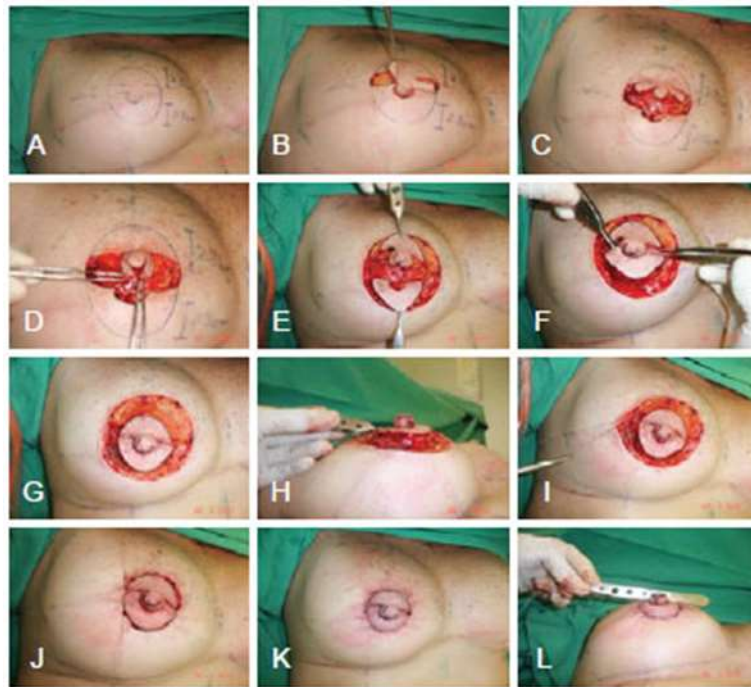


Figura 4 - Sequência dos passos cirúrgicos ilustrando a confecção do *double opposing flap*.

Nos casos de reconstrução do CAP, no terceiro tempo, realiza-se infiltração local com lidocaína a 2% sem vasoconstritor, com suporte de anestesiológico para sedação e monitorização.

RESULTADOS

Trata-se de amostra exclusivamente do sexo feminino, com média de idade de 53 anos e acompanhamento médio de 18 meses.

Na análise subjetiva, o grau de satisfação das pacientes foi elevado no que concerne ao resultado cirúrgico final, tanto nas reconstruções unilaterais como nas bilaterais, conforme demonstrado na Tabela 1.

Grau de satisfação	Tipo de reconstrução		Total
	Bilateral	Unilateral	
Regular	—	—	—
Bom	1	2	3
Excelente	6	15	21
Total	7	17	24

Para a avaliação objetiva dos dados foram considerados os seguintes parâmetros: DH e PM. O resultado da análise objetiva considera os valores de $P > 0,05$ (5%) como de interesse do estudo, pois aceita a hipótese de similaridade.

Foi avaliada a diferença média entre as medidas do CAP reconstruído e o da mama oposta, no caso das reconstruções unilaterais, sendo obtidas médias de 1,12 mm ($P = 0,0817$) e -0,18 mm ($P = 0,4685$) para DH e PM, respectivamente (Tabela 2; Figuras 5 e 6).

Tabela 2 – Diâmetro horizontal e projeção do mamilo em pacientes com reconstrução mamária unilateral.

Medida	Mama reconstruída (mm)			Mama oposta (mm)			Diferença (mm)			P*
	Média	Desvio padrão	Min-Máx	Média	Desvio padrão	Min-Máx	Média	Desvio padrão	Min-Máx	
Diâmetro horizontal	43,82	6,97	30-57	42,71	6,52	29-55	1,12	2,24	2-7	0,0817
Projeção do mamilo	4	1,41	1-7	3,82	1,74	1-8	-0,18	1,94	3-7	0,4685

* Teste de Wilcoxon.

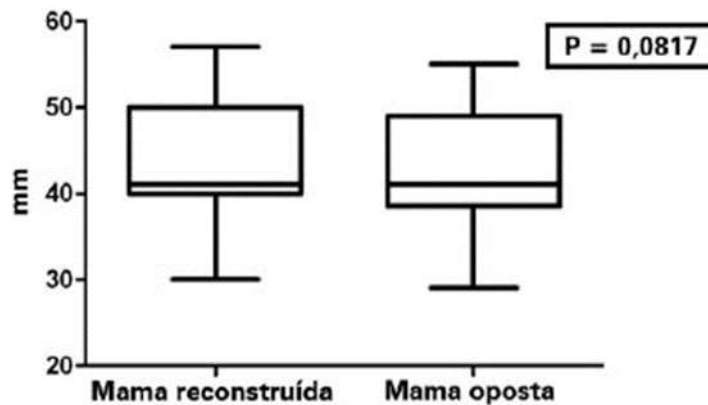


Figura 5 - Diâmetro horizontal da aréola nas reconstruções mamárias unilaterais.

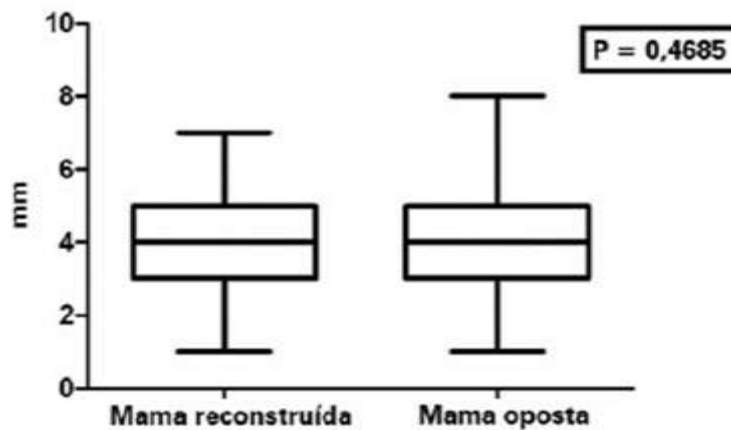


Figura 6 - Projeção do mamilo nas reconstruções mamárias unilaterais.

Na análise do DH e da PM nas reconstruções mamárias unilaterais, observa-se que os valores de P obtidos apresentaram diferença estatisticamente significativa ($P > 0,05$) e, conseqüentemente, cada parâmetro isoladamente é considerado matematicamente semelhante quando a mama reconstruída é comparada à mama oposta. Nas Figuras 7 e 8, as curvas entre mama reconstruída e mama oposta caminham praticamente juntas no estudo do DH e da PM separadamente, demonstrando a similaridade entre as dimensões desses parâmetros analisados.

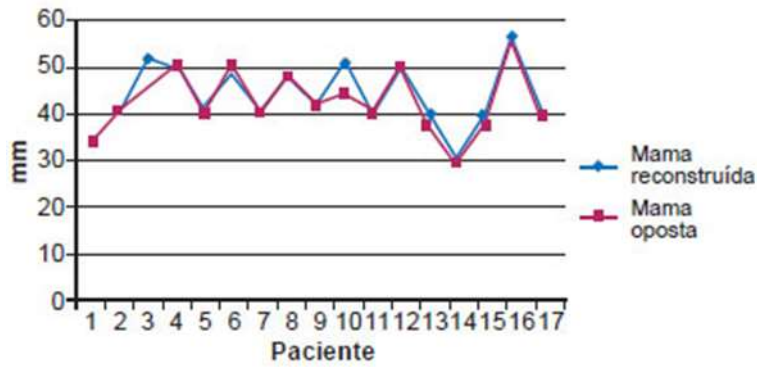


Figura 7 - Diâmetro horizontal da aréola nas reconstruções mamárias unilaterais.

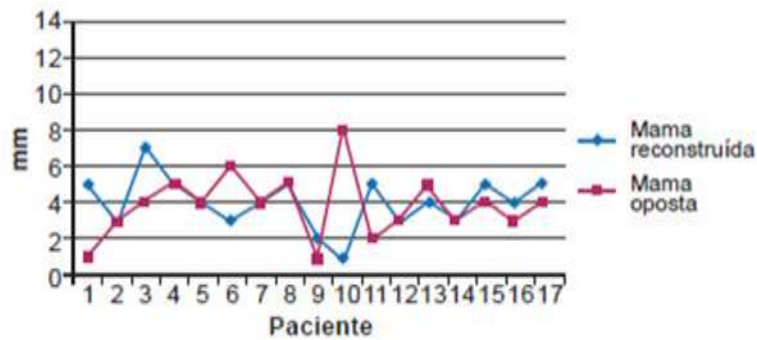


Figura 8 - Projeção do mamilo nas reconstruções mamárias unilaterais.

Nas reconstruções mamárias bilaterais, foram encontradas diferenças médias (direita-esquerda) de -0,13 (P = 0,8302) e 0 (P = 1,0000). A Tabela 3 e as Figuras 9 e 10 ilustram os resultados referentes à comparação do DH e da PM nas reconstruções mamárias bilaterais.

Tabela 3 – Diâmetro horizontal e projeção do mamilo em pacientes com reconstrução mamária bilateral.

Medida	Mama direita (mm)			Mama esquerda (mm)			Diferença (mm)			P*
	Média	Desvio padrão	Min-Max	Média	Desvio padrão	Min-Max	Média	Desvio padrão	Min-Max	
Diâmetro horizontal	46,50	4,50	40-52	46,63	4,53	41-52	-0,13	1,46	(-2)-2	0,8302
Projeção do mamilo	4,25	2,61	2-10	4,25	2,25	2-8	—	1,60	(-3)-3	1,0000

* Teste de Wilcoxon.

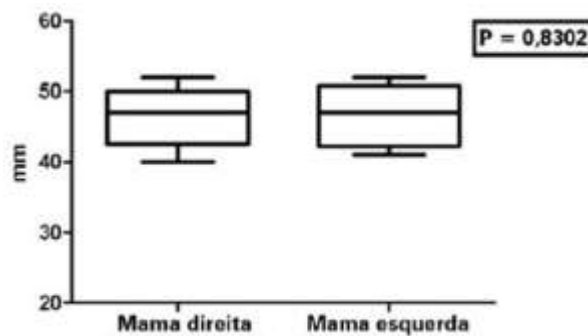


Figura 9 - Diâmetro horizontal da aréola nas reconstruções mamárias bilaterais.

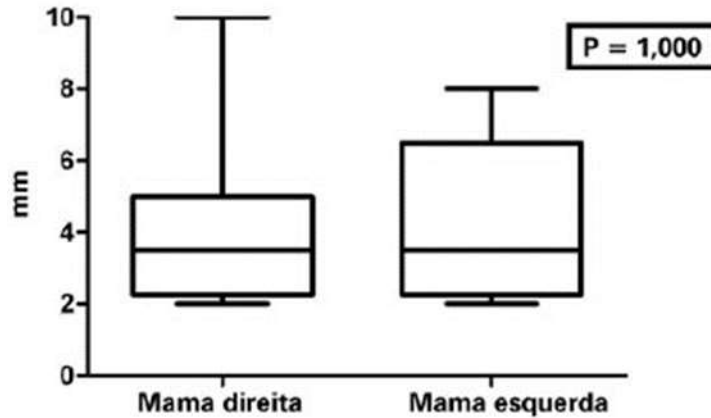


Figura 10 - Projeção do mamilo nas reconstruções mamárias bilaterais.

O DH e a PM nas reconstruções mamárias bilaterais apresentaram valores de P com maior significância estatística (Figuras 9 e 10) quando comparados às reconstruções unilaterais (Figuras 5 e 6). Nos gráficos das reconstruções bilaterais, as curvas quase se sobrepõem, demonstrando semelhança entre as mamas direita e esquerda no que concerne ao DH e à PM (Figuras 11 e 12).

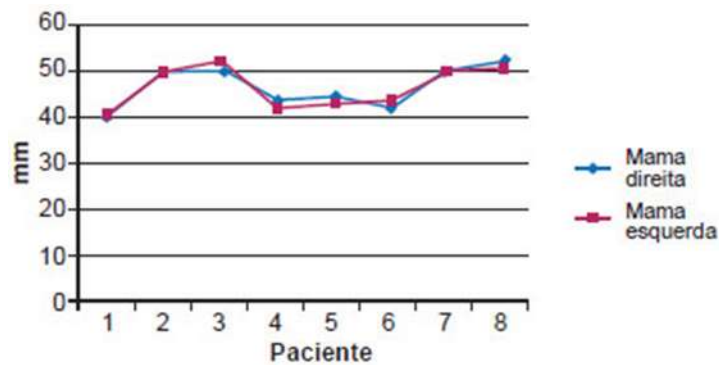


Figura 11 - Diâmetro horizontal da aréola nas reconstruções mamárias bilaterais.

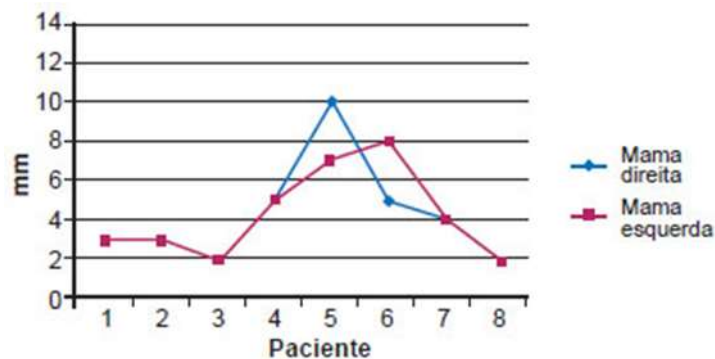


Figura 12 - Projeção do mamilo nas reconstruções mamárias bilaterais.

Dentre todas as reconstruções realizadas, apenas 3 pacientes evoluíram com necrose parcial dos retalhos, sendo tratadas com desbridamentos mecânicos sucessivos e curativos, sem que houvesse comprometimento no resultado final.

DISCUSSÃO

A excelência de resultados nas reconstruções do CAP é adquirida quando se obtém simetria nas posições, no formato, no tamanho e na textura, além de projeção permanente no mamilo reconstruído. No intuito de otimizar os resultados, alguns preceitos devem ser seguidos, independentemente da técnica utilizada.

Segundo Farhadi et al.¹³, a reconstrução do CAP deve ser adiada até que a neomama obtenha configuração estável, geralmente a partir de 4 meses após a reconstituição mamária. Nas reconstruções mamárias unilaterais, o CAP contralateral deve servir como modelo; entretanto, a posição tem que ser adaptada para as assimetrias da mama residual. Nas reconstruções mamárias bilaterais, a localização do CAP deve ser planejada de acordo com as referências anatômicas e preferências estéticas da paciente. Perda da projeção do mamilo reconstruído deve sempre ser prevista em decorrência da retração cicatricial que ocorre e que determina contração. Com isso, deve haver na programação do novo CAP uma hipercorreção de 25% a 50% do resultado desejado¹⁰. A utilização de retalhos locais nas reconstruções do CAP tem ganho popularidade desde a primeira publicação, realizada por Berson⁸. Desde então, houve evolução significativa, principalmente buscando melhorar o suprimento sanguíneo e minimizar as forças de retração, pela simplificação do *design* do retalho. A otimização na vascularização foi conseguida ampliando-se o plexo subdérmico presente na base do pedículo do retalho, além da utilização cada vez maior de retalhos duplamente pediculados, como o retalho em "S" inicialmente descrito por Cronin et al.¹⁴.

A técnica ideal de reconstrução do CAP deveria possibilitar atuar sobre qualquer tipo de tecido, a despeito de cicatrizes prévias e radioterapia, além de permitir que os limites do novo CAP não ultrapassem as margens dos retalhos usados nas reconstituições mamárias. Da mesma forma, o ideal é que não seja necessário abordar outras áreas do corpo para obtenção de tecidos, e que seja possível reconstruir, além da papila, um relevo que simule a aréola. Losken et al.¹⁵ (*C-V flap*), Anton et al.¹⁶ (*star flap*), Eskenazi¹⁷ (*wrap flap*) e Little⁹ (*skate flap*) apresentaram resultados em conformidade com essas características.

O *double opposing flap* garante esses princípios e, ainda, obedece a uma marcação prévia que direciona todas as etapas da cirurgia e dita a forma e o perímetro do novo CAP¹⁰. Ao seguir a técnica originalmente descrita, notouse que o formato arredondado do desenho proposto por Shestak & Nguyen¹⁰ não garantia o posicionamento do mamilo exatamente no centro do complexo. Neste trabalho, foi proposta uma inovação dessa técnica e o retalho foi planejado com desenho em formato oval, garantindo um mamilo centralizado nos limites do novo CAP reconstruído (Figura 13).



Figura 13 - Em A, representação do desenho em formato "oval" do *double opposing flap* em paciente submetida a reconstrução mamária bilateral com retalho de músculo grande dorsal. Em B, 5º dia de pós-operatório demonstrando o posicionamento centralizado do mamilo no complexo. Em C, pós-operatório tardio revelando projeção e posicionamento mamilar adequados.

Nos casos de retalhos irradiados após reconstruções com expansores, RGD ou TRAM, a técnica pode ser perfeitamente realizada, sem que haja comprometimento do aporte sanguíneo local¹⁰. Entretanto, pode-se realizar autonomização do retalho em decorrência de distorções graves resultantes da radioterapia, como foi feito em 2 pacientes desta série, que evoluíram com resultado final satisfatório. Realizou-se sutura em *round block* e elevação dos retalhos laterais e da porção central do retalho, porém sem realizar as suturas no mesmo dia. Após 15 dias, as suturas finais foram executadas no consultório.

A sutura em *round block* é um importante passo cirúrgico e deve ser feita com o objetivo de reduzir a tensão nas linhas de sutura, deixar o CAP circular e migrá-lo superiormente ou medialmente, se necessário. Ainda nesse sentido, pode-se usar as cicatrizes prévias das mastectomias e dos retalhos transpostos para fazer pexias e migrar o novo CAP na direção que se deseje. Desse modo, obtém-se bom posicionamento do novo CAP, sem abordar áreas isentas de cicatrizes e, portanto, obedecendo-se ao princípio de não agredir além dos limites pré-definidos do *double opposing flap*. A Figura 14 ilustra o caso de uma paciente em que, na reconstrução com expansor temporário e implante de prótese, foi necessário mobilizar a prótese inferiormente e, no mesmo momento, confeccionou-se o CAP, que foi adequadamente posicionado com essa estratégia.

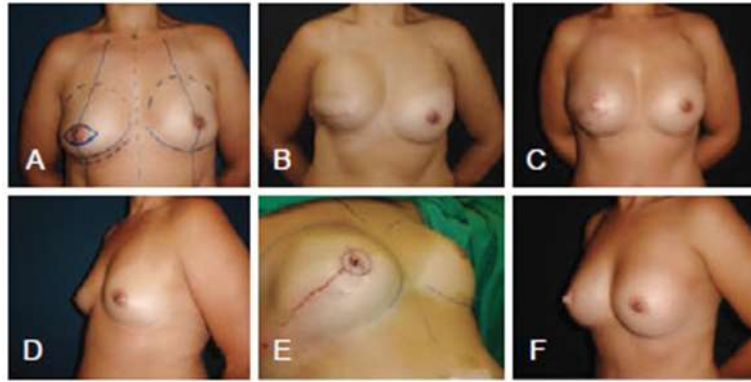


Figura 14 - Paciente em que foi realizado reposicionamento da prótese e reconstrução de novo complexo areolopapilar no mesmo tempo cirúrgico. Para evitar os excessos de pele e também migrar o *double opposing flap* para centralizá-lo na neomama e simetrizar sua posição com o complexo areolopapilar oposto, usou-se a cicatriz já aberta.

Dentre os refinamentos técnicos utilizados nas reconstruções mamárias temos a lipoaspiração e a lipoenxertia, que desempenham importante papel na correção de depressões cicatriciais ou inerentes à radiação. Essas ferramentas permitem regularização da espessura dos retalhos e simetriação de retalhos e mamas, com resultados esteticamente favoráveis¹⁸. Nas reconstruções mamárias com expansores, é frequente a escassez de tecidos para cobertura adequada, o que dificulta no futuro a utilização de retalhos locais para reconstrução do CAP. No intuito de aumentar a espessura dos retalhos que serão elevados para confecção do novo CAP, usamos com frequência a lipoenxertia em um tempo que antecede a realização do *double opposing flap*.

Após acomodação e cicatrização adequada do novo CAP reconstruído, deve ser realizada dermopigmentação areolar. De acordo com Spear et al.¹⁹, esse procedimento é responsável por garantir o máximo de realismo às reconstruções mamárias, por obter resultados de reconstruções areolares compatíveis com a tonalidade de pele de cada paciente.

Enquanto as reconstruções areolares são de simples execução e usualmente não oferecem dificuldades, a criação de um mamilo natural, tridimensional e com projeção duradoura permanece um desafio. Bezerra et al.²⁰ demonstraram resultados tardios satisfatórios utilizando tecidos autólogos para preenchimento, assim como Tostes et al.²¹, que utilizaram materiais sintéticos. A variabilidade de apresentação do mamilo em suas formas relaxada ou ereta ainda é tecnicamente inexecutável. Diante da diversidade de modalidades para reconstrução mamilar existentes, deve-se individualizar cada caso, levando-se em consideração as condições locais dos tecidos, além da preferência de cirurgião e paciente²².

O futuro das reconstruções do CAP está direcionado para a criação de estruturas mais dinâmicas e funcionais, obtidas com o auxílio da engenharia genética²³.

CONCLUSÕES

O *double opposing flap* mostrou-se eficiente para reconstrução do CAP, sendo, na atualidade, excelente estratégia, com baixos índices de complicações e metodização que propicia curta curva de aprendizado.

A não-agressão às áreas distantes é uma das maiores vantagens da técnica e, neste trabalho, conseguimos, com ligeira modificação da técnica original, reconstruir CAPs com mamilos centralizados, simétricos ao lado oposto e com resultados duradouros.

REFERÊNCIAS

1. Adams WM. Labial transplant for correction of loss of the nipple. *Plast Reconstr Surg.* 1949;4(3):295-8.
2. Cronin TD, Upton J, McDonough JM. Reconstruction of the breast after mastectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1977;59(1):1-14.
3. Schwartz AW. Reconstruction of the nipple and areola. *Br J Plast Surg.* 1976;29(3):230-3.
4. Broadbent TR, Woolf RM, Metz PS. Restoring the mammary areola by a skin graft from the upper inner thigh. *Br J Plast Surg.* 1977;30(3):220-2.
5. Brent B, Bostwick J. Nipple-areola reconstruction with auricular tissues. *Plast Reconstr Surg.* 1977;60(3):353-61.
6. Gruber RP. Nipple-areola reconstruction: a review of techniques. *Clin Plast Surg.* 1979;6(1):71-83.
7. Millard DR Jr, Devine J Jr, Warren WD. Breast reconstruction: a plea for saving the uninvolved nipple. *Am J Surg.* 1971;122(6):763-4.
8. Berson MI. Construction of pseudoareola. *Surgery.* 1946;20(6):808.
9. Little JW 3rd. Nipple-areola reconstruction. *Clin Plast Surg.* 1984;11(2):351-64.
10. Shestak KC, Nguyen TD. The double opposing periareola flap: a novel concept for nipple-areola reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(2):473-80.
11. Hammond DC, Khuthaila D, Kim J. The skate flap purse-string technique for nipple-areola complex reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(2):399-406.
12. Azzawi K, Humzah MD. Mammoplasty: the 'Modified Benelli' technique with de-epithelialisation and a double round-block suture. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59(10):1068-72.
13. Farhadi J, Maksvytyte GK, Schaefer DJ, Pierer G, Scheufler O. Reconstruction of the nipple-areola complex: an update. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59(1):40-53.
14. Cronin ED, Humphreys DH, Ruiz-Razura A. Nipple reconstruction: the S flap. *Plast Reconstr Surg.* 1988;81(5):783-7.
15. Losken A, Mackay GJ, Bostwick J 3rd. Nipple reconstruction using the C-V flap technique: a long-term evaluation. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(2):361-9.
16. Anton M, Eskenazi LB, Hartrampf CR Jr. Nipple reconstruction with local flaps: star and wrap flaps. *Perspect Plast Surg.* 1991;5(1):67-78.
17. Eskenazi L. A one-stage nipple reconstruction with the "modified star" flap and immediate tattoo: a review of 100 cases. *Plast Reconstr Surg.* 92(4):671-80.

18. Erdim M, Tezel E, Numanoglu A, Sav A. The effects of the size of liposuction cannula on adipocyte survival and the optimum temperature for fat graft storage: an experimental study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009;62(9):1210-4.
19. Spear SL, Convit R, Little JW 3rd. Intra-dermal tattoo as an adjunct to nipple-areola reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1989;83(5):907-11.
20. Bezerra FJF, Moura RMG, Costa VRS. Reconstrução papilar: preenchimento com tecido autólogo ou heterólogo. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(1):200-4.
21. Tostes ROG, Silva KDA, Andrade Júnior JCCG, Ribeiro GVC, Rodrigues RBM. Reconstrução do mamilo por meio da técnica do retalho C-V: contribuição à técnica. *Rev Bras Cir Plást.* 2005;20(1):36-9.
22. Banducci DR, Le TK, Hughes KC. Long-term follow-up of a modified Anton-Hartrampf nipple reconstruction. *Ann Plast Surg.* 1999;43(5):467-70.
23. Cao YL, Lach E, Kim TH, Rodríguez A, Arévalo CA, Vacanti CA. Tissue-engineered nipple reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(7):2293-8.

Capítulo 2



10.37423/230407515

A PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

IAGONARA SILVA

Centro Universitário Vale do Ipojuca - Wyden



Resumo: O campo de prática desenvolvida para a Assistência Farmacêutica estabelece o farmacêutico como um profissional determinante para ampliação do acesso da população a medicamentos essenciais, abrangendo o provimento de serviços e programas de saúde na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Compreendendo o entendimento de que a Assistência Farmacêutica engloba um campo multidisciplinar na qual permite a atuação de vários profissionais da área de saúde na pesquisa e no desenvolvimento de fármacos e medicamentos. Assim sendo, esse estudo relata o papel do farmacêutico e suas contribuições bem como a sua atuação na atenção básica do sistema público de saúde. Este artigo tem como objetivo identificar as principais intervenções que este profissional pode desempenhar. Trata-se de uma revisão bibliográfica explicativa, descritiva e de corte qualitativo sobre as possibilidades de atuação do farmacêutico no Sistema Único de Saúde, destacando-se o papel do farmacêutico e sua contribuição na promoção à saúde na Atenção Básica. Buscas estruturadas nas bases de dados em periódicos nacionais e internacionais, disponíveis eletronicamente por meio do EBSCO, PUBMED, SCIELO e BVS, no período de 1998 a 2018, com classificações Qualis Capes A e B. Dos artigos encontrados, foram considerados os que relatam experiências, atribuições, dificuldades, desafios na prática profissional, aspectos dos serviços prestados e a atuação do profissional farmacêutico. Considera-se importante o estudo desse tema, visto que são escassas as informações sobre as diversas possibilidades de contribuição do farmacêutico como melhoria para sua integração efetiva no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Farmacêutica. Serviços de Saúde. Relações farmacêutico-paciente.

1 INTRODUÇÃO

A grande conquista da sociedade brasileira foi à criação do SUS (Sistema Único de Saúde), que propõe à caracterização das políticas públicas promovendo uma ampla inclusão social para usuários ou pacientes. O SUS, criado pela Constituição Federal (1988) e institucionalizado pela Lei Orgânica de Saúde, é reconhecido por destacar seus princípios de universalidade, equidade no atendimento e integralidade nas ações e serviços de saúde (VIEIRA, 2010).

Após a incorporação do SUS em políticas públicas de saúde constatou-se como parte integrativa de novas práticas e desafios na gestão de saúde e qualificação dos serviços a serem prestados a população, uma vez que o envolvimento dos profissionais farmacêuticos de forma efetiva se deu com a criação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, representando uma organização de critérios para que diversos municípios aderissem a esse sistema (COSTA, 2017).

É importante destacar que no movimento do SUS, a Assistência Farmacêutica passou por vastas alterações ao longo dos tempos, para que então, fosse considerada um dos marcos principais nas diretrizes do SUS, a exemplo da integralidade, que permite a materialização dos serviços a serem prestados, determinando o desenvolvimento de ações e atividades na promoção a saúde pública (MELO, 2016, 2017).

Em razão disso, a Assistência Farmacêutica possui como modelo conceitual, o desenvolvimento de atividades na educação do uso racional de medicamentos, orientações e assistência farmacêutica, bem como o acompanhamento farmacoterapêutico, a avaliação dos resultados e os registros de suas atividades nesse sistema (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002, p. 18).

A estruturação e o perfil da assistência farmacêutica começaram de forma desestruturada, dependiam dos serviços ofertados pelo SUS, onde era mantida a ênfase na aquisição dos medicamentos, sendo assim o farmacêutico era visto pela população, como um vendedor de medicamentos e não como um profissional para desenvolver habilidades pertinentes ao uso correto dos medicamentos (PEREIRA, 2008).

Entretanto, as possibilidades de contribuição do farmacêutico e sua participação em todas as instâncias de organização e funcionamento exige que parte dos gestores de diversas esferas governamentais, defina um perfil que atenda as respectivas necessidades da população para esse sistema público, já que na prática, a assistência é entendida por diferentes interpretações, muitas

vezes a aquisição e distribuição de medicamentos dificultam a política de garantia de acesso ao medicamento (CORTEZ, 2014).

A inserção do farmacêutico em uma equipe multidisciplinar resulta em desafios inerentes, pois considera imprescindível a orientação sobre o uso adequado do medicamento. Um dos pontos a serem verificados é a qualidade da atenção à saúde e a presteza no atendimento, podendo ser caracterizada pela competência e eficiência do profissional, proporcionado aos pacientes, à satisfação favorável na prestação desse serviço (ARAÚJO, 2006a, 2008b).

Portanto, o profissional farmacêutico que esteja apto a prestar serviços de assistência ao paciente, podendo assim avaliar e orientar à farmacoterapia prescrita pelo médico e por meio de uma análise, verificar as particularidades de cada uma, detectando possíveis problemas relacionados a medicamentos (PRMs), pois a relação existente na atuação farmacêutica, que sejam práticas ou teóricas, deverá ser disposta pela a eficácia e a segurança da sua assistência (OLIVEIRA, 2010).

As questões atualmente que predomina a fragmentação dos serviços prestados, implica na ação dos gestores, que busquem diversas soluções pra atender as demandas que poderiam ser sancionadas, se uma simples inclusão do farmacêutico nessas áreas não fosse retrógrada e sim como um bom um profissional capacitado que pode atuar em conjunto, com profissionais de saúde que cuidam desses seguimentos (BERMUDEZ, 2018).

É possível identificar que os gestores de políticas da assistência farmacêutica possuem estratégias com foco em padrões operacionais que estejam enquadrados apenas para aquisição dos medicamentos, desconsiderando as viáveis possibilidades de contribuição do farmacêutico, voltados para a dispensação e a orientação ao paciente, podendo determinar uma melhoria na qualidade de vida da sociedade em questão (ROUVER, 2016).

Contudo, percebe-se que os critérios de avaliação dos serviços farmacêuticos são delimitados para enfrentar questões relacionadas para a sua efetiva prática clínica e sua atuação no âmbito do SUS, porém é de suma importância, entender que esse profissional, assim como os demais profissionais de saúde, precisa construir seu espaço portando como modelo a assistência farmacêutica para atender as expectativas de cada usuário do programa (ARAÚJO, 2006a, 2008b).

A prática clínica do farmacêutico e a sua maior participação nas equipes de saúde é bastante desafiadora, pois existem barreiras administrativas que desrespeitam aos gestores de saúde pública determinar a existência e a ampliação de um sistema de atenção farmacêutica, que assegure esse

profissional como o responsável pela racionalidade e a otimização dos atendimentos voltados para a qualidade adequada da farmacoterapia de cada paciente (FEGADOLLI, 2016).

São preocupantes os cenários que abordam as atividades e as assistências farmacêuticas no Brasil, pois se observam que existe um distanciamento das especificidades que englobam as unidades de saúde, uma vez que esses cenários possam restringir na efetividade dos serviços farmacêuticos que visam à garantia e o devido acesso aos medicamentos (GERLACK, 2017).

No entanto, o processo para esse segmento e as diversas possibilidades de contribuição do farmacêutico ainda são implicações que dependem de uma reorganização dos esforços de vários gestores, para que compactuem de uma mesma esfera de perspectivas, a fim de determinar um plano necessário pautado na Atenção Primária, ou seja, permitir a incorporação do farmacêutico ativamente nos serviços básicos de Saúde (CASTRO, 2010).

Para que as demandas da sociedade sejam atendidas de forma peculiar, é necessário que uma discussão defina o papel do farmacêutico como parte integrativa da assistência farmacêutica e sua efetivação no Sistema Público de Saúde, assim como o seu destaque e sucesso na carreira apresentando suas habilidades para esse mérito, porém dificilmente isso poderá ser realizado em curto prazo ou tempo, pois o farmacêutico é visto como um gerenciador e não como um especialista dedicado apenas para a atenção farmacêutica (MELO, 2016, 2017).

Para alguns gestores de Políticas Públicas de Saúde, a assistência farmacêutica é vista como a entrega de medicamentos, em que não levam em consideração os serviços farmacêuticos para que o seu uso seja de maneira coerente e que não traga risco aos pacientes, podendo desenvolver a melhora nas condições de saúde. Portanto essa situação é evidenciada em espaços reservados as unidades de saúde, que geralmente são reduzidos, por ainda serem poucos os recursos e requisitos essenciais que possam preservar a qualidade do medicamento (BARRETO; GUIMARÃES 2010).

A presença do farmacêutico é primordial por contribuir na racionalização do uso de medicamentos, na padronização de técnicas terapêuticas e na facilitação de desenvolver o fluxo de informações cruciais entre a farmácia e o usuário (KRAUSSER, 2010).

2 MÉTODOS

Este estudo integra uma revisão bibliográfica na modalidade integrativa, apoiando-se em literaturas seletivas composta de artigos científicos, com o objetivo de analisar as contribuições do farmacêutico, destacando-se os principais autores dos artigos em questão. O processo de levantamento de dados e

a estruturação desse tema teve caráter qualitativo, pois buscou uma observação sobre os aspectos dos serviços prestados e a atuação do profissional farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta pesquisa buscou-se compreensão das limitações da Gestão da Assistência Farmacêutica e a Política Nacional da Assistência Farmacêutica, compreendidas pela Política Nacional de Saúde, assim como a importância da promoção a saúde através dos profissionais farmacêuticos (COSTA, 2017).

O texto relata os resultados de uma pesquisa explicativa, descritiva, de cunho qualitativo permitindo explorar a interpretação das subjetividades e concepções da Assistência Farmacêutica mediante análise de conteúdo de aplicações em que conste a relevância e inserção do farmacêutico em equipes multidisciplinares, como prática na atenção básica de saúde, pois o mesmo permite a inclusão de diversos estudos diferentes com abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas.

3 DESENVOLVIMENTO

As evidências encontradas nas literaturas justificam que as práticas da atenção farmacêutica no SUS apresentam que o profissional farmacêutico atua sobre a qualidade de vida das pessoas, proporcionando um bom suprimento na aquisição de medicamentos e na racionalização do uso correto dos medicamentos, exigindo uma maior preocupação com esse processo e a qualidade para esse serviço, principalmente as que se referem à satisfação do usuário (PEREIRA E FREITAS, 2008).

Diante dos resultados obtidos, os ciclos de assistência farmacêutica envolvem as unidades de saúde e os diversos sistemas, em cada um dos ciclos, existem suas especificidades, o mais comum é o atendimento voltado para o paciente/usuário que deve receber a melhor assistência, a farmácia por sua vez, desempenham dentro os parâmetros estabelecidos seus papéis, sob sua responsabilidade caso não atenda aos critérios, sob pena de suspensão as ações terapêuticas (OLIVEIRA, 2007).

Seguindo esse pressuposto, outro estudo relatou sobre os desfechos dos serviços farmacêuticos que são considerados pertinentes ao Ponto de Atenção a Saúde (PAS) podendo o farmacêutico desenvolver atividades clínicas, como dispensação seguida de orientação terapêutica e a conciliação terapêutica juntamente com a revisão da farmacoterapia adequada para cada paciente, portanto as melhorias buscadas para os programas de assistência farmacêutica na Atenção Básica foi desenvolvida pelo o profissional farmacêutico, dentre dois constructos puderam ser analisados tanto individualmente quanto em conjunto os estabelecimentos, que a orientação terapêutica seguida da dispensação determinou um avanço proporcional apresentando qualidade e presteza nos serviços de assistência farmacêutica ao paciente (ARAÚJO, 2016).

A Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Primária assegura a definição de dados e demandas para à assistência farmacêutica na Atenção Primária, essa prática permite verificar uma melhor reflexão sobre o modelo de organização dos serviços prestados, o qual proporciona uma monitoração de planejamentos e a necessidade de entender a importância no investimento público nos sistemas públicos de saúde (COSTA, 2017).

A assistência farmacêutica até pouco tempo, não era considerada como parte da estratégia de atendimento no SUS, portanto esse campo de prática começou a ser estendido desde então, após as atribuições farmacêuticas terem sido identificadas que o mesmo pode contribuir nas atividades de gerenciamento, ações que envolvem a dispensação orientada dos medicamentos e de atenção farmacêutica, assim como integrar-se em atividades relacionadas aos profissionais de saúde, auxiliando no suporte de intervir sobre a farmacoterapia adequada a cada paciente (FOPPA et al, 2008).

Porém, no ano de 2008 que foi criado o Núcleo de Assistência de Saúde da Família (NASF), que permitiu a participação integralmente e direta do farmacêutico neste seguimento. O NASF foi criado por meio da Resolução GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o intuito de determinar as ações da atenção básica, bem como o estabelecimento de equipes de saúde compostas por diferentes áreas de atuação com parceria de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), para então favorecer o paciente (BRASIL, 2008).

Uma das atividades realizadas no âmbito da saúde pública pelo farmacêutico é atenção Farmacêutica ou “Pharmaceutical care”, que inicialmente foi descrita na literatura científica por Hepler e Strand em 1990. Eles identificaram que a Atenção Farmacêutica seja a provisão para o tratamento farmacológico, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida do paciente” (PEREIRA E FREITAS, 2008, p.602).

Dentre os artigos estudados não foram encontrados relatos de aumento ao acesso de medicamentos após as intervenções do farmacêutico para a comparação dos dados, todavia verificou-se que a assistência farmacêutica nesse âmbito necessita de uma ampliação tanto para o acesso aos medicamentos quanto para a intervenção farmacêutica. Entretanto, reforça que achados de outros autores dar-se ao fato de que, é imprescindível a formação e capacitação de profissionais farmacêuticos para atividades que regem a farmácia clínica na Atenção Básica, para que então possam compactuar diversas equipes de saúde multidisciplinares e desenvolvam uma atuação integrativa nesse âmbito (MELO E VIEIRA, 2015 e 2017)

Considera-se entender que existem atividades com necessidades de avaliações distintas, visto que algumas atividades corresponderiam a um número maior de atendimentos, desse modo pode-se inferir que um acompanhamento de adesão ou uma dispensação especializada que demandam uma maior participação do farmacêutico, exigindo uma certa bagagem teórica e prática do próprio profissional, ou seja, de uma forma clínica, desenvolvendo-se conhecimentos farmacológicos-clínicos e de habilidades para lidar com os pacientes e prescritores (SOLER E OLIVEIRA, 2007 e 2010).

4 CONCLUSÃO

A construção de um marco para Assistência Farmacêutica representa um desafio, pela complexidade que envolve a área, devido, às suas diversas interfaces que determinam a centralidade dos serviços prestados como um fator importante a qual verifica a reestruturação dessas práticas, visando à melhora na gestão farmacêutica.

Faz parte das possibilidades de contribuição do Farmacêutico desenvolver métodos tecnológicos que possam melhorar de forma social a qualidade de vida da população, incluindo nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Os diversos entendimentos encontrados pelos autores em questão determinam a Assistência Farmacêutica a uma prática de grande crescimento nas unidades de saúde do SUS.

Portanto, apesar de existir uma regulamentação legal constatou-se que é necessária uma reorientação no Brasil e em diversos setores de gerenciamento público para que haja uma abordagem efetiva e gradual que estimulem a prática do farmacêutico multidisciplinar. É importante frisar que no Brasil já existem farmacêuticos que isoladamente, buscam alternativas para que a Assistência farmacêutica seja vista por todos e entendam que essa prática deve ser vivenciada em todos os setores de saúde.

5 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Aílson da Luz André de; FREITAS, Osvaldo de et al. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas: Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, Ribeirão Preto, v. 42, n. 1, p.137-146, mar. 2006.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 13, n. , p.611-617, abr. 2008. Fap UNIFESP.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p.1937-1951, 2018. Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal.

Primary health care policy in Brazil: notes on Federal regulation and funding. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 26, p.693-705, abr. 2010.

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA: PROPOSTA.: Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos". Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2002.

CORTEZ, Daniela; LEITE, Renata; CORTEZ, Francisca. Assistência farmacêutica no SUS. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, [s.l.], v. 2, n. 5, p.3-13, 19 nov. 2014. *Revista Interfaces: Saude, Humanas e Tecnologia*.

COSTA, Evandro Medeiros; RABELO, Aneide Rocha de Marcos; LIMA, José Gildo de. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, Recife, v. 35, n. 1, p.81-88, 2014. Universidade Federal de Pernambuco.

COSTA, Karen Sarmiento et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 51, n. 2, p.1-5, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI USP.

FEGADOLLI, Claudia et al. Farmacêuticos integrando equipes de cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS): uma reflexão coletiva na cidade de São Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 20, n. 59, p.1093-1098, dez. 2016. Fap UNIFESP.

KRAUSSER, M. L. F. Farmácia clínica no Sistema Único de Saúde municipal: implantação e vantagens. IEP/FURB, TCC Curso de Especialização em Farmácia Clínica. Blumenau, 2010.

GERLACK LF, Karnikowski MGA, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:15s.

MELO, Daniela Oliveira de. Pharmaceutical care in primary care - beyond access to medication. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, São Paulo, p.1-6, 2016.

MELO, Daniela Oliveira de; CASTRO, Lia Lusitana Cardozo de. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 22, n. 1, p.235-244, jan. 2017. UNIFESP (SciELO).

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Feira de Santana, p.3561-3567, 2010. Universidade Estadual de Feira de Santana.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas: Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p.601-612, dez. 2008.

ROVER, Marina Raijche Mattozo et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v. 26, n. 2, p.691-711, jun. 2016. Fap UNIFESP.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Revista Panam Salud Publica, Brasília, p.149-156, 2010.

Capítulo 3



10.37423/230407524

INSERÇÃO DA TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA NA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/PR COM MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NO CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE

Luis Fernando Novais

Universidade Estadual de Maringá

Arnaldo Zubioli

Universidade Estadual de Maringá

Marco Antonio Costa

Universidade Estadual de Maringá



Resumo: O propósito deste estudo foi introduzir a intervenção do farmacêutico em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Lunardelli – PR., na atenção primária à saúde, com medicamentos disponíveis no Consórcio Paraná Saúde, utilizando os medicamentos isentos de prescrição em relação a dois aspectos: o perfil dos doentes e o farmacológico na seleção dos medicamentos. Foram elaborados protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas farmacêuticas, para tratar os problemas de saúde autolimitados selecionados: escabiose e pediculose, febre, doença do refluxo gastroesofágico (pirose ou azia), constipação e dermatofitose. Os medicamentos isentos de prescrição médica selecionados foram: permetrina, dipirona, ibuprofeno, paracetamol, hidróxido de alumínio, lactulose, óleo mineral e miconazol, disponíveis na UBS, integrantes da lista da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). O perfil dos doentes observou as situações de gravidez, pediatria, aleitamento, idosos, insuficiências renal e hepática, diabetes, entre outras. O perfil farmacológico observou as vantagens e desvantagens de determinadas formulações, adaptando-os às necessidades cotidianas dos pacientes. As condutas fundadas em protocolos garantem confiança às intervenções do farmacêutico e promovem a integralidade do cuidado centrado na pessoa, além da promoção do uso racional do medicamento.

Palavras-Chave: Assistência Farmacêutica; Atenção Primária à Saúde; Protocolo Clínico; Medicamentos sem Prescrição.

1 INTRODUÇÃO

O autocuidado é aquilo que as pessoas fazem para si próprias para estabelecer e manter a saúde, prevenir e tratar suas doenças, de acordo com o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Este é um conceito liberal que envolve: higiene (geral e pessoal); nutrição (tipo e qualidade dos alimentos ingeridos); estilo de vida (atividades esportivas, lazer etc.); fatores ambientais (condições de moradia, hábitos sociais etc.); fatores socioeconômicos (nível salarial, valores culturais etc.); uso responsável de medicamentos isentos de prescrição médica.

O papel fundamental do farmacêutico na saúde pública, com o propósito de promoção do autocuidado, está focado em promover informações e conselhos objetivos sobre medicamentos e o seu uso para o tratamento de doenças que possam ser autotratadas com sucesso¹.

A automedicação responsável, de acordo com a OMS, é conceituada como a prática em que os indivíduos tratam suas doenças e condições utilizando apenas medicamentos que são aprovados e disponíveis para o uso, sem necessidade de prescrição por profissionais autorizados².

A automedicação responsável é limitada ao uso de medicamentos de venda livre, denominados pela FDA (USA) como OTCD (*over-the-counter drug*)³, ou com outras nomenclaturas: Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP) ou Medicamentos não sujeitos à receita médica (MNSRM), Medicamentos Não Prescritos; Medicamentos de Venda Livre, entre outras.

Atualmente no Brasil, os MIP são regulamentados pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 98, de 1 de agosto de 2016⁴. Após a edição da RDC nº 98/16, foi instituída a lista de medicamentos isentos de prescrição (LMIP) pela Instrução Normativa/Anvisa – IN no 11/16 (30/9/2016), estabelecendo os grupos terapêuticos, indicações terapêuticas, restrições e permissões e, ainda, dispo de sobre os critérios e procedimentos para a classificação de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, além de outros aspectos.

Alguns analgésicos, antitérmicos, antiácidos, antiparasitários, antimicóticos e laxantes são classes que apresentam medicamentos enquadrados nessa categoria.

No entanto, é fundamental que o paciente obtenha informações adequadas para a escolha do medicamento, função esta que é de responsabilidade do farmacêutico, que deve prover ao paciente informações que apontem para medicamentos que não incorram em riscos à saúde⁵.

As primeiras iniciativas sobre o atendimento das expectativas, necessidades e preocupações das pessoas que acorrem às farmácias de qualquer natureza ou a serviços farmacêuticos são de Brodie (1973, 1975)⁶ ao estabelecer os serviços que devem acompanhar a dispensa de medicamentos, com o propósito de garantir a efetividade, segurança e qualidade do tratamento⁷. O conceito de Brodie *et al* (1980) foi externado desta forma:

[...] em um sistema de saúde, o componente medicamento é estruturado para fornecer um padrão aceitável de atenção farmacêutica para pacientes de ambulatório e internos, em que atenção farmacêutica apresenta-se sendo o conjunto de necessidades da terapêutica farmacológica do indivíduo e o fornecimento não apenas dos medicamentos necessários, mas também dos serviços para garantir uma terapêutica segura e efetiva. Incluindo mecanismos de controle que facilitem a continuidade da assistência⁸ (tradução nossa).

A OMS, em 1988, em Nova Délhi (Índia), estabeleceu o conjunto de conhecimentos e habilidades em que se baseia a contribuição dos farmacêuticos ao sistema de saúde; revisando as contribuições dos farmacêuticos na aquisição, controle, distribuição e uso racional dos medicamentos, assim como outras funções desse profissional em relação à saúde; propondo as mudanças necessárias no ensino de graduação e pós-graduação, na educação continuada dos farmacêuticos e no treinamento do pessoal de apoio; propondo também a ação necessária para a otimização da função dos farmacêuticos nos sistemas de atenção à saúde e as providências relativas ao monitoramento das mudanças e ações anteriormente descritas⁹.

A OMS, em 1993, em Tóquio (Japão), conceituou o papel do farmacêutico como agente de saúde e descreveu suas atribuições e responsabilidades no âmbito individual e coletivo, delineando o papel do farmacêutico no sistema de Atenção à Saúde¹⁰. Em 1997, em Vancouver (Canadá), a OMS, ao analisar a necessidade de serviços farmacêuticos nos sistemas de saúde, em várias situações mundiais, identificou funções consideradas essenciais da profissão, como: provedor de cuidados; ser capaz de tomar decisões; comunicador; líder; gerente; aprendiz permanente; educador¹¹.

A compreensão da contribuição dos farmacêuticos nos sistemas de saúde mostra que os profissionais devem deter conhecimentos, atitudes, habilidades e comportamentos específicos para o desempenho efetivo desses papéis.

No Brasil, o consenso sobre Atenção Farmacêutica (2002) conceituou um modelo de prática profissional, com o propósito de atender às necessidades da terapêutica farmacológica dos pacientes e resolver os problemas em relação aos medicamentos¹².

Dalla Costa (2000), em estudo realizado em relação à disponibilidade de medicamentos nos domicílios, ao seu uso irracional e inadequado em diferentes etapas de vida, ressalta a necessidade e importância de um profissional habilitado para o acompanhamento da utilização do medicamento pós-comercialização¹³.

De acordo com Loyola *et al* (2002), aproximadamente metade dos pacientes em uso de medicamentos não faz concordância ao tratamento estabelecido pelo médico. Alguns aspectos contribuem para diminuir o conhecimento do paciente em relação ao seu tratamento farmacológico. Assim, o paciente tem dificuldade de associar a farmácia a um dos locais privilegiados para a obtenção de informação, atribuindo à falta de aconselhamento oral, escrito e pessoal¹⁴.

A consulta farmacêutica e outras atribuições clínicas do farmacêutico, no Brasil, está regulada pela Resolução/CFF nº 585/13¹⁵, que estabelece como consulta farmacêutica o atendimento realizado pelo farmacêutico ao paciente, respeitando os princípios éticos e profissionais, com a finalidade de obter os melhores resultados com a farmacoterapia e promover o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde.

A prescrição farmacêutica, no Brasil, é regulada pela Resolução/CFF nº 586/13, como ato em que o farmacêutico seleciona e documenta as terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado e à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde¹⁶. Os detalhes em relação às atribuições clínicas do farmacêutico foram regulados pela Resolução/CFF nº 585/13.

Dessa forma, o farmacêutico, pode prescrever medicamentos selecionados em programas de saúde no âmbito do sistema público, em rotinas de instituições ou de acordo com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas pré-estabelecidos, conceituados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC):

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) os quais são documentos que visam garantir o melhor cuidado à saúde do paciente ou usuário do SUS. São os documentos oficiais do Ministério da Saúde que estabelecem para várias doenças como devem ser feitos o diagnóstico, o tratamento (com critérios de inclusão e exclusão definidos) e o acompanhamento dos pacientes. Eles incluem informações sobre medicamentos, exames e demais terapias e são elaborados a partir de dados confiáveis e com qualidade científica. Esses PCDT devem ser utilizados por profissionais de saúde e gestores do sistema de saúde¹⁷.

Dentro do desajustado sistema de saúde do nosso País, para as necessidades imediatas do doente, faz com que ele se sinta perdido no "labirinto" dos vários subsistemas de assistência existentes. A farmácia é uma instituição de saúde de

acesso fácil e gratuito, onde o doente procura, muitas vezes, em primeiro lugar, o conselho amigo, franco, desinteressado, mas seguro, do farmacêutico. Torna-se imprescindível para o farmacêutico ter a noção exata da sua capacidade e dos limites da sua intervenção para que assuma a atitude correta, no momento oportuno, avaliando a situação do doente, conduzindo-o se necessário a uma consulta médica ou para o hospital, em caso de verdadeira urgência¹⁸.

As condutas farmacêuticas vêm mudando nas últimas décadas. O farmacêutico deixa de ser um mero dispensador de medicamentos ou um manipulador de produtos farmacêuticos e passa a assumir seu papel como um membro da equipe de manutenção da assistência à saúde, nos hospitais, na farmácia comunitária, nos laboratórios, nas indústrias ou nas instituições educacionais¹⁹.

O modelo de atenção farmacêutica está crescendo em importância em razão dos desafios do autocuidado de saúde, o qual se dá em múltiplos aspectos, como: socioeconômicos; estilo de vida; acesso aos medicamentos; a potência crescente de administrar alguns problemas de saúde por meio do autocuidado; a saúde pública e fatores ambientais; grande disponibilidade de produtos medicinais e fatores demográficos e epidemiológicos²⁰.

Para os farmacêuticos, o seu envolvimento com o autocuidado significa uma necessidade crescente de um grau de responsabilidade elevado para com os consumidores²¹.

As funções do farmacêutico em relação ao autocuidado e ao uso responsável de medicamentos isentos de prescrição se dão como comunicador; fornecedor de medicamentos de qualidade; promotor da saúde; colaborador; supervisor e educador. No desenvolvimento desta última função, deve haver a atualização do profissional com a finalidade de aprimorar e melhorar a assistência prestada aos usuários e também no desenvolvimento do autocuidado de maneira responsável, autônoma e livre, cuidando assim de si mesmo. O exercício e as atividades dos farmacêuticos nas intervenções com o paciente devem conter diretrizes gerais e específicas a cada problema de saúde que será avaliado mediante protocolos de referência.

Sendo assim observa-se que a assistência farmacêutica se configura como o conjunto de ações e serviços que têm o propósito de garantir a assistência terapêutica integral e a promoção, proteção, recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e particulares, a fim de garantir o uso racional dos medicamentos²².

O sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP2) – é um instrumento adequado à Atenção Básica (AB) que permite classificar questões relacionadas às pessoas e não a doenças. Permite classificar não só os problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, mas os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe, seguindo a sistematização SOAP, de

Lawrence Weed (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), podendo ser utilizado por todos os profissionais de saúde²³. Dessa forma, de acordo com essa função de prestação de serviços, será feita a revisão da literatura, com o propósito de elaboração de cinco protocolos clínicos e terapêuticos para a integração das práticas de cuidado do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo é elaborar protocolos clínicos e diretrizes farmacêuticas, voltados aos problemas de saúde autolimitados que, corriqueiramente, fazem parte da demanda espontânea na atenção primária à saúde e, assim, dar subsídio ao desenvolvimento das habilidades e atitudes do farmacêutico, com o propósito de prepará-lo para aplicar o serviço da consulta farmacêutica, tendo como fundamento os medicamentos isentos de prescrição disponíveis pelo Consórcio Paraná Saúde, os quais integram a relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME) do município de Lunardelli – PR.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

O objetivo geral deste estudo conta com outros mais específicos, a saber:

- a) Elaborar diretrizes gerais e específicas das intervenções do farmacêutico na utilização de medicamentos isentos de prescrição, observando dois aspectos: o perfil dos doentes e a seleção dos medicamentos;
- b) Padronizar os medicamentos isentos de prescrição e a conduta que deve ser adotada pelo farmacêutico na consulta;
- c) Criar subsídio para que o farmacêutico realize a gerência do problema de saúde adequado a cada paciente, com segurança;
- d) Desenvolver uma prescrição farmacológica ou não, coerente às atribuições do farmacêutico, melhorando a qualidade de vida da população assistida e desafogando as filas dos consultórios da Unidade Básica de Saúde (UBS) no SUS.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para a realização deste estudo de revisão bibliográfica da literatura sobre autocuidado em saúde, focalizado na prescrição farmacêutica e automedicação responsável, foi realizada uma coleta de dados, no Google Scholar. As expressões procuradas foram “autoprescrição”, “prescrição

farmacêutica”, “automedicação responsável”, “responsible self-medication”, “pharmaceutical prescription” e “self care” em artigos publicados nos últimos 15 anos (2006-2021).

A iniciativa da criação destes protocolos se deu pela percepção do profissional farmacêutico, ao observar, durante o serviço de dispensação, o grande número de receituários médicos que contém os medicamentos isentos de prescrição, os quais, por meio de consulta realizada pelo farmacêutico, também podem ser prescritos legalmente por esse profissional com a mesma segurança, eficiência e humanização.

Foram elaborados PCDT's para tratar alguns problemas de saúde autolimitados como: escabiose e pediculose, febre, pirose ou azia, obstipação ou constipação e dermatofitose, os quais podem ser tratados pelo profissional farmacêutico com medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exige prescrição médica. Os medicamentos selecionados e apropriados para as necessidades clínicas descritas nos PCDT's deste trabalho são: permetrina, dipirona, ibuprofeno, paracetamol, hidróxido de alumínio, lactulose, óleo mineral e miconazol.

Estes PCDT's servirão de guia na consulta farmacêutica e irão regular as prescrições de medicamentos em qualquer unidade básica de saúde, pois fazem parte do elenco do componente básico da relação nacional de medicamentos (RENAME) e, no estado do Paraná, estão disponíveis para aquisição na listagem do Consórcio Paraná Saúde.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES FARMACÊUTICAS

4.1.1 ESCABIOSE E PEDICULOSE

4.1.1.1 INTRODUÇÃO

Doenças ectoparasitárias, a exemplo da pediculose, da escabiose, da tungíase e da larva migrans cutânea (LMC), são muito comuns em comunidades carentes no Brasil. É frequente a presença de infestação severa e consequentes complicações. Apesar disso, programas de controle para essas doenças são quase inexistentes. Assim, tais doenças estão comumente sendo negligenciadas tanto pelos profissionais e autoridades de saúde quanto pela população afetada²⁴. Como consequência, o controle de ectoparasitas em populações carentes tem sido raramente debatido no Brasil e em outros países nos quais doenças parasitárias são comuns²⁵.

Estima-se que até dois terços da população da periferia das cidades maiores e de comunidades carentes rurais são afetados por pelo menos uma ectoparasitose, mais comumente pelo piolho, pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* ("sarna") e pela pulga *Tunga penetrans* ("bicho de pé")²⁶.

A pediculose é causada pela infestação pelo *Pediculus humanus corporis* (piolho do corpo) ou pelo *Pediculus humanus capitis* (piolho do couro cabeludo). O piolho do couro cabeludo comumente causa infecções secundárias e é considerado uma das causas principais de impetigo nas populações de países em desenvolvimento²⁷. As crianças infestadas podem apresentar baixo desempenho escolar por dificuldade de concentração, consequência do prurido contínuo e distúrbios do sono. Crianças com infestação severa também podem desenvolver anemia devido à hematofagia do piolho²⁸.

Taxas de prevalência do piolho de couro cabeludo podem chegar a 40% em comunidades carentes no Brasil, sendo que atinge 30% das crianças em fase escolar²⁹. A principal via de transmissão ocorre de cabeça a cabeça, mas é necessário um contato repetido e prolongado para atingir taxas de transmissão significantes³⁰. A transmissão por meio de fômites é bastante discutível. Alguns autores consideram que essa via de transmissão desempenha papel significativo³¹; porém, a sua importância em saúde pública ainda não está definida. Foi demonstrado que a transmissão em escolas não ocorre livremente de uma criança para outra, mas entre os amigos mais próximos³².

A ftíriase ("chato") é causada pelo parasita *Pthirus pubis*. A biologia desse parasita é semelhante à do *P. humanus capitis*, sendo que aquele habita o pelo da região púbica. Em casos singulares, o *P. pubis* pode também atingir outras partes do corpo, como a barba, os cílios, os pelos axilares e até o couro cabeludo. A transmissão ocorre por contato físico muito próximo, principalmente pelo contato sexual. Dados populacionais sobre a ftíriase são inexistentes no nosso país³³.

A escabiose humana ("sarna") é causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei var hominis*. O prurido cutâneo leva comumente a uma infecção secundária e é causado por uma reação alérgica a produtos metabólicos do ácaro³⁴. A transmissão ocorre por contato direto, inclusive sexual. A transmissão por meio de fômites pode ocorrer, porém, em condições normais, o contato físico é a única via de transmissão de importância epidemiológica³⁵. Condições socioeconômicas precárias, aglomerações, não aderência aos tratamentos tópicos frequentemente utilizados e o desenvolvimento de resistência medicamentosa são os grandes responsáveis pela manutenção de altas taxas de prevalência, sobretudo em populações carentes. Nesse meio, a prevalência atinge cerca de 10%³⁶.

O controle efetivo da pediculose e da escabiose em saúde pública deve ser baseado no tratamento em massa associado à educação em saúde. Em especial no controle da escabiose, é necessário o

tratamento de todos os membros da família do indivíduo acometido e dos parceiros sexuais, inclusive dos assintomáticos. Nesse caso, não há necessidade de lavar ou tratar a roupa, pois o ácaro não sobrevive muito tempo fora do hospedeiro humano³⁷.

Infelizmente, o tratamento extensivo aos contatos mais próximos do indivíduo acometido raramente acontece, seja por falta de informação da população, pela negligência dos profissionais de saúde ou ainda pela não aderência do paciente ao tratamento tópico, pois substância que causa ardor, tem odor forte e exige várias aplicações de único medicamento para escabiose disponível nas farmácias básicas do SUS.

O tratamento baseado na aplicação de substâncias tópicas é particularmente problemático, devido à baixa concordância e à presença de resistência do parasita a várias dessas substâncias. Os piretróides, apesar do maior custo, têm a vantagem de ser menos irritante, de odor menos desagradável e podem ser aplicados em crianças pequenas, ao contrário da ivermectina, contraindicada em menores de cinco anos, indivíduos de peso inferior a 15kg, grávidas, nutrízes e indivíduos com afecções do sistema nervoso central. Um tratamento muito eficaz é o mecânico, com a utilização do pente fino, tendo de ser utilizado várias vezes.

4.1.1.2 CLASSIFICAÇÃO CIAP–2

S72 – Escabiose/outras acaríases³⁸.

S73 – Pediculose/outras infecções de pele³⁹.

4.1.1.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito visualmente pela análise das lesões causadas e por sua localização e pode ser confirmado pela identificação do parasita no microscópio.

4.1.1.4 TRATAMENTO

As medidas não farmacológicas no tratamento são muito eficazes e são mecânicas, com a utilização do pente fino e a catação de parasitas.

As medidas de higiene evitam a reinfestação, por exemplo, troca diária de vestuário e de roupas de cama, devendo ser fervidas e passadas a ferro bem quente.

O tratamento farmacológico se dá com o uso da classe dos piretróides, uso tópico, ou seja, local. É feito à base de inseticidas especiais ou escabicidas disponíveis no Consórcio Paraná Saúde.

4.1.1.4.1 FÁRMACOS

A Permetrina a 1% (10 mg/mL) é indicada para o tratamento de pediculose, causada por *Pediculus humanus va. capitis* e seus ovos.

A Permetrina a 5% (50 mg/mL) é indicada para o tratamento de infestações por *Sarcoptes scabiei* (escabiose) e atua na membrana da célula nervosa, bloqueando a corrente dos canais de sódio, causando atraso na repolarização e consequente paralisia do inseto⁴⁰..

4.1.1.4.2 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

PERMETRINA 1%: lavar o cabelo, enxaguar e enxugar com a toalha. Agitar bem o frasco de permetrina e aplicar nos cabelos ainda úmidos, cobrindo todo o couro cabeludo, esfregando abundantemente em toda a extensão, principalmente atrás das orelhas e na nuca, local em que os piolhos e as lêndeas se concentram mais.

Assegurar-se de que todo o couro cabeludo ficou bem encharcado para não afetar o tratamento.

Deixar o produto agir por 10 minutos. Passar o pente fino para a remoção dos piolhos e das lêndeas. Enxaguar o cabelo com água morna e enxugar com a toalha.

A quantidade de permetrina necessária depende do volume e tamanho dos cabelos, pode ser necessário usar o frasco inteiro e, em alguns casos de cabelos mais longos, pode ser necessário mais de um frasco⁴¹.

PERMETRINA 5%: há uma dosagem suficiente para cobrir o corpo inteiro em apenas uma aplicação em diferentes faixas etárias, sendo, adultos, idosos e crianças acima de 12 anos, até 30 ml de produto. Não mais que 60 ml deve ser usado em uma única aplicação. Crianças de 6 – 12 anos - até 15 ml de produto. Crianças de 2 – 5 anos - até 7,5 ml de produto. Em todas as faixas etárias, cerca de 90% dos indivíduos são curados com uma aplicação do produto. O produto deve ser removido, com lavagem com água depois de 8 a 14 horas. Bebês devem ter o couro cabeludo, nuca e têmporas tratadas. Após a aplicação do produto, as mãos devem ser lavadas antes de comer. O produto deve ser reaplicado nas mãos se elas forem lavadas dentro de 8 horas do tratamento⁴².

4.1.1.4.3 TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

A presença de piolhos e lêndeas, após 7 dias da primeira aplicação, requer a procura do farmacêutico para uma avaliação e, se necessário, aplicar o medicamento pela segunda vez. Após 7 dias da segunda aplicação, caso o paciente ainda encontre algum piolho vivo, deverá procurar o médico.

Os pacientes podem apresentar prurido persistente após o tratamento com Permetrina 5%. Isto raramente é sinal de falha no tratamento e não é uma indicação para a reaplicação do produto. Uma segunda aplicação pode ser necessária entre 7 a 10 dias após o primeiro tratamento, se as lesões originais não forem curadas ou caso novas lesões na pele apareçam, nessa situação procure um farmacêutico.

4.1.1.4.4 BENEFÍCIOS ESPERADOS

É importante assegurar que o tratamento foi realizado corretamente, para que o produto possa ter efeito desejado, eliminando assim totalmente a infestação dos parasitas.

4.1.1.5 MONITORIZAÇÃO

O paciente deve testar a permetrina em uma pequena área do couro cabeludo para saber se tem hipersensibilidade. Se o paciente apresentar coceira, vermelhidão ou irritação no couro cabeludo, na área de teste, o produto não deverá ser aplicado. Se o paciente apresentar alguma irritação e não houver melhora com a suspensão do uso do produto, ele deverá procurar o médico.

A permetrina não deve ser aplicada na presença de algum ferimento, inflamação, queimadura ou outros tipos de lesões no couro cabeludo. Em caso de contato acidental com os olhos, o paciente deve lavar abundantemente com água corrente. Em caso de ingestão acidental do produto, o paciente deve procurar orientação médica imediatamente.

A permetrina não tem atividade preventiva, o paciente deve usá-la na presença de piolhos vivos ou lêndeas.

Crianças menores de 2 anos de idade devem ser tratadas apenas com a remoção manual ou utilização do pente-fino.

Categoria de Risco na Gestação: B – Não há estudos adequados em mulheres. Em experiência em animais não foram encontrados riscos, mas foram encontrados efeitos colaterais que não foram confirmados nas mulheres, especialmente durante o último trimestre de gravidez. A permetrina é o

fármaco de eleição para o tratamento da escabiose e da pediculose durante a gravidez e amamentação.

Não é necessário ajuste da dose em pacientes com insuficiência renal e/ou hepática. O paciente poderá ter algumas reações indesejáveis, tais como parestesia e alterações na pele (eczema, edema, vermelhidão, coceira, queimação, irritação, desconforto e dor).

Em casos de aplicação em grandes quantidades, o paciente pode raramente apresentar tontura, perda de apetite, náusea, vômito, dor de cabeça, fraqueza, convulsão e perda de consciência.

Pessoas que aplicam este produto rotineiramente podem usar luvas, para evitar uma possível irritação nas mãos.

Não foram relatados casos de interações medicamentosas.

4.1.1.6 CONDUTA FARMACÊUTICA A QUEIXAS ESPECÍFICAS

4.1.1.6.1 ORIENTAÇÕES GERAIS AO PACIENTE

Agitar a loção antes do uso.

Manter a temperatura ambiente, entre 15°C e 30°C.

Proteger da luz, calor e umidade.

Evitar congelamento.

Orientar sobre o uso externo em pele íntegra, em caso de contato com os olhos, lavar abundantemente com água corrente.

Aplicar com cuidado nos espaços interdigitais e não lavar as mãos após a aplicação.

O tratamento de pediculose do couro cabeludo deve ser acompanhado de uso de pente fino.

Troca diária de vestuário e de roupas de cama. As roupas devem ser fervidas e passadas a ferro bem quente para não haver reinfestação.

Usar sabonetes neutros, pois sabonetes escabícidias aumentam o risco de irritação.

É necessário investigar infestação em familiares e pessoas próximas e tratá-los, quando necessário.

Após o tratamento da escabiose, a prurido pode permanecer por algumas semanas; isso raramente significa falha no tratamento e não é indicativo para repetição do tratamento⁴³.

4.1.1.6.2 COM ESCABIOSE

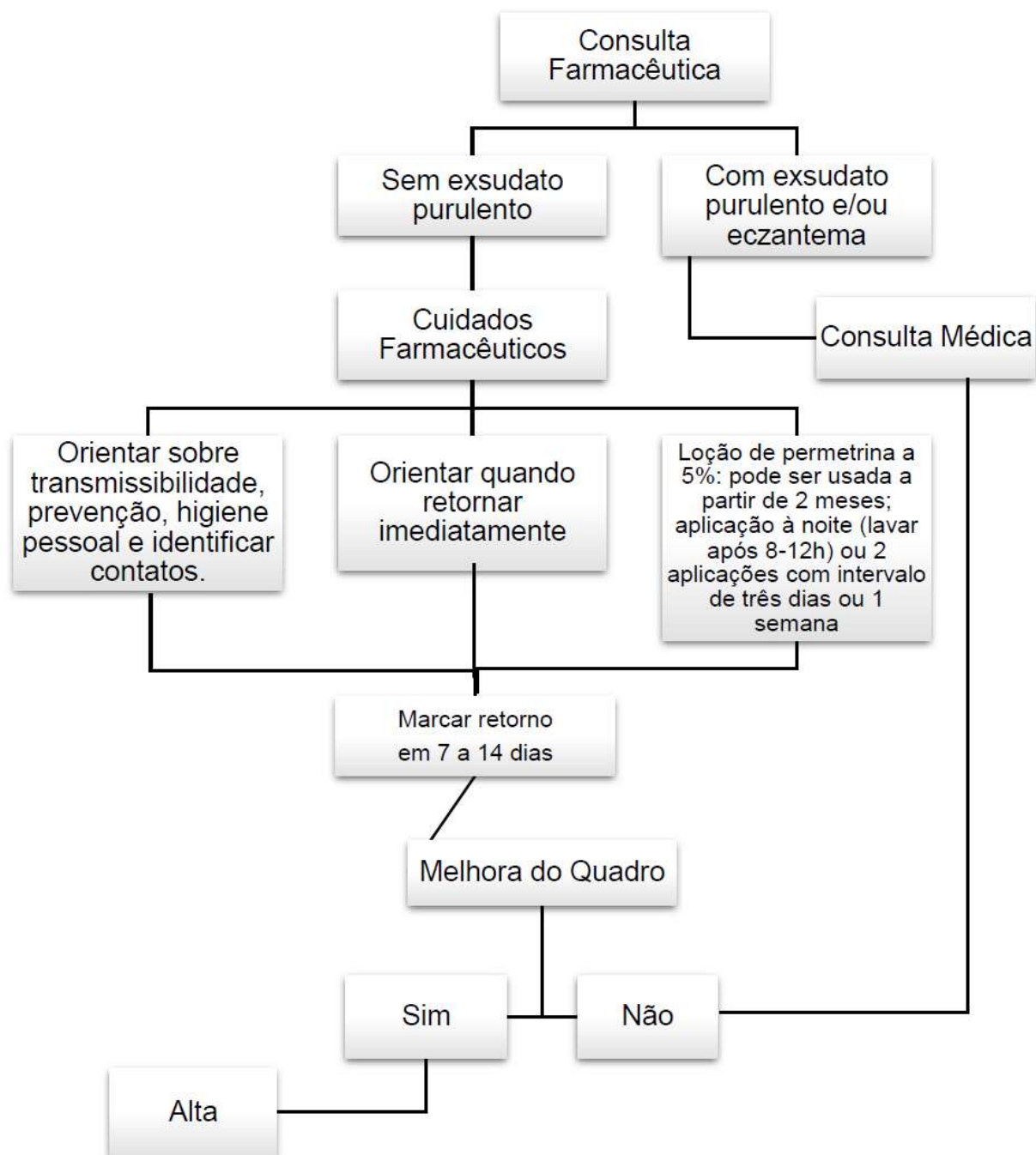


Figura 01 – Conduta farmacêutica frente à escabiose. Fonte: Elaborada pelo autor.

4.1.1.6.3 COM PEDICULOSE

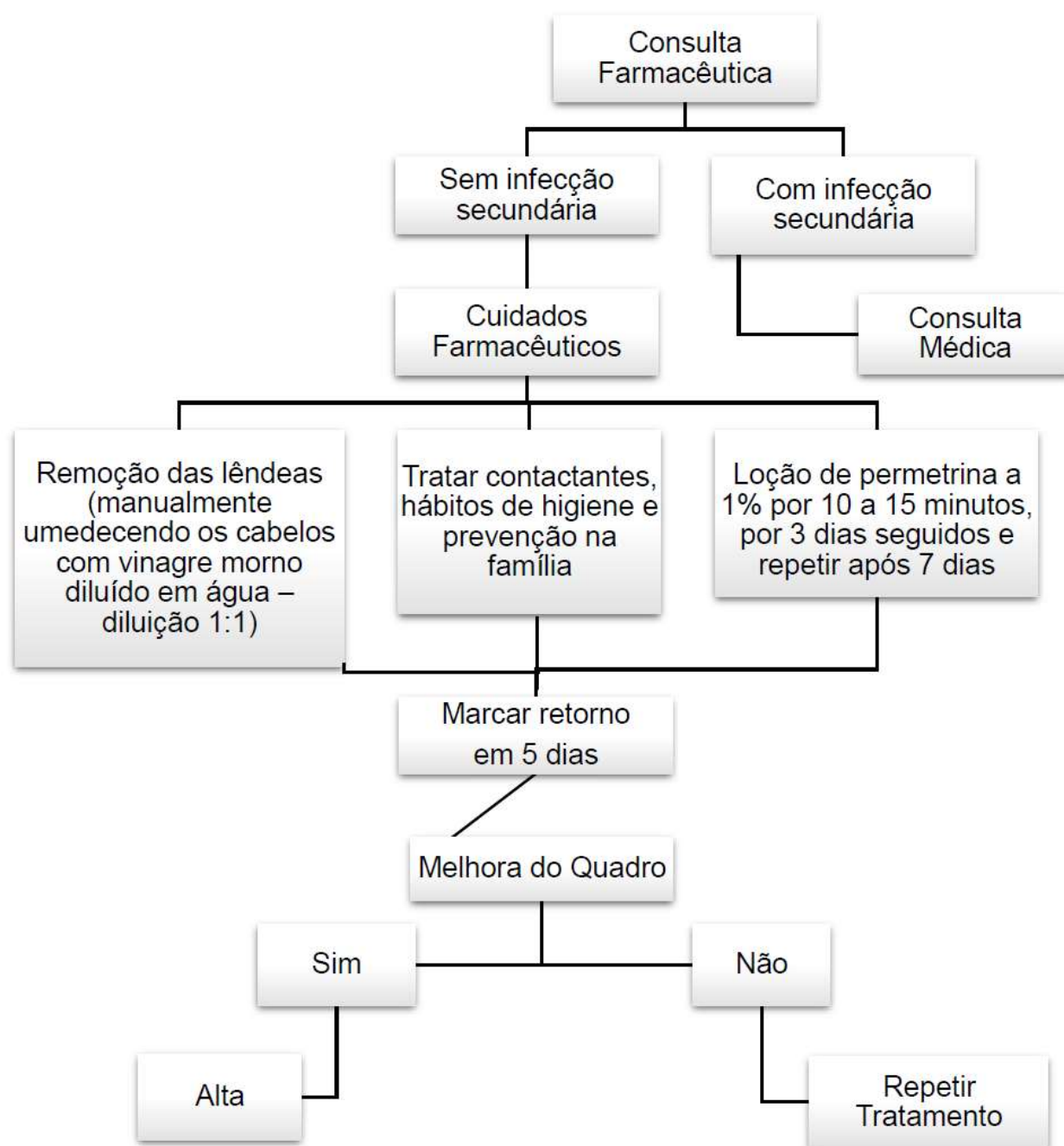


Figura 02 – Conduta farmacêutica frente à pediculose. Fonte: Elaborada pelo Autor.

4.1.2 FEBRE

4.1.2.1 INTRODUÇÃO

A regulação da febre compreende elementos termorreceptores, centros termorreguladores e efetadores. Estímulos oriundos de receptores cutâneos para o frio e o calor são integrados no hipotálamo. O centro regulador da perda de calor localiza-se no hipotálamo anterior e o centro

responsável pela conservação de calor, no hipotálamo posterior. Há sugestão de que esses centros sejam modulados por substâncias endógenas.

A termorregulação é efetuada por alterações no fluxo sanguíneo cutâneo, na atividade das glândulas sudoríparas e na ventilação pulmonar.

A febre pode ser produzida por micro-organismos intactos, produtos microbianos, complexos imunes, antígenos não microbianos, drogas e outras agentes farmacológicos, por meio da liberação de pirógenos exógenos ou por fatores decorrentes de trauma celular, necrose, reações antígeno-anticorpo, rejeição de enxertos de tecidos (ativadores primários). Este tipo de febre difere da associada a ambientes superaquecidos ou a exercícios muito intensos, que resultam, primariamente, de desequilíbrio entre perda e ganho de calor.

No caso dos pirógenos exógenos ou ativadores primários, o que ocorre é que eles atuam sobre neutrófilos e, eventualmente, sobre monócitos e macrófagos, determinando a formação e a liberação de pirógenos endógenos. Estes são uma família de proteínas de peso molecular entre 10.000 e 20.000, com várias características químicas análogas: ponto isoelétrico 7, termo labilidade e susceptíveis de inativação em pH básico.

A presença do pirógeno endógeno (IL-1 e IL-6, o TNF e o IFN e, mais recentemente descritos, a IL-8 e o MIP-1) no hipotálamo anterior altera a excitabilidade e termosensibilidade dos neurônios à variação de temperatura, especialmente dos neurônios sensíveis ao frio. A temperatura sanguínea normal (36 - 37°C) passa a ser estímulo capaz de ativar tais neurônios que começam a promover a produção de calor (tremor) e a sua conservação (por vasoconstrição periférica).

Não existem evidências de que a ação dos pirógenos endógenos se faça por meio de receptores neuronais. Sugeriu-se que essa ação pudesse ser indireta, pela liberação de mediadores (monoaminas, prostaglandinas) ou mobilização de íons de cálcio. A ocorrência de um intervalo de tempo entre a aplicação do pirógeno endógeno no hipotálamo anterior e o aparecimento de um quadro de hipertermia é argumento favorável a um mecanismo indireto.

Fármacos que determinam a diminuição das reservas de monoaminas (serotonina, catecolaminas), como a reserpina, causam hipotermia. Entretanto, o mecanismo de ação dos antitérmicos de uso clínico tem sido recentemente atribuído a outros fatores.

Há sugestões de que a ação antifebril dessas substâncias (dipirona, ibuprofeno, paracetamol e análogos) decorra de um bloqueio da síntese de prostaglandinas no sistema nervoso central.

A elevação da temperatura corporal acima da faixa de normalidade (37,5°C-axilar/ 37,8°C-oral/ 38°C-retal) é associada a um aumento no ponto de ajuste hipotalâmico (o que a diferencia de uma hipertermia, que não provoca alteração no centro hipotalâmico). A febre não é uma doença, é um mecanismo de resposta do organismo a uma possível alteração fisiológica.

Em resumo, a febre ocorre pela ação de fatores pirogênicos sobre o centro termorregulador do hipotálamo, elevando o limiar térmico e desencadeando respostas metabólicas de produção e conservação de calor (tremores, vasoconstrição periférica, aumento do metabolismo basal)^{44 45 46}.

4.1.2.2 CLASSIFICAÇÃO CIAP-2

A03 – Febre47

4.1.2.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de febre é basicamente clínico, ou seja, a aferição da temperatura (37,5°C axilar/ 37,8°C oral/ 38°C retal) juntamente com os principais sinais e sintomas são suficientes. A anamnese e o exame físico somados ditarão a conduta, incluindo a necessidade de exames complementares e tratamento específico.

A investigação de outras queixas é de extrema importância para o diagnóstico da etiologia da febre. Alguns sintomas podem ser simplesmente associados ao quadro febril, como mialgia, cefaleia e fraqueza. Porém, alguns outros já são mais indicativos da etiologia, por exemplo, tosse produtiva e dispneia podem apontar uma pneumonia, bem como disúria pode apontar uma infecção urinária. Síndrome consumptiva pode ser uma indicação de um linfoma ou leucemia. Queixa articular pode ser compatível com um quadro de artrite reumatoide ou lúpus.

O padrão temporal também é muito importante para o diagnóstico da causa da febre. Febres terçã e quartã estão relacionadas com malária (*Plasmodium vivax* e *P. falciparum*, respectivamente), febre recorrente pode ser observada em pacientes com HIV, linfoma de Hodgkin ou outros linfomas.

Outro aspecto a ser observado no diagnóstico da etiologia da febre é o conhecimento da procedência do paciente: comunidade ou previamente internado. No caso do paciente internado, pode-se pensar em infecções hospitalares e aumento de temperatura secundário a agentes e procedimentos (por exemplo, transfusão de hemoderivados e uso de contrastes endovenosos). Já em pacientes vindos da comunidade, além das causas infecciosas (mais frequentes), deve-se pensar em causas neoplásicas, colagenoses e processos inflamatórios.

Em boa parte dos casos de febre, os exames complementares não são de extrema importância; no entanto, nos casos em que são necessários, os exames devem ser dirigidos e condizentes com a suspeita diagnóstica. As situações em que mais se obtém benefício de exames complementares são as febres de origem indeterminada (FOI), apesar da alta prevalência de casos sem diagnóstico.

Os sinais e sintomas da febre estão envolvidos com as respostas metabólicas à ação dos pirogênicos. Podem ser observados calafrios, piloereção, extremidades frias (em decorrência da vasoconstrição periférica), posição fetal, taquicardia, taquipneia, taquisfigmia, oligúria, náusea e vômito, convulsões (principalmente em crianças), delírios e confusão mental, astenia, inapetência e cefaleia, sudorese (após a cessação da febre).

Devem ser analisadas as seguintes características semiológicas da febre: início, intensidade, duração, modo de evolução e término. O início pode ser súbito ou gradual, já a intensidade é classificada como leve (até 37,5°C), moderada (37,6 a 38,5°C) ou alta (acima de 38,6°C). Em relação à duração, a febre pode ser recente (menos de 7 dias) ou prolongada (mais de 7 dias).

O modo de evolução pode ser avaliado por meio de um quadro térmico, com verificação da temperatura uma ou duas vezes por dia ou até de 4 em 4 horas, a depender do caso. Classicamente, são descritos os seguintes padrões evolutivos:

- a) Febre Contínua: permanece sempre acima do normal com variações de até 1 grau, sem grandes oscilações.
- b) Febre Irregular ou Séptica: picos muito altos intercalados de baixas temperaturas ou apirexia, sem nenhum caráter cíclico nessas variações.
- c) Febre Remitente: há hipertermia diária com variações de mais de 1 grau, sem períodos de apirexia.
- d) Febre Intermitente: a hipertermia é ciclicamente interrompida por um período de temperatura normal. Pode ser cotidiana, terçã (um dia com febre e outro sem) ou quartã (um dia com febre e dois sem).
- e) Febre Recorrente ou Ondulante: semanas ou dias com temperatura corporal normal, até que períodos de temperatura elevada ocorram. Durante a fase de febre não há grandes oscilações.

Por fim, o término da febre pode ser súbito ou gradual. O término súbito é chamado de crise e apresenta sudorese profusa e prostrações. O término gradual é denominado de lise e apresenta uma diminuição da temperatura dia após dia, até alcançar os níveis normais^{48 49}.

4.1.2.4 TRATAMENTO

Devido ao aumento do consumo de oxigênio pelo organismo durante a febre e pelo fato de que uma redução na febre também controla sintomas como cefaleia, mialgia, artralgia e mal-estar, a indicação para o tratamento com medicações antipiréticas é válida. Não é necessário manter medicação de forma a evitar a elevação da temperatura no paciente (medicação com esquema de horário), basta deixar a medicação em uso de acordo com a temperatura.

O tratamento farmacológico é realizado com o uso de medicamentos das classes de analgésicos e anti-inflamatórios que possuem ação antipirética: dipirona, ibuprofeno e paracetamol, disponíveis pelo Consórcio Paraná Saúde.

4.1.2.4.1 FÁRMACOS

Dipirona, Ibuprofeno e Paracetamol.

4.1.2.4.2 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

4.1.2.4.2.1 DIPIRONA

ADULTO: Comprimido: 500 mg a 1000 mg, no máximo, de 6/6 h (4x dia); Solução oral de 500 mg/ml: 20 a 40 gotas, no máximo, de 6/6 h (4x dia); Solução oral 50 mg/ml: 10 a 20 ml, no máximo, de 6/6 h (4x dia).

CRIANÇA: Solução oral gotas 500 mg/ml: 5 a 8 kg ou (3 a 11 meses): 2 a 5 gotas, por até 6/6 h; 9 a 15 kg (1 a 3 anos): 3 a 10 gotas por até 6/6 h; 16 a 23 kg (4 a 6 anos): 5 a 15 gotas por até 6/6 h; 24 a 30 kg (7 a 9 anos): 8 a 20 gotas por até 6/6 h; 31 a 45 kg (10 a 12 anos): 10 a 30 gotas por até 6/6 h; 46 a 53 kg (13 a 14 anos): 15 a 35 gotas por até 6/6 h.

Solução oral de 50mg/ml: 5 a 8 kg (3 a 11 meses): 1,25 a 2,5 ml por até 6/6 h; 9 a 15 kg (1 a 3 anos): 2,5 a 5 ml por até 6/6 h; 16 a 23 kg (4 a 6 anos): 3,75 a 7,5 ml por até 6/6 h; 24 a 30 kg (7 a 9 anos): 5 a 10 ml por até 6/6 h; 31 a 45 kg (10 a 12 anos): 7,5 a 15 ml por até 6/6 h; 46 a 53 kg (13 a 14 anos): 8,75 a 17,5 mL, por até 6/6 h50.

4.1.2.4.2.2 IBUPROFENO

ADULTO: Comprimidos ou cápsulas moles: 200 a 400 mg, de 4/4h ou 6/6h, conforme necessário; Suspensão oral gotas (100 mg/ml): 20 a 40 gotas³, de 4/4h ou 6/6h; Dose máxima: 2.400 mg/dia.

CRIANÇA: 5 a 10 mg/kg, 6/6h ou de 8/8h, conforme necessário; Dose máxima: 1.200 mg/dia⁵¹.

4.1.2.4.2.3 PARACETAMOL

ADULTO: Comprimido revestido, comprimido efervescente, pó para solução oral: 500 a 1000 mg, de 4/4 h ou 6/6 h, conforme necessário; Solução oral gotas (200 mg/ml): 38 a 75 gotas⁶, de 4/4h ou 6/6h; Dose máxima: 4000 mg/dia⁵².

É A droga mais utilizada no mundo para combate à febre. Tem ação antitérmica, anti-inflamatória e analgésica.

4.1.2.4.3 TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

O tempo de duração do tratamento prescrito pelo farmacêutico, como regra geral, deverá ser de três dias. Os pacientes que não responderem ao uso de antipiréticos ou apresentarem febre recorrente devem ser encaminhados para consulta médica^{53 54}.

4.1.2.5 BENEFÍCIOS ESPERADOS

A monitorização da temperatura corporal é indispensável para a avaliação da efetividade do tratamento prescrito. O tratamento da febre visa, sobretudo, dar conforto, normalizando assim os níveis de temperatura corporal.

A febre não deve ser considerada doença e, sim, um sinal de alguma afecção clínica a ser investigada para o adequado tratamento.

4.1.2.6 MONITORIZAÇÃO

O uso de medicamentos na gravidez também pode causar danos ao feto/bebê, influir na ruptura de membranas e no trabalho de parto^{55 56 57}. O *Australian Drug Evaluation Committee* (1999) criou uma classificação de risco para o uso de medicamentos na gravidez⁵⁸. De modo geral, os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), utilizados para tratar febre (ibuprofeno, naproxeno e ácido acetilsalicílico), causam, ou são suspeitos de causar, efeitos nocivos ao feto/bebê, sem provocar malformações e, por isso, pertencem à categoria C de risco na gravidez. Assim, devem ser evitados no terceiro trimestre⁵⁹. De outro lado, o paracetamol pertence à categoria A de risco, uma vez que não há prova de que induza aumento na frequência de malformações ou outros efeitos nocivos no feto/bebê. Além disso, durante a gravidez e lactação só deve ser usado por indicação médica.

O tratamento da febre em idosos deve ser criterioso, pois é frequente o uso de antiagregantes plaquetários para afecções cardiovasculares. De acordo com os critérios de Beers – Fick^{60 61}, que apresenta os medicamentos em potência inadequados para idosos, o uso de AINE, como ibuprofeno, cetoprofeno e naproxeno incluindo ácido acetilsalicílico (em doses superiores a 325 mg/dia), deve ser evitado em razão do aumento de risco de sangramento gastrointestinal ou de úlcera péptica, especialmente em grupos de elevado risco (por exemplo, pacientes com história de úlceras gástricas ou duodenais, indivíduos >75 anos de idade, em uso concomitante de corticosteroides orais ou parenterais, anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários). Em particular, no idoso, a elevada frequência de doença gastrointestinal e cardiovascular, combinada com o declínio da função renal, relacionado à idade e ao uso de múltiplos tratamentos farmacológicos, justificam precaução adicional quanto ao uso de AINEs e torna o paracetamol o antipirético de primeira escolha⁶².

O uso de AINE para o tratamento de febre em pacientes com doença gastrointestinal, como gastrite ou úlcera péptica, ativa ou pregressa, deve ser evitado. Efeitos adversos gastrointestinais graves (por exemplo, úlceras com sangramento ou perfuração do tubo digestivo) pelo uso de AINE são notificados com frequência às agências de regulação⁶³. No grupo de pacientes com problemas gastrointestinais, a preferência na seleção do AINE para o controle da febre é o paracetamol.

Eventos adversos renais ocorrem em 1% a 5% de todos os pacientes que utilizam AINE⁶⁴. Deve-se evitar a prescrição de AINE a pacientes com história ou suspeita de insuficiência renal, uma vez que pode induzir agravamento desta afecção, por meio de: alterações hemodinâmicas subsequentes à lesão renal aguda; distúrbios eletrolíticos (ácido-base); nefrite intersticial aguda, que pode ser seguida por síndrome nefrótica e necrose papilar. Nessa população, deve-se preferir o paracetamol para o alívio de febre.

Pacientes com febre e diagnóstico concomitante de asma devem ser tratados com atenção especial. Estudos mostram que alguns medicamentos utilizados para tratar febre podem desencadear broncoespasmo. O ácido acetilsalicílico e os AINEs celecoxibe, diclofenaco, naproxeno, cetoprofeno e os antipiréticos paracetamol e dipirona, podem causar eventos adversos pulmonares⁶⁵. Exacerbações de inflamação nas vias aéreas inferiores em pacientes com asma podem ocorrer, incluindo broncoespasmos, ruborização, olhos vermelhos, edema periorbitário e congestão nasal⁶⁶.

Estudo clínico controlado, realizado em crianças com asma por Kanabar e Dale⁶⁷, sugere que o ibuprofeno é mais seguro que o paracetamol, apresentando menor risco por evitar a exacerbação da asma. De outro lado, a comparação dos riscos de reações adversas pulmonares em crianças não

asmáticas, pelo ibuprofeno e paracetamol, sugerem que o ibuprofeno tem efeito protetor e terapêutico, e o paracetamol oferece maior risco de causar sibilância⁶⁸.

Em adultos, incluindo grávidas que usaram o paracetamol, esse medicamento também foi relacionado ao aumento do risco de sintomas de asma⁶⁹. Porém, a administração de apenas uma dose de paracetamol não está ligada à exacerbação da asma⁷⁰. O ácido acetilsalicílico também pode desencadear exacerbações de doenças respiratórias. Elas ocorrem em 7% dos pacientes adultos com asma e em aproximadamente 14% dos pacientes com asma grave. Dessa forma, o uso desse medicamento está contraindicado nesses casos⁷¹.

O uso de AINEs no alívio de febre em hipertensos, quando inevitável, deve ser iniciado nas menores doses terapêuticas e somente pelo tempo mínimo necessário, ou substituído por antipiréticos não anti-inflamatórios, como o paracetamol⁷². Pacientes que têm diagnóstico de hipertensão arterial e apresentam febre devem ser tratados com antipiréticos, de modo cauteloso. Os AINEs estão relacionados à elevação dos níveis pressóricos em sujeitos com pressão arterial controlada pelo uso de anti-hipertensivos. Estudos indicam que, em pacientes moderadamente hipertensos, esses fármacos podem aumentar a pressão arterial média em 5 mm/Hg^{73 74 75}. Nessa população, deve-se preferir o paracetamol para o controle da febre.

4.1.2.7 CONDUTA FARMACÊUTICA A QUEIXAS ESPECÍFICAS

4.1.2.7.1 ORIENTAÇÕES GERAIS AO PACIENTE

Agitar o medicamento antes do uso.

Manter à temperatura ambiente, entre 15°C e 30°C.

Proteger da luz, calor e umidade.

Evitar congelamento.

A velocidade de absorção do paracetamol e da dipirona pode ser diminuída quando ingeridos com alimentos.

Ingerir com alimento se houver desconforto gástrico, principalmente o ibuprofeno.

Não é seguro ingerir o paracetamol em dose diária acima de 4.000 mg (4 g). Não exceder a dose diária recomendada pelo risco de hepatotoxicidade.

Muitas associações medicamentosas de venda livre contêm paracetamol e dipirona. O uso simultâneo de várias preparações pode resultar em dose excessiva do fármaco.

Relatar sinais ou sintomas de hemorragia gastrointestinal, doença hepática (por exemplo pele ou olhos amarelados) ou doença renal.

Ingerir o medicamento com um copo cheio de água (cerca de 200 ml).

Não deitar dentro de 15 a 30 minutos após a administração.

Não misturar a suspensão oral com nenhum outro líquido antes do uso.

Evitar ingestão de álcool enquanto estiver utilizando tais medicamentos^{76,29}

4.1.2.7.2 COM FEBRE

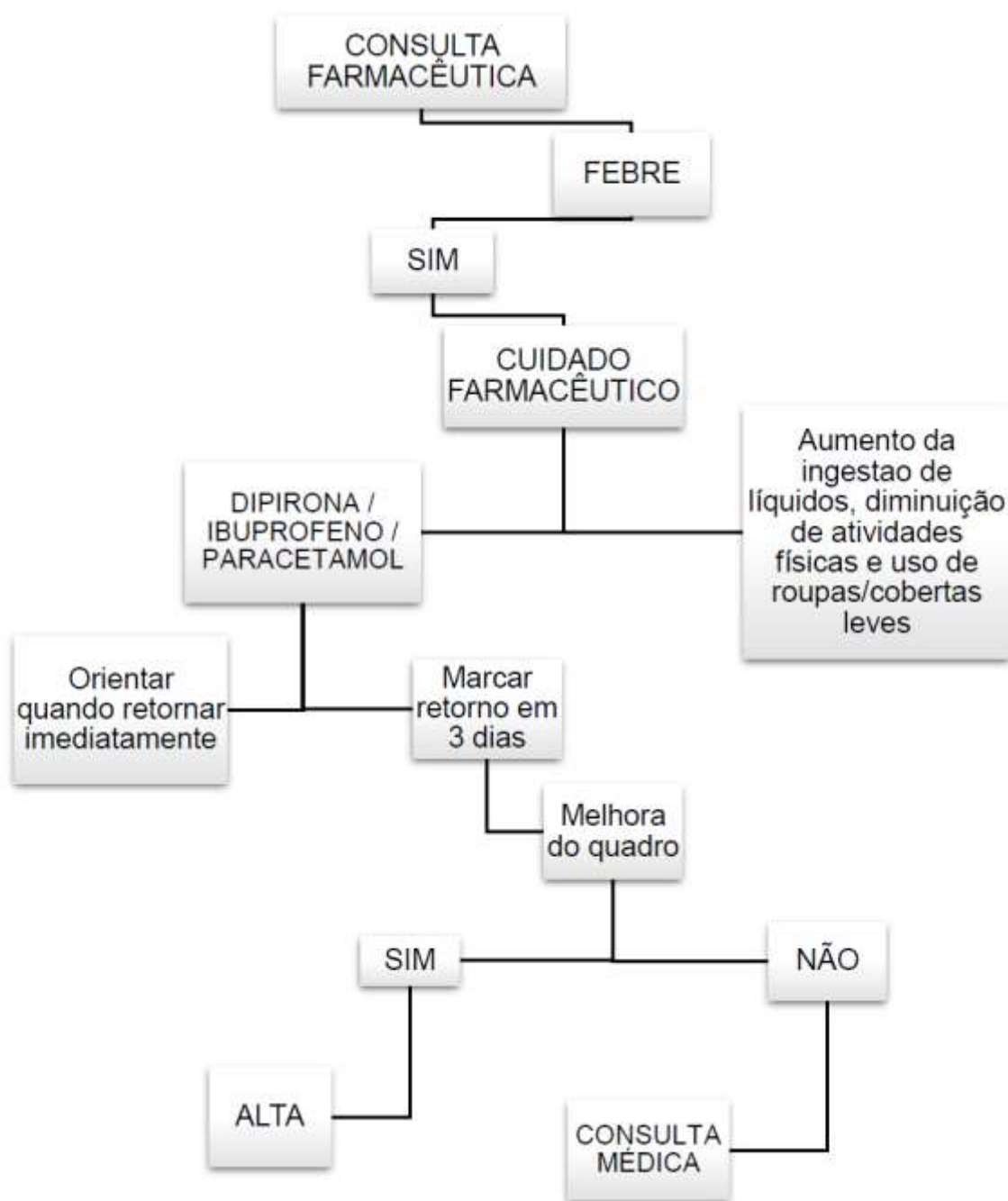


Figura 03 – Conduta farmacêutica frente à febre. Elaborada pelo autor.

4.1.3 PIROSE OU AZIA

4.1.3.1 INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), de acordo com Moraes Filho e Domingues⁷⁷, é a condição que se desenvolve quando o conteúdo do estômago retorna ao esôfago e provoca sintomas

desagradáveis e/ou complicações. É um dos diagnósticos mais comuns na gastroenterologia, pois se trata de uma afecção que afeta cerca de 12% a 20% da população brasileira.

Numerosos fatores podem contribuir para o refluxo se tornar patológico, merecendo destaque as aberturas ou relaxamentos transitórios do esfíncter inferior do esôfago. Esses relaxamentos ocorrem independentemente da deglutição e podem estar relacionados com hipotensão do esfíncter. Outra causa facilitadora da DRGE é a presença de hérnia de hiato, principalmente de grande tamanho.

Os sintomas da DRGE são divididos em dois tipos: típicos e atípicos.

São considerados sintomas típicos:

a) Pirose: também chamada de azia, é a sensação de queimação na região central do peito, que pode irradiar da parte superior do estômago até o pescoço.

b) Regurgitação: definida como a percepção do fluxo do conteúdo gástrico refluído para boca.

As manifestações atípicas da DRGE são:

a) Dor torácica não cardíaca; *Globus faringeus*; Asma; Tosse crônica; Fibrose pulmonar idiopática; Apneia do sono⁷⁸.

4.1.3.2 CLASSIFICAÇÃO CIAP-2

D03 – Azia⁷⁹.

4.1.3.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da azia se inicia com uma anamnese cuidadosa, capaz de identificar os sintomas característicos, bem como definir sua intensidade, duração e frequência. Devem ser investigados fatores desencadeantes, de alívio e também se houve uso de medicamentos que podem provocar azia, além de determinar o padrão de evolução da doença, assim como o impacto na qualidade de vida dos pacientes.

De forma isolada e não recorrente, a azia é um sintoma benigno com evolução autolimitada; porém, pode estar associada a doenças mais graves, que requerem encaminhamento ao médico.

4.1.3.4 TRATAMENTO

O tratamento do refluxo ou azia objetiva controlar os sintomas, cicatrizar as lesões e prevenir complicações, podendo ser fundamentalmente clínico ou cirúrgico.

A maioria dos pacientes se beneficia com tratamento clínico, que deve abranger medidas comportamentais, não farmacológicas e farmacológicas, as quais devem ser implementadas simultaneamente.

As medidas não farmacológicas no tratamento são: perder peso ou impedir ganho adicional; moderação na ingestão dos seguintes alimentos: ricos em gorduras, condimentados, cítricos, café, chá, chocolate, bebidas alcoólicas e que possuem gás; evitar refeições volumosas; evitar deitar por duas horas após as refeições; cessação do tabagismo; evitar roupas apertadas; evitar medicamentos que causam boca seca; não comer antes das atividades físicas (alimentar hora antes de se exercitar); elevação da cabeceira da cama (15cm).

O tratamento farmacológico se dá com o uso de antiácidos, como o hidróxido de alumínio, disponível pelo Consórcio Paraná Saúde.

4.1.3.4.1 FÁRMACOS

Antiácidos como bicarbonato de sódio, carbonato de cálcio, hidróxido de alumínio e magnésio fazem parte do arsenal que o Farmacêutico pode usar como terapia farmacológica.

Tratam-se de substâncias de natureza básica, que atuam neutralizando o ácido secretado pelas células parietais do estômago. São utilizados principalmente em tratamentos de episódios curtos e autolimitados de hiperacidez e como adjuvantes da terapia no tratamento em longo prazo de úlceras pépticas e de refluxo gastroesofágico⁸⁰.

Os antiácidos são, muitas vezes, utilizados para o alívio de diversos sintomas gastrintestinais que, nem sempre, correspondem às suas indicações, muitas vezes obtidos nos meios de comunicação social⁸¹.

Os antiácidos estão disponíveis no mercado, na forma de associações medicamentosas contendo compostos básicos de alumínio, magnésio e cálcio, além de outros componentes cuja função terapêutica é incerta. Estes diferem significativamente entre si quanto à potência, taxa de absorção, tempo de ação, efeitos secundários, complicações sistêmicas e interações medicamentosas. Essas interações são ocasionadas pela valência do cátion, dose utilizada, duração do tratamento e momento de administração do antiácido em relação ao outro fármaco⁸². Está bem estabelecido que doses baixas de antiácidos, usadas esporadicamente, são ineficazes no tratamento de úlceras pépticas e não constituem terapêutica farmacológica efetiva para o tratamento de nenhuma condição clínica. Assim sendo, é possível que seu uso habitual seja reflexo de alguma doença funcional ou de dependência psicológica⁸³.

4.1.3.4.2 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

Hidróxido de alumínio: Tomar de 5 a 10 ml, quatro vezes ao dia, 15 minutos antes das refeições, e antes de deitar, ou a critério farmacêutico⁸⁴.

4.1.3.4.3 TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

Antes de tomar o medicamento, deve-se agitá-lo, devendo ser ingerido no máximo durante 7 dias seguidos.

4.1.3.5 BENEFÍCIOS ESPERADOS

É importante assegurar que o tratamento foi realizado corretamente, para que o produto possa ter efeito desejado, eliminando assim a chamada azia que é a sensação de queimação.

4.1.3.6 MONITORIZAÇÃO

O hidróxido de alumínio, geralmente, pode causar constipação intestinal, náuseas e vômitos, pela ação adstringente. O uso prolongado por indivíduos ingerindo uma dieta pobre em fosfato pode provocar osteomalácia e miopatia proximal. Alguns relatos sugerem que a encefalopatia encontrada em alguns pacientes submetidos à hemodiálise pode ter como origem intoxicação pelo alumínio.

Este produto é contraindicado aos pacientes que tenham apresentado hipersensibilidade ao alumínio, no primeiro trimestre da gravidez, apendicite ou sintomas de apendicite, hemorragia gastrointestinal ou retal diagnosticada, a crianças menores de 6 anos, a menos que seja prescrito pelo médico. Nos casos de hipocloridria, hemorroidas, obstrução intestinal e insuficiência renal grave.

Categoria de Risco na Gestação: C – Não há estudos adequados em mulheres. Em experiências animais ocorreram alguns efeitos colaterais no feto, mas o benefício do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez.

4.1.3.7 CONDUTA FARMACÊUTICA A QUEIXAS ESPECÍFICAS

4.1.3.7.1 ORIENTAÇÕES GERAIS AO PACIENTE

Agitar o medicamento antes do uso.

Manter à temperatura ambiente, entre 15°C e 30°C.

Proteger da luz, calor e umidade.

Evitar congelamento.

Orientar para respeitar o intervalo de 2 a 4 horas entre a administração do antiácido e de outros medicamentos.

Orientar para ingerir 250 ml de água depois da ingestão do antiácido para reduzir risco de constipação.

Orientar para ingerir no intervalo das refeições e antes de dormir.

Alertar para não tomar com quantidade significativa de leite ou derivados.

Orientar que o antiácido não deve ser usado por mais de 14 dias consecutivos⁸⁵.

4.1.3.7.2 COM PIROSE

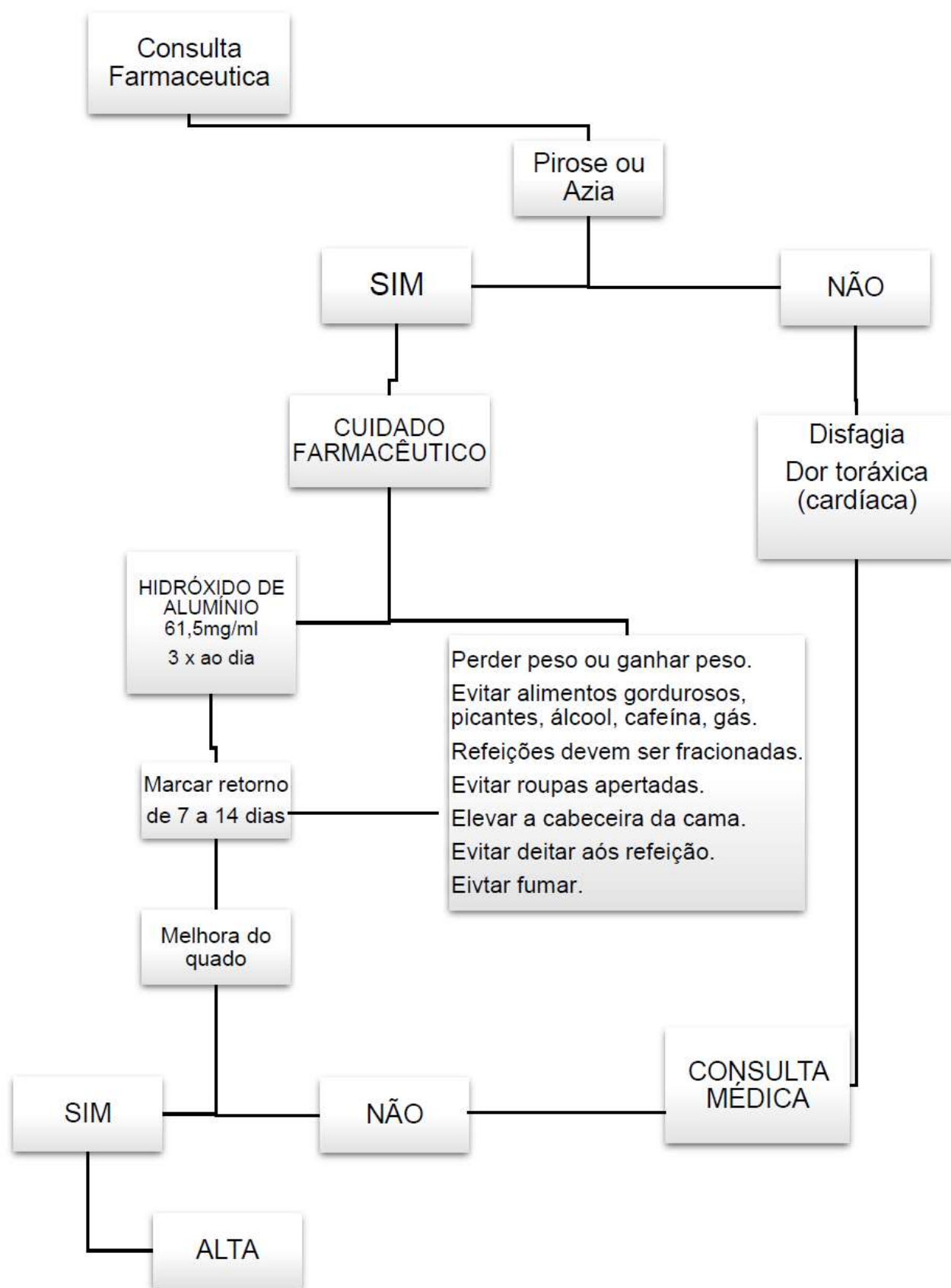


Figura 04 – Conduta farmacêutica frente à pirose. Fonte: elaborada pelo autor.

4.1.4 CONSTIPAÇÃO

4.1.4.1 INTRODUÇÃO

A constipação ou obstipação é um problema gastrointestinal, tradicionalmente mencionado como *prisão-de-ventre*, não é uma doença, mas sim um sintoma comum a diversas enfermidades e de carácter multifatorial⁸⁶.

Na população em geral, a incidência de obstipação é de 2 a 30%⁸⁷. Entre idosos a incidência é de 50 a 75%⁸⁸. A prisão de ventre afeta mais as mulheres do que os homens devido a fatores hormonais e, no caso da gestação, também pela compressão do útero sobre o intestino⁸⁹.

De acordo com Drossman⁹⁰, em relação aos acordos de Roma I (1994), Roma II (1999-2000), Roma III (2006) e Roma IV (2016) para doenças funcionais gastrointestinais, têm-se usado critérios para a definição de constipação intestinal.

4.1.4.2 CLASSIFICAÇÃO CIAP-2

D12 Obstipação ou Constipação⁹¹.

4.1.4.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da constipação é, geralmente, clínico, por meio do conhecimento de sua etiologia, pelas informações sobre o tempo do início e sua evolução. O paciente normalmente se refere à dor abdominal tipo cólica, difusa, em regra recorrente, associada a hábitos alimentares e de vida, a utilização rotineira de medicamentos (opioides, antidepressivos, anti-histamínicos, corticoides, benzodiazepínicos, entre outros) ou identificar alguma doença que possa se associar com essa disfunção (neurológicas, metabólicas, psiquiátricas, endócrinas e proctológicas), por exemplo, o câncer colorretal, que é o segundo câncer mais frequente entre homens e mulheres no Brasil^{92 93 94}.

O Consenso de Roma IV (2016) define constipação intestinal funcional como uma disfunção em que predomina uma evacuação dificultosa, pouco frequente e incompleta. Devendo apresentar duas ou mais das seguintes características nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico: esforço, fezes endurecidas, sensação de eliminação incompleta, sensação de obstrução anorretal e manobras digitais para facilitar a saída do conteúdo fecal em 25% das evacuações, menos de 3 evacuações espontâneas por semana e necessidade do uso de laxantes⁹⁵.

4.1.4.4 TRATAMENTO

O tratamento não farmacológico consiste em aumentar a ingesta hídrica, orientar sobre o aumento de alimentos ricos em fibras, incentivar atividade física regular e realizar massagem abdominal e anal.

O tratamento farmacológico se dá com o uso de classes de laxantes, sendo a idade um fator determinante na escolha, visto que nem todos os fármacos são aconselhados para os primeiros anos de vida, pois menores de 2 anos devem passar por avaliação médica.

Os medicamentos disponíveis pelo Consórcio Paraná Saúde são lactulose (laxante osmótico) e óleo mineral (lubrificante).

4.1.4.4.1 FÁRMACOS

A lactulose é um laxante osmótico, caracterizado por ser uma substância que é metabolizada no intestino, pelas bactérias presentes no cólon. Por meio desse fenômeno, ocorre a liberação de sais, com retenção de água e conseqüente aumento do peristaltismo intestinal⁹⁶.

O óleo mineral é um laxante lubrificante, tem um efeito detergente. Assim, envolve as fezes, tornando-as mais macias e fluidas, de modo a evitar a absorção de água no cólon.

4.1.4.4.2 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

Lactulose:

Crianças de 2 a 5 anos - 5 a 10 ml/dia.

Crianças de 6 a 12 anos - 10 a 15 ml/dia.

Acima de 12 anos e adultos - 15 a 30 ml/dia.

A posologia pode ser ajustada para que se obtenham duas ou três evacuações diariamente a critério farmacêutico.

Óleo Mineral:

Crianças maiores de 2 anos - 5 a 15 ml ao dia.

Acima de 12 anos e adultos -15 a 45 ml ao dia por ano de idade, sendo 15 ml (1 colher de sopa) à noite e outra dosagem no dia seguinte ao despertar, ou, caso não obtenha êxito, aumente a dosagem para 30 ml (2 colheres de sopa) à noite e 15 ml pela manhã^{97 98}.

4.1.4.4.3 TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

A lactulose pode estar associada a náuseas, cólicas abdominais, flatulência, meteorismo ou diarreia, sendo fundamental a ingestão de água, para a prevenção de possível desidratação.

O uso prolongado ou excessivo do óleo mineral pode originar o gotejamento anal que, para além de ser desagradável, pode também causar prurido anal, hemorroidas e outras doenças perianais. Assim, a administração dos laxantes lubrificantes deve ser efetuada por curtos períodos de tempo, em pequenas quantidades ou em administrações mais espaçadas⁹⁹.

4.1.4.5 BENEFÍCIOS ESPERADOS

É importante assegurar que o tratamento foi realizado corretamente, para que o produto possa ter efeito desejado, eliminando as fezes e melhorando o desconforto.

4.1.4.6 MONITORIZAÇÃO

Categoria de Risco na Gestação: C – Não há estudos adequados em mulheres. Em experiências animais ocorreram alguns efeitos colaterais no feto, mas o benefício do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez. Ausência de evacuação ou flatulência nas últimas 24 horas com dor/distensão abdominal; dor abdominal intensa; ausência de ruídos hidroaéreos; ausência de evacuações há mais de 5 dias; dor à descompressão abdominal; febre maior que 38°C sem outros sinais/sintomas que possam originá-la.

O óleo mineral, se aspirado, pode levar ao desenvolvimento de pneumonia lipoídica, pois há reação de corpo estranho no intestino, e pode interferir com absorção de substâncias lipossolúveis, como vitaminas^{100 101}.

4.1.4.7 CONDUTA FARMACÊUTICA A QUEIXAS ESPECÍFICAS

4.1.4.7.1 ORIENTAÇÕES GERAIS AO PACIENTE

Agitar o medicamento antes do uso.

Manter à temperatura ambiente, entre 15°C e 30°C.

Proteger da luz, calor e umidade.

Evitar congelamento.

Orientar que a solução pode ser misturada com suco de fruta, água, leite ou alimentos para melhorar o sabor.

Orientar para ingerir com 250 ml de líquido e, pelo menos, 6 a 8 copos de líquido por dia, para auxiliar o amolecimento das fezes.

Informar que pode ser necessário aguardar de 1 a 3 dias para a obtenção de melhora clínica¹⁰².

4.1.4.7.2 COM CONSTIPAÇÃO

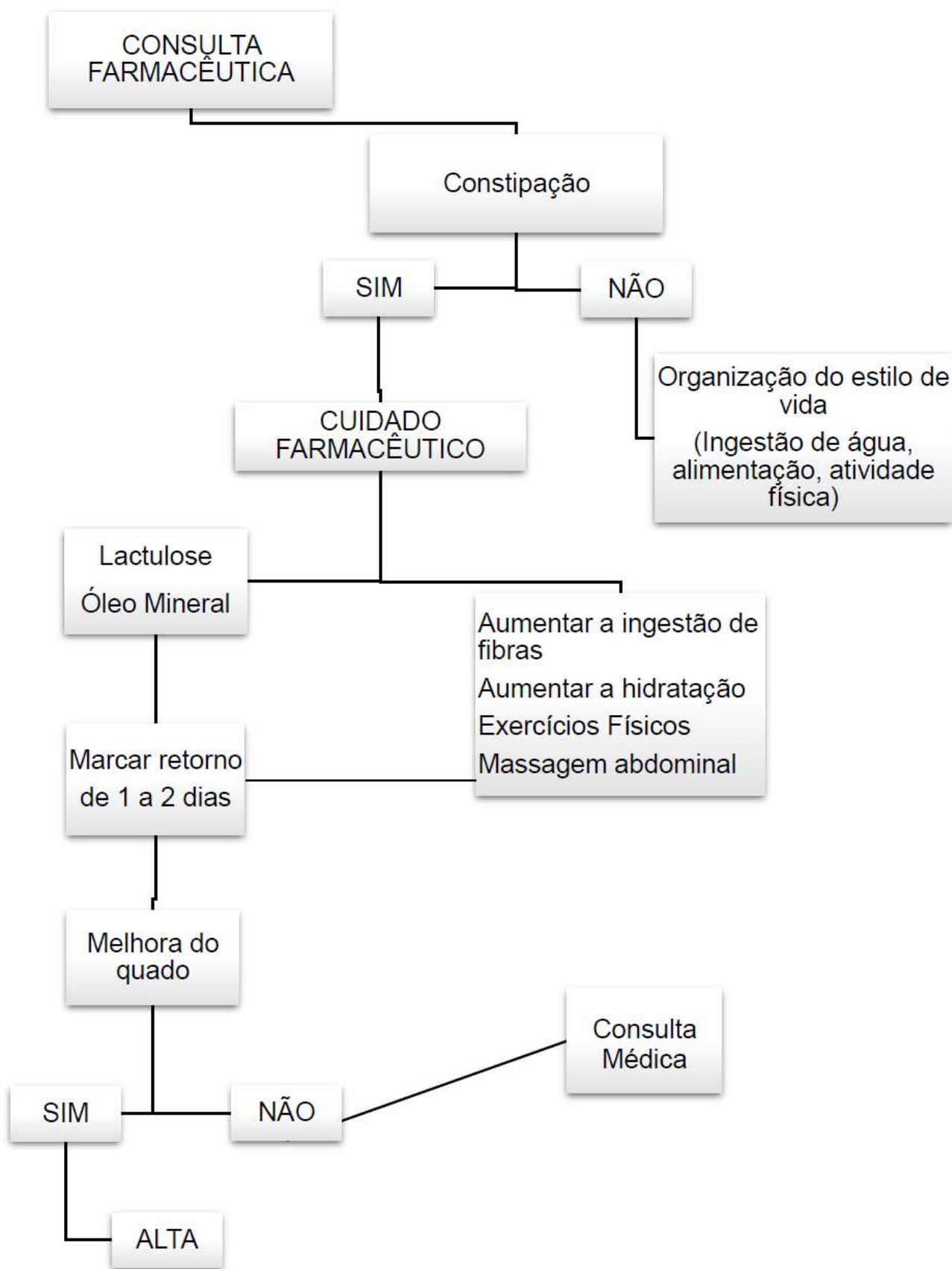


Figura 05 – Conduta farmacêutica frente à constipação. Elaborada pelo autor.

4.1.5 MICOSE – DERMATOFITOSE

4.1.5.1 INTRODUÇÃO

As infecções fúngicas são estimadas em aproximadamente 300 milhões de pessoas de todas as idades ao ano, sendo consideradas um problema de saúde pública universal¹⁰³.

A dermatofitose é a doença causada por fungos chamados dermatófitos (*Microsporum*, *Trichophyton* e *Epidermophyton*). Esses fungos possuem um forte biotropismo por estruturas de queratinas, como pele, pelos e unhas, sendo que a habilidade de ocasionar a micose está diretamente relacionada a essa dependência da queratina¹⁰⁴.

As infecções fúngicas são mais comuns em países de clima quente e úmido, sendo que os países mais afetados são de clima tropical e subtropical. No Brasil, a prevalência das dermatofitoses entre as lesões cutâneas varia de 18 a 23%^{105 106}. É muito raro um dermatófito causar uma infecção invasiva ou disseminada, embora tenham sido relatados casos em pacientes imunocomprometidos¹⁰⁷.

4.1.5.2 CLASSIFICAÇÃO CIAP–2

S74 Dermatofitose¹⁰⁸.

4.1.5.3 DIAGNÓSTICO

As manifestações clínicas prevalentes de dermatofitose são despigmentação, placas anulares, prurido e perda de cabelo, lesões tipicamente cutâneas conhecidas como tineas¹⁰⁹.

As infecções fúngicas podem ser classificadas de acordo com a localização anatômica da lesão, utilizando a denominação *tinea* para todas as dermatofitoses, acrescida do local anatômico em que se localiza a infecção. As modalidades dermatofíticas mais relevantes são: *tinea capitis* (couro cabeludo, sobrancelhas e cílios), *tinea corporis* (ombros, tronco, braços e face), *tinea cruris* (perineais, inguinais e perianais), *tinea unguium* (unhas), *tinea barbae* (barba), *tinea manuum* (mãos e regiões interdigitais) e *tinea pedis* (solas e os dedos dos pés)^{110 111}.

As lesões causadas pelos fungos são infectocontagiosas com efeitos negativos na qualidade de vida dos pacientes.

O exame visual das lesões fúngicas da pele são elucidativas e esclarecedoras. No entanto, a raspagem da pele para exame complementar deve ser considerada, quando a terapêutica farmacológica sistêmica é uma possibilidade ou se houver dúvida sobre o diagnóstico¹¹².

4.1.5.4 TRATAMENTO

O tratamento não farmacológico consiste em organização do estilo de vida e hábitos de higiene, devendo-se orientar a troca diária de suas roupas, principalmente das roupas íntimas e dar preferência às de algodão; separar toalhas e roupa de cama; secar os pés; usar meias de algodão; deixar os pés e calçados ventilados e secos; evitar calçados não apertados; os objetos inanimados como pentes e escovas podem se tornar reservatórios dos fungos e perpetuar a infecção, devendo ser usados apenas pelo paciente e limpos com álcool.

O tratamento farmacológico é simples e deve ser precoce para evitar extensão da situação clínica e contaminação de outras pessoas que convivem próximo ao paciente afetado. Caso houver mais de um contato contaminado, deve-se tratar, ao mesmo tempo, todos os membros afetados da família ou do convívio cotidiano do paciente^{113 114}.

O medicamento disponível pelo Consórcio Paraná Saúde é miconazol 2% creme dermatológico.

4.1.5.4.1 FÁRMACOS

Miconazol é antifúngico imidazólico utilizado no tratamento de candidíase superficial, dermatofitose, infecções da pele e pitiríase versicolor. O tratamento tópico promove uma redução de pronto na infecção fúngica, está livre de efeitos adversos e é relativamente de baixo custo^{115 116}.

4.1.5.4.2 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

Miconazol 2% creme dermatológico deve ser usado 1 a 2 vezes por dia por 4 semanas¹¹⁷.

4.1.5.4.3 TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

O tratamento tem duração de 15 a 30 dias para dermatofitose do corpo, dos pés e da virilha; duração de 90 dias, para dermatofitose do couro cabeludo em crianças; duração de seis meses para onicomicose das mãos e um ano para onicomicose dos pés¹¹⁸.

4.1.5.5 BENEFÍCIOS ESPERADOS

É importante assegurar que o tratamento foi realizado corretamente, para que o produto possa ter seu efeito desejado, observando assim o desaparecimento de sintomas e sinais de micoses melhorando a qualidade de vida do acometido.

4.1.5.6 MONITORIZAÇÃO

Categoria de Risco na Gestação: C – Não há estudos adequados em mulheres. Em experiências animais ocorreram alguns efeitos colaterais no feto, mas o benefício do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez. A recidiva é frequente com o tratamento tópico. Deve-se, então, orientar a realização de consulta médica para tentar o tratamento sistêmico.

Em caso de infecção secundária, orientar pela consulta médica.

Nos casos extensos, pode haver recidiva ou falha terapêutica devido à duração insuficiente do tratamento. Por isso, nesses casos, marcar retorno para avaliar resposta ao tratamento em 4 semanas. Caso ainda haja mínimo sinal de atividade, continuar o tratamento por até 6 semanas¹¹⁹.

4.1.5.7 CONDUTA FARMACÊUTICA A QUEIXAS ESPECÍFICAS

4.1.5.7.1 ORIENTAÇÕES GERAIS AO PACIENTE

Manter em temperatura ambiente, entre 15°C e 30°C.

Proteger da luz, calor e umidade.

Evitar congelamento.

Evitar o contato do creme com os olhos, nariz ou boca.

Não utilizar em áreas da pele que têm cortes ou arranhões. Em caso acidental, lavar imediatamente o local.

Limpar e secar completamente a área da pele antes de aplicar o medicamento.

Aplicar uma camada fina do medicamento sobre a área afetada.

Usar este medicamento a cada manhã e cada noite, a menos que o farmacêutico diga o contrário.

Ao tratar o pé de atleta, não esquecer de aplicar o medicamento nos espaços entre os dedos dos pés. Manter o produto nos pés por 15 a 30 minutos e depois secar com uma toalha. Entre as aplicações, manter os pés o mais seco possível. Mudar as meias e sapatos pelo menos uma vez por dia. Usar sapatos confortáveis que não aumentem muito a sudorese dos pés.

Loção é preferida em áreas intertriginosas; se for utilizado creme, aplicar com moderação para evitar maceração¹²⁰.

4.1.5.7.2 COM DERMATOFITOSE

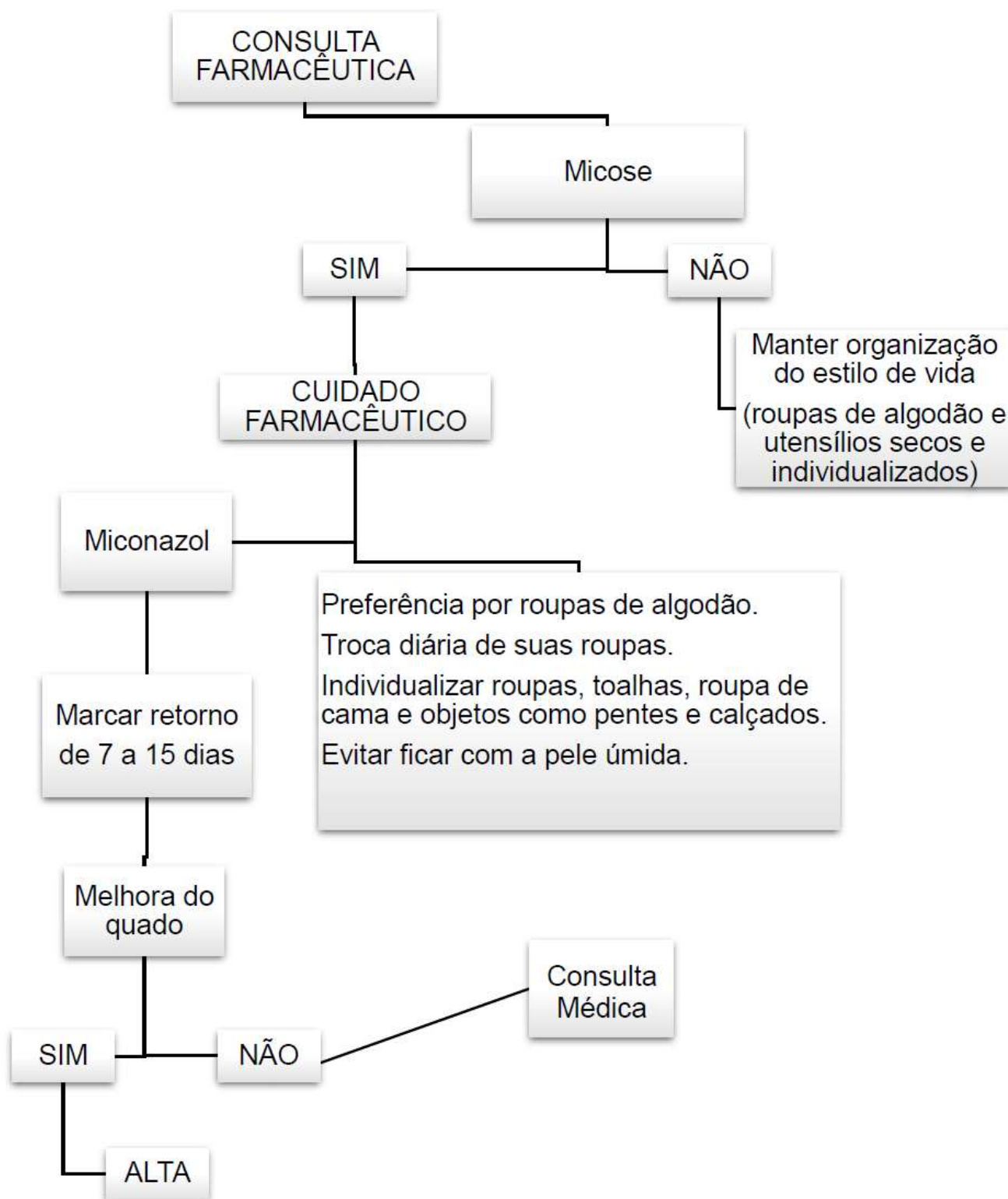


Figura 06 – Conduta farmacêutica frente à dermatofitose. Elaborada pelo autor.

5 DISCUSSÃO

Este trabalho elaborou diretrizes gerais e específicas das intervenções do farmacêutico no processo saúde/doença, por meio da utilização de medicamentos isentos de prescrição, observando dois aspectos: o perfil dos doentes e a seleção dos medicamentos.

A elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), cujo propósito é o de padronizar os medicamentos isentos de prescrição e a conduta que deve ser adotada pelo farmacêutico na consulta, cria subsídio para que o profissional realize a gerência do problema de saúde adequado a cada paciente, com segurança, a fim de desenvolver uma prescrição farmacológica ou não, coerente às suas atribuições, melhorando a qualidade de vida da população assistida e desafogando as filas dos consultórios das Unidades Básicas de Saúde no SUS.

O município de Lunardelli conta com uma população estimada de 4.744 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) e apresenta uma densidade demográfica de 25,90 hab/km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,69%, dados de 2010. O IDEB nos anos iniciais do ensino fundamental é de 5,7 e nos anos finais do ensino fundamental 4,6, no ano de 2017. O índice de pobreza colocou o município na 303o posição dentro do estado do Paraná, no ano de 2003. Quanto ao cenário da saúde, o município possuía 04 estabelecimentos do Sistema Único de Saúde, em 2009. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 19.23 para mil nascidos vivos, em 2017. As internações, devido a diarreias, eram de 4.1 para cada mil habitantes, em 2016. Seu território ocupa uma área de 199,213 km² (2019) e apenas 2,5 % da área possui esgotamento sanitário adequado, seu bioma é de Mata Atlântica com clima subtropical úmido¹²¹.

Em populações carentes, que apresentam condições socioeconômicas precárias, como ocorre em alguns bairros do município de Lunardelli, o controle de ectoparasitas pode ser tratado com piretróides, há disponibilidade deste fármaco na rede pública, apesar de maior custo em relação a outros medicamentos, como a ivermectina, tem ainda a vantagem de ser menos irritante, podendo ser utilizado em crianças, assim como por gestantes, lactantes, renais crônicos e imunocomprometidos. Dos pacientes que apresentam ectoparasitoses, apenas os com infecção secundária têm a necessidade de ser encaminhado diretamente para a consulta médica.

Um estudo e os resultados obtidos no município de Ponta Grossa/PR (2016), na introdução do protocolo farmacêutico em atendimento a pacientes acometidos pela escabiose e pediculose, atesta

a validade da consulta realizada pelo farmacêutico, com a inserção da terapêutica farmacológica em sua intervenção, garantindo maior assistência aos pacientes fortalecendo e ampliando o cuidado¹²².

A febre traz consigo uma mistificação, pois muitos acreditam que ela seria a própria doença e não um sintoma comum. Pursell (2009) evidenciou que muitos pais, por ansiedade, medicam seus filhos de forma inadequada e a cultura e crenças pessoais influencia muito na tomada de decisão¹²³. A introdução do protocolo, para atendimento de pacientes com manifestações de febre, com medicamentos antipiréticos como a dipirona, o ibuprofeno e o paracetamol, os quais estão disponíveis na rede pública e também podem ser prescritos pelo farmacêutico, configura-se como um instrumento capaz de auxiliar no atendimento precoce de pessoas febris, uma vez que, na maioria das vezes, a falta de segurança em seu cuidado leva um grande número de pessoas a procurar o serviço de saúde mais próximo, o que acaba inflando as filas dos consultórios no SUS.

Estudo de Oliveira *et al* (2021), realizado no município de Campo Magro/PR, com a introdução de um protocolo de intervenção em crianças com febre, proporcionou à população um atendimento mais organizado, rápido, humanizado e de qualidade, e os profissionais de saúde foram beneficiados por um ambiente mais harmonioso de trabalho e maior segurança na qualidade do serviço ofertado¹²⁴.

Com relação à azia, ela tem uma prevalência estimada de 10% a 30% na população e é motivo frequente de procura por atendimento médico nas Unidades Básicas de Saúde¹²⁵. O farmacêutico é um dos profissionais que podem realizar o atendimento de pacientes que buscam o serviço de saúde para tratamento deste problema de saúde, em que, usando o hidróxido de alumínio, que é o medicamento isento de prescrição disponível na rede pública, por meio do protocolo, é possível constatar que sua utilização, somada a mudanças nas medidas comportamentais, promove uma boa resposta nos episódios de pirose, devendo ser utilizado somente em casos pontuais. Havendo persistência ou piora dos sintomas, o paciente deve ser encaminhado ao médico para avaliação e realização de exames complementares. Cabe dizer que o hidróxido de alumínio pode causar toxicidade neurológica em pacientes em diálise e sua prescrição para menores de 6 anos e gestantes deve ser proposta e seguida de acompanhamento médico.

Estudos de Santos¹²⁶ sugerem que a DGRE é uma doença que influencia na qualidade de vida dos pacientes e o uso desregrado de medicamentos também auxilia nos resultados negativos, por conta das reações que alguns fármacos podem trazer ao sujeito.

As medidas não farmacológicas são as mais importantes no tratamento da constipação, sendo o aumento da ingestão de água, a dieta com alimentos ricos em fibras e a realização de atividades físicas

as ações que promoverão uma maior regularidade nas evacuações intestinais. Os laxativos, como a lactulose e o óleo mineral, são os medicamentos isentos de prescrição, disponíveis na rede pública, e seu protocolo aponta que tais medicamentos devem ser utilizados na situação aguda deste problema de saúde autolimitado, pois seu uso em demasia pode causar habituação no funcionamento intestinal. O reconhecimento da etiologia da constipação, por meio das informações sobre o tempo do início e sua evolução, traz esse transtorno menor para um campo em que o farmacêutico é capaz de realizar o manejo adequado para o tratamento.

Os resultados obtidos por Ajala *et al*¹²⁷ sugerem que o tratamento da constipação intestinal se baseia na instituição de medidas dietéticas, incentivo à prática de exercícios físicos e estímulo do reflexo da evacuação. O uso de fármacos pode ser indicado em alguns casos, porém não se aconselha o uso por tempo prolongado. Quando se faz necessária a terapêutica farmacológica, o tratamento consiste na utilização de medicamentos formadores de massa fecal, emolientes, estimulantes ou salinos osmóticos. Seus estudos consideram que a constipação é um problema complexo que afeta uma porção significativa da população em geral. O farmacêutico deve orientar o paciente quanto ao uso de produtos laxativos, auxiliando-o na escolha do MIP mais adequado e promovendo seu uso racional.

As infecções por micoses são apontadas como um problema de saúde pública universal, principalmente em regiões de clima tropical e subtropical, como Lunardelli-Pr, onde a temperatura quente e a umidade, somadas à desorganização do estilo de vida e maus hábitos de higiene por muitas pessoas, favorecem o seu aparecimento. O tratamento farmacológico é simples e, por meio de um medicamento seguro, livre de efeitos adversos e de custo relativamente baixo, o protocolo para dermatofitoses traz o antifúngico miconazol 2% em creme dermatológico, disponível na rede pública, o qual pode ser prescrito por um farmacêutico, melhorando a qualidade de vida dessa população.

A investigação bibliográfica de protocolos para tratamento de dermatofitose utilizando MIP, como o miconazol, para a elaboração deste protocolo farmacêutico não foi encontrada. Isso torna este protocolo de problema de saúde autolimitado pioneiro na administração de dermatofitose por um farmacêutico.

O atendimento do farmacêutico realizado com protocolos clínicos prévios torna-se um procedimento mais seguro, evidenciando os problemas de saúde autolimitados e suas causas, pois, por meio de um plano de cuidado bem realizado, permite analisar, evidenciar, distinguir e avaliar sua evolução e os resultados obtidos, o que se traduz em ações que demonstram sucesso na conduta farmacêutica e podem garantir a eficácia do protocolo introduzido.

O principal desafio a ser vencido, na elaboração dos PCDT, é estes serem testados e validados na prática do consultório farmacêutico, de modo a garantir confiança. Assim, os profissionais de saúde se sentem à vontade para aderir às recomendações, com o objetivo de atender às necessidades de saúde do usuário do SUS em sua integralidade, ao mesmo tempo, reduzir os riscos de morbimortalidade e promover o uso racional dos medicamentos.

A defasagem na formação acadêmica é dificuldade a ser ultrapassada na execução da consulta e na prescrição farmacêutica. Apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos na grade curricular dos cursos de Farmácia, a busca por cursos de formação e ampliação de conhecimentos complementares que preparem e qualifiquem o farmacêutico torna-se fundamental para o seu posicionamento como profissional de saúde que atua diretamente na melhoria da qualidade da atenção à saúde, fazendo diferença na vida das pessoas.

A capacitação continuada, por meio de cursos de qualificação com caráter técnico-científico, junto da modernização da profissão farmacêutica, permite que a responsabilidade de cuidar de problemas de saúde autolimitados seja garantida pelo melhor desempenho da profissão farmacêutica, que passa a fomentar o acesso racional aos medicamentos de forma segura e efetiva. E dentro do sistema de saúde, o profissional se reencontra na arte de cuidar, passando a praticar a orientação adequada, muitas vezes integrado à equipe multidisciplinar, transmitindo assim seus conhecimentos e sempre respeitando seus limites.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A introdução de PCDT no apoio prático da consulta farmacêutica vem contribuir para que o profissional execute suas ações de forma segura e eficaz, desenvolvendo uma prescrição farmacológica ou não, garantindo assim que os problemas de saúde autolimitados dos pacientes que se dirigirem às farmácias em busca de tratamento sejam amenizados ou curados, melhorando a qualidade de vida da população assistida e desafogando as filas dos consultórios do SUS.

A falta de prática no atendimento de pacientes por deficiências na formação acadêmica de alguns farmacêuticos e a insegurança na seleção do procedimento correto de avaliação dos sinais e sintomas do paciente tornam os PCDT um documento que permite melhorias nas condutas e na decisão da indicação do melhor tratamento e orientação do paciente em alguns problemas de saúde autolimitados.

7 REFERÊNCIAS

- ^{104,104,107}RR, WHITE TC. Dermatophytes. *Curr Biol.* 2013;23(13):R551-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2013.03.026>.
- ¹²⁷AJALA ER, MONTEIRO C, PORSCHE, SAG. Indicação farmacêutica de medicamentos isentos de prescrição para o tratamento da constipação intestinal. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, 2018; 2(2)1-17.
- ⁶⁹ALLMERS, H. Frequent acetaminophen use and allergic diseases: is the association clear? *The Journal of allergy and clinical immunology*, St Louis, v. 116, n. 4, p. 859- 862, Oct. 2005.
- ⁸⁷ANDROMANAKOS N, SKANDALAKIS P, TROUPIS T, FILIPPOU D. Constipation of anorectal outlet obstruction: Pathophysiology, evaluation and management. *Journal of Gastroenterology and Hepatology.* 21 (4): p. 638–646, 2006.
- ⁵⁶ANTONUCCI, R. et al. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in pregnancy: impact on the fetus and newborn. *Current drug metabolism*, Hilversum, v. 13, n. 4, p. 474-490, May 2012.
- ⁴ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC N° 98, DE 1° DE AGOSTO DE 2016. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, e dá outras providências. Publicado em: 03/08/2016.
- ⁷⁴ARMSTRONG, E. P.; MALONE, D. C. The impact of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on blood pressure, with an emphasis on newer agents. *Clinical therapeutics*, Arizona, v. 25, n. 1, p. 1-18, 2003.
- ^{58,59}AUSTRALIAN. AUSTRALIAN DRUG EVALUATION COMMITTEE. Prescribing medicines in pregnancy: an Australian categorization of risk of drug use in pregnancy. Canberra: Therapeutic Goods Administration, 1999. Disponível em: <<https://www.tga.gov.au/prescribingmedicines-pregnancy-database>>. Acesso em fev. 2020.
- ⁸⁶BERNSTEIN, C.N., FRIED, M., KRABSHUIS, J., COHEN, H., ELIAKIM, R., FEDAIL, S., GEARRY, R., GOH, K., HAMID, S., KHAN, A.G., LEMAIR, A., MALFERTHEINER, Ouyang, Q., REY, J., SOOD, A., STEINWURZ, F., THOMSEN, O.O., THOMSON, A.; WATERMEYER, G. (2010), World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of IBD in 2010. *Inflamm Bowel Dis*, 16: 112-124. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ibd.21048> Acesso em fev. 2020.
- ¹⁵BRASIL. RESOLUÇÃO/CFF N° 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>> Acesso em abr. 2019.
- ¹⁶BRASIL. RESOLUÇÃO/CFF N° 586 DE 29 DE AGOSTO DE 2013. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>> Acesso em abr. 2019.
- ¹⁸BRASIL. CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/protocolo-clinico>> Acesso em abr. 2019.
- ²²BRASIL. LEI NO 13.021, DE 8 DE AGOSTO DE 2014. Disponível em

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13021-8-agosto-2014-779151-norma-actualizada-pl.pdf>> Acesso em abr. 2019.

¹²²BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Protocolo de Atendimento Farmacêutico regula prescrição em Ponta Grossa (PR). Comunicação do CFF, 29/08/2016. <http://www.cff.org.br/impressao.php?noticia=4002>. Acesso em fev. 2021.

¹²¹BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020). Cidades. <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/lunardelli/panorama>> Acesso em fev. 2021.

¹¹⁹BRASIL. Relatório Técnico do Instituto Nacional para Convergência Digital/ Departamento de Informática e Estatística, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina. -- v. 9, n.7 (2019) Florianópolis: INE, UFSC, 2019> Acesso em fev. 2021.

^{105,113,118}BRASIL. Dermatofitose - Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disponível em: sbd.org.br Acesso em fev. 2021.

⁹³BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de câncer no Brasil, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>> Acesso em fev. 2021.

^{40,94,100}BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica. Departamento de atenção básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. Brasília-DF, 2012. Disponível:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentosnorteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf Acesso em 20 fev. 2021.

^{41,42,43,50,51,52,54,76,84,85,96,102,112,115,117,120}BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf> Acesso em fev. 2021.

^{7,8,44}BRODIE DC, Parish PA, Poston J.W. Societal needs for drugs and drug-related services. Am J Pharm Ed 44:276-278, 1980.

⁶BRODIE DC. Is pharmaceutical education prepared to lead its profession? The Ninth Annual Rho Chi Lecture. Rep Rho Chi 39: 6-12, 1973.

^{27,32,34,35}BURGESS, I. F. Human lice and their management. Advances in Parasitology, 36:271-342, 1995.

³⁷BURGESS, I. F. Sarcoptes scabiei and Scabies. Advances in Parasitology, 1994, 33, p. 235-292.

^{31,53}BURKHART, C. N. Fomite transmission with head lice: A continuing controversy. Lancet, 2003, 361, p. 99-100.

⁸⁸CANADIAN. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (26 de junho de 2014). «Dioctyl Sulfosuccinate or Docusate (Calcium or Sodium) for the Prevention or Management of Constipation: A Review of the Clinical Effectiveness».

³⁰CANYON, D. V.; SPEARE, R. & MULLER, R. Spatial and kinetic factors for the transfer of head lice (*Pediculus capitis*) between hairs. *Journal of Investigative Dermatology*, 2002, 119:629-631.

¹³DALLA COSTA, E. M, O Enfoque Familiar na formação dos profissionais farmacêuticos. *Revista Olho Mágico*, v.22, p.16-18, 2000.

⁸¹DE LUCA, S. A. et al. Consideraciones sobre el riesgo potencial em pacientes que se automedican antiácidos. *O.F.I.L.*, v. 9, p. 30 – 37, 1999a.

⁸⁰DE LUCA, S. A. et al. Caracterización de la automedicación de antiácidos en dos farmacias del área metropolitana de Caracas. *O.F.I.L.*, v. 9, p. 40 – 49. 1999b.

⁹⁰DROSSMAN DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016; 150:1262–1279. Acesso em jan. 2021.

⁵⁵FELDKAMP, M. L. et al. Acetaminophen use in pregnancy and risk of birth defects: findings from the National Birth Defects Prevention Study. *Obstetrics and gynecology*, New York, v. 115, n. 1, p. 109-115, Jan. 2010.

^{60,61}FICK, D. M. et al. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 63, n. 11, p. 2227-2246, Nov. 2015.

FICK, D. et al. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 60, n. 4, p. 616-631, Apr. 2012.

⁸³GRAHAM, D. Y. et al. Why do apparently healthy people use antacid tablets? *Am. J. Gastroenterol.*, v. 78, n. 5, p. 257-260. 1983.

¹¹⁶GREAT BRITAIN. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *British national formulary*. 57. ed. London: BMJ Publishing Group and APS Publishing. Disponível em: <<http://www.bnf.org>>. Acesso em fev. 2021.

⁶⁴GREEN, G. A. Understanding NSAIDs: from aspirin to COX-2. *Clinical cornerstone*, Belle Mead, v. 3, n. 5, p. 50-60, 2001.

^{45,48}GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

⁵HANNA, Lezley-Anne. HUGHES, Carmel M. First, do no harm: factors that influence pharmacists making decisions about over-the-counter medication: a qualitative study in Northern Ireland. *Drug Safety*, v.33, n. 3, p.245-55. 2010.

⁸²HENDERSON, R. P. Acid-peptic disorders and intestinal gas. In: AL-LEN JR., L.V.; BERARDI, R.R.; DE SIMONE II, E.M.; ENGLE, J.P.; POPOVICH, N.G. et al. (Ed.). Handbook of nonprescription drugs. 12. ed. Washington, D.C.: American Pharmaceutical Association, 2000. p. 243-272.

^{24,33}HEUKELBACH, J.; van HAEFF, E.; RUMP, B.; WILCKE, T.; MOURA, R. C. & FELDMIEIER, H., Parasitic skin diseases: Health care-seeking in a slum in Northeast Brazil. Tropical Medicine and International Health, 2003b, 8:368-373.

²⁵HEUKELBACH, J.; MENCKE, N. & FELDMIEIER, H., Cutaneous larva migrans and tungiasis: The challenge to control zoonotic ectoparasitoses associated with poverty. Tropical Medicine and International Health, 2002, 7:907-910.

HEUKELBACH J; SALES DE OLIVEIRA FA; FELDMIEIER H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. Cad. Saúde Pública vol.19 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2003<<https://doi.org/10.1590/S0102-11X2003000500032>> Acesso em fev. 2019.

⁷³JOHNSON, A. G.; NGUYEN, T. V.; Day, R. O. Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect blood pressure? A meta-analysis. Annals of internal medicine, Philadelphia, v. 121, n. 4, p. 289-300, Aug. 1994.

^{67,68}KANABAR, D.; DALE, S.; Rawat, M. A review of ibuprofen and acetaminophen use in febrile children and the occurrence of asthma-related symptoms. Clinical therapeutics, Princeton, v. 29, n. 12, p. 2716-2723, Dec. 2007.

⁷²KAPLAN, N. M.; TOWNSEND, R. R. NSAIDs and acetaminophen: Effects on blood pressure and hypertension. In: POST, T. W. (Ed.). Up To Date Waltham, MA: Up To Date, 2017.

⁵⁷KRINSKY, DL et al. Manual de medicamentos sem receita médica: uma abordagem interativa para o autocuidado. 18 ed. Washington: American Pharmacists Association, 2014.

⁴⁹KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

⁷¹LAIDLAW, T. M.; ISRAEL, E. Aspirin-exacerbated respiratory disease. 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/aspirin-exacerbated-respiratory-disease>>. Acesso em fev. 2020.

LINARDI, P. M. Anoplura. In: Parasitologia Humana (D. P. Neves, A L. Melo, O. Genaro & P. M. Linardi, org.). São Paulo: Editora Atheneu, 2002, p. 368-372.

¹⁴LOYOLA, ANTONIO I, UCHOA, ELIZABETH, GUERRA, HEN-RIQUE, FIRMO JOSÉLIA, COSTA, MERIA FERNANDA. Prevalência e fatores associados a automedicação: resultados do projeto Bambuí. Rev. Saúde Pública v.36, n.1, p. 20-26, 2002.

¹²⁶MELO DOS SANTOS, T. Método de segmento farmacoterapêutico para pacientes portadores de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Governador Mangabeira - BA, 2019.

MIKEAL, RL; BROWN, TR; LAZARUS, HL; VINSON, MC. Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. Am.J. Hosp. Pharm,v. 32, n.6, p.567-574,1975.

MOORE, N.; POLLACK, C.; BUTKERAIT, P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. *Therapeutics and clinical risk management*, Auckland, v. 11, p. 1061-1075, 2015.

¹⁰⁹MORAES MA, MACHADO AA, MEDEIROS PF, REIS CM. Dermatophytic pseudomycetoma: report of a case caused by *Trichophyton tonsurans*. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2001;34(3):291-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000300011>.

^{77,78}MORAES FILHO, JP.; DOMINGUES, G. Doença do Refluxo Gastroesofágico. In: ZARTEKA, Schlioma; EISIG, Jaime Natan. *Tratado de Gastroenterologia: Da Graduação à Pós-Graduação*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2016. Cap. 39. p. 445-457.

⁹⁷NURKO S, ZIMMERMAN LA. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents. *Am Fam Physician*.2014;90(2):82-90.

¹²⁴OLIVEIRA, D. E. de; FERNANDES, B.; OLIVEIRA, D. K. de; BANOVSKI, D. C. .; STALL, E.; PANATTA, L. .; ARAÚJO, S. P. de; CASAROTO, S. M.; BARROS, F. S.. Implantação de protocolo clínico para paciente pediátrico com febre em serviço de saúde 24 horas - Relato de experiência. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 10, n. 2, pág. e19710212423, 2021. DOI: 10.33448 / rsd-v10i2.12423. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12423>. Acesso em: 27 fev. 2021.

¹⁰OMS. Organização Mundial da Saúde. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud: Informe de La Reunión de La OMS. Normas de Calidad de los Servicios Farmacéuticos: buenas prácticas de farmacia. Tóquio: Organización Panamericana de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud; 1993.

¹¹OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório de um terceiro grupo consultivo da OMS sobre o papel do farmacêutico. O papel do farmacêutico no sistema de saúde, preparando o futuro farmacêutico: desenvolvimento curricular. Vancouver: Organização Mundial da Saúde; 1997.

⁹OMS. Organização Mundial da Saúde. O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde: Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13-16 de dezembro de 1988. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Conselho Federal de Farmácia; 2004.

¹²OPAS. Organização Panamericana da Saúde. Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos - relatório 2001 – 2002 [Internet]. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/temas_documentos_detalhe.cfm?id=43&iddoc=245> Acesso em: abr. 2019.

⁶²PETERSON, G. M. Selecting nonprescription analgesics. *American journal of therapeutics*, New York, v. 12, n. 1, p. 67-79, Jan./Feb. 2005.

¹⁰⁶PIRES CA, CRUZ NF, LOBATO AM, SOUSA PO, CARNEIRO FR, MENDES AM. Clinical, epidemiological, and therapeutic profile of dermatophytosis. *An Bras Dermatol*. 2014;89(2):259-64. <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142569>.

¹²³PURSSELL, E. Parental fever phobia and its evolutionary correlates. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 210–218. 10.1111/j.1365-2702.2007.02077x, 2009.

¹⁰¹RABAH R, EVANS RW, YUNIS EJ. Mineral oil embolization and lipoid pneumonia in an infant treated for Hirschsprung's disease. *Pediatr Path* 1987; 7: 447-55.

^{111,114}REIS-GOMES A, MADRID IM, MATOS CB, TELLES AJ, WALLER SB, NOBRE MO, et al. Dermatopatias fúngicas: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Acta Veterinaria Brasilica*. 2012; 6:272-84.

⁹²ROME FOUNDATION < <https://theromefoundation.org>> Acesso em fev. 2021.

³ BA, MAHMOOD KT, AMIN F, ZAKA M, RIAZ M, JAVED A. Prevalence and Measure of Self Medication: A Review. *J. Pharm. Sci. & Res* 2012; 4(3):1774-8.

^{96,99}SOARES, M., Medicamentos não Prescritos - Aconselhamento Farmacêutico, 2ª ed., Lisboa, vol. I e II, Publicações Farmácia Portuguesa ANF, 2002.

⁷⁰SOFERMAN, R. et al. The effect of a single dose of acetaminophen on airways response in children with asthma. *Clinical pediatrics, Philadelphia*, v. 52, n. 1, p. 42-48, Jan. 2013.

⁷⁵SOWERS, J. R. et al. The Effects of Cyclooxygenase-2 Inhibitors and Nonsteroidal Anti-inflammatory Therapy on 24-Hour Blood Pressure in Patients With Hypertension, Osteoarthritis, and Type 2 Diabetes Mellitus. *Archives of internal medicine, Chicago*, v. 165, n. 2, p. 161, Jan. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2998801/>>. Acesso em fev. 2020.

^{63,65}TRUVEN HEALTH ANALITYCS. Micromedex Drugdex System®. Base de dados. 2017b. Disponível em: <<https://micromedex.com/>> Acesso em fev. 2020.

¹²⁵VAKIL N. Disease definition, clinical manifestations, epidemiology and natural history of GERD. *BestPract Res ClinGastroenterol*. 2010 Dec;24(6):759-64.

^{23,39,79,91,108}WHO. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009 <

http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf> Acesso em fev. 2021.

^{89,103}USA. *Global Action Fund for Fungal Infection. Global Fungal Infection. Forum 1 – Seattle*. Disponível em:

<https://www.gaffi.org/global-fungal-infection-forum/about-global-fungal-infection-forum/> Acesso em fev. 2021.

USA. American Pregnancy Association –

<https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/pregnancy-health-wellness/constipation-during-pregnancy-964/> - Acesso em jan. 2021.

^{26,29,39}WILCKE, T.; HEUKELBACH, J.; SABÓIA-MOURA, R. C. & FELDMEIER, H., Scabies, pediculosis, tungiasis and cutaneous larva migrans in a poor community in northeast Brazil. *Acta Tropica*, 2002a, 83 (Sup. 1): S100.

^{1,2,19,20,21}WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The role of pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist*. Geneva: Department of Essential Drugs and Other Medicines/WHO; 1998 (WHO/DAP/98.13).

¹⁸ZUBIOLI, A. *A Farmácia Clínica na Farmácia Comunitária*. 1. ed. Brasília: Ethosfarma: Cidade Gráfica, v. 1, 2001.

Capítulo 4



10.37423/230407527

PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS ENCAMINHADOS AO NÚCLEO DE ORIENTAÇÃO E ESTIMULAÇÃO AO LACTENTE DE UM HOSPITAL INFANTIL

Ana Manuela Diogenes Teixeira

Centro Universitário Christus

Carolina de Paiva Farias

Centro Universitário Christus

Renata Santos Almeida

Centro Universitário Christus

Mayara Carvalho Fortes

Centro Universitário Christus

Jocileide Sales Campos

Centro Universitário Christus



BREVE REFLEXÃO

Atualmente a mortalidade infantil, no Brasil, é representada, principalmente pelo componente neonatal. Entretanto, estudos publicados nos últimos três, quatro anos vêm mostrando que os avanços tecnológicos e os cuidados implementados na assistência imediata ao recém-nascido (RN), tanto nas salas de parto quanto nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), estão auxiliando na redução das taxas de mortalidade, como também, na maior e melhor sobrevivência dessas crianças.

É provável que, em anos anteriores, e ainda presente em nossa realidade, a ausência do conhecimento oportuno de fatores responsáveis por óbitos entre os RN, indiquem falha na identificação, bem como, no esclarecimento materno em tempo hábil durante pré-natal, sobre esses fatores, os quais ainda persistem, embora com frequência reduzida.

As principais causas de óbitos neonatais, reconhecidas no Brasil têm sido: prematuridade, malformações fetais, infecções, asfixia neonatal e causas relacionadas a fatores materno, além de baixo peso ao nascer (<2.500g), considerado este como fator de risco, isolado, mais importante, e o índice de Apgar menor que 7 (sete) no quinto minuto de vida.

É, então, consenso que os RN que apresentam fatores de risco para mortalidade neonatal sejam acompanhados de forma diferenciada, sistemática e frequente, de modo a garantir assistência, a promoção de saúde, o empoderamento familiar, a prevenção e a identificação de complicações e de doenças, bem como rápida instituição de medidas de recuperação e de redução da morbimortalidade e das possíveis sequelas

- 1 - acadêmicas de medicina do programa de iniciação científica em pesquisa. Unichristus
- 2 – médica do NOEL/HIAS e mestranda do Mestrado de educação e tecnologias de ensino (MESTED) Unichristus
- 3 – docente medicina e orientadora do programa de iniciação científica em pesquisa e do MESTED Unichristus.

Documento da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, (SESA) refere que o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), por meio do Núcleo de Orientação e Estimulação ao Lactente (NOEL), é um dos locais onde são prestados serviços de atenção a essas crianças de risco, entre zero e três anos de idade, principalmente com problemas neurológicos, síndromes e malformações congênitas.

Então, houve a decisão de realizar o presente estudo com o objetivo principal de conhecer e traçar um perfil dos RN considerados de risco elevado. Poder-se-há, além disso, ter um guia aos órgãos de

formação acadêmica, e aos gestores na área da saúde para desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de saúde mais adequadas à realidade da região, aprimorando as competências do sistema público de saúde nas áreas de gestão, assistência, ensino e pesquisa perinatal.

Vale ressaltar que tendo surgido nos meados do século 20, a medicina preventiva ganhou espaço na pretensão de mudar o foco da cura para a prevenção de doenças e agravos, bem como para a promoção da saúde na qual Para esta última, segundo a Carta de Ottawa estão envolvidos os campos de políticas públicas saudáveis; reorientação na ofertas dos serviços de saúde; ambientes saudáveis; capacitação e habilidades coletivas e individuais.

Na busca de encontrar intervenções que favoreçam, precocemente, a prevenção dos agravos aps RN que nascem sob fatores de risco, foi realizada uma pesquisa descritiva, retrospectiva, transversal, de abordagem quantitativa, por meio da análise dos dados de prontuários de crianças encaminhadas para o ambulatório de seguimento - o NOEL, no HIAS, em Fortaleza/CE. O NOEL conta com equipe multiprofissional que oferece cuidados contínuos e oportunos para crianças e seus familiares que necessitam de um seguimento especial e especializado

O ESTUDO

Os dados das crianças foram extraídos do Resumo Clínico e Follow-up de Risco, folha anexada ao prontuário do paciente, sendo, eventualmente, realizadas consultas aos prontuários para complementação de dados não preenchidos.

O instrumento do estudo, para a coleta de dados, elaborado pela equipe da pesquisa, alcançava o objetivo principal do estudo, traçar um perfil dos RN de risco elevado, de forma a auxiliar na identificação precoce destes riscos. Foram registradas informações desde as condições maternas aos dados referentes aos RNs. Algumas informações disponíveis relativas às mães: gestação, tipagem sanguínea, sorologias realizadas, parto e intercorrências pós-parto, além das condições do neonato, como idade gestacional (IG), data de nascimento, prematuridade, peso ao nascer, perímetro cefálico, bem como intercorrências durante e após o parto.

Após a obtenção dos dados, utilizando o programa EXCEL, versão 16.59, foi elaborada uma base desses dados que foram categorizados mediante frequências absolutas e relativas e organizados em tabelas e/ou gráficos, discutidos de acordo com a literatura pertinente.

Todas as crianças que iniciaram acompanhamento no período de coleta do estudo – janeiro a julho de 2021, que estavam com prontuário disponível, foram inseridas no estudo o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), conforme o Parecer n. 4.849.511.

O conhecimento do perfil dos recém-nascidos (RN) de risco relaciona-se com a relevante necessidade de identificação precoce de situações que precisam de uma maior atenção em programas de acompanhamento, como é feito no NOEL. Tal conhecimento possibilita a tomada de decisões de forma coerente e eficaz visando a redução da morbimortalidade neonatal, como também, a prevenção de futuras consequências no desenvolvimento destas crianças.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS RECÉM-NASCIDOS

Foram avaliados os dados das 161 crianças encaminhadas para acompanhamento no ambulatório de seguimento no NOEL, no período anteriormente informado. O encaminhamento de 120 das 161 crianças (74,535%) ao NOEL foi realizado pela equipe da Unidade de Médio Risco (Bloco A), enfermaria na qual foram primariamente hospitalizadas. Além disso, doze crianças (7,45%) haviam passado, também, pelo Centro de Terapia Intensiva (CTI) e oito crianças (4,97%) passaram, pelo setor de Reanimação. Outras crianças foram originárias de setores de Cirurgia (Bloco B) ou de Observação, conforme se desenhava o tipo de atenção que necessitavam.

Entre as crianças do estudo, 98 bebês (60,87%), a grande maioria, era do sexo masculino, 56 (35,00%) do sexo feminino e, para as outras sete crianças não havia registro da informação.

Observou-se, também, que a maior parte dessas crianças nasceu de parto abdominal com ocorrência de 81 partos (50,31%), enquanto 60, (34,27%), nasceram de parto vaginal e para 20 (12,42%) não havia registro da informação.

É rotina que, após o nascimento, os recém-nascidos devem ser submetidos a uma avaliação do nível de sua adaptação à vida fora do útero, cujo resultado representa o Índice de APGAR, em honra à sua criadora, a médica Virginia Apgar. São avaliados os seguintes aspectos: Aparência (cor), Pulso, Gesticulação, Atividade e Respiração, dando a cada um desses aspectos uma pontuação de 0 a 2 que somadas resultam em uma escala de 0 a 10, sendo 0 um nível crítico à vida do bebê e 10 uma situação ótima. Essa avaliação é feita nos primeiros instantes de vida, nos minutos 1 e 5, (um e cinco) e, quando julgado necessário, reavaliando a cada 5 (cinco) minutos, posteriormente.

Os dados referentes ao APGAR, encontrados e apresentados na Figura 01, demonstram que o APGAR médio foi de 6,91 no primeiro minuto e de 8,22 como média no minuto cinco. Vê-se, ainda que houve

um aumento (ganho positivo) no índice de APGAR entre o 1º e o 5º minuto. Porém, a pontuação regrediu em relação a dois RNs. Destaca-se que para 22,(13,66%) dos 161 RN, não foram encontrados registro da avaliação do APGAR.

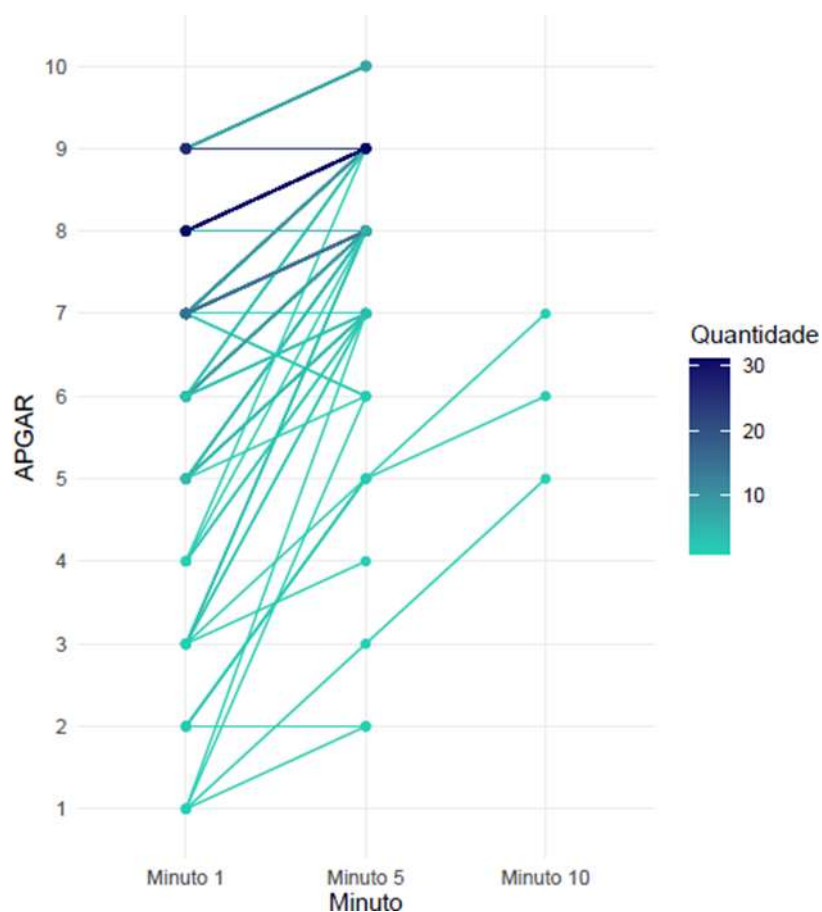


Figura 01: Avaliação do APGAR nos minutos 1, 5 e 10 dos recém-nascidos – Ceará (2021)

Em relação ao peso ao nascer (em gramas) a maior concentração ficou entre 2.500 a 3.999 para 90 recém-nascidos (55,90%) com uma média de 2.730 gramas. A estatura (em cm) com maior dominância foi 45 a 49,9cm para 65 bebês (40,37%), quase duas vezes mais que a classe de 50 a 55 cm - 35 (21,74%) , segunda mais frequente, e média de 46,11 cm. A idade gestacional mais recorrente é 37 a 41 semanas com 94 recém-nascidos (58,39%), seguido de 32 a 36 semanas (44), 28 a 31 semanas (9), menor que 28 semanas (7), respectivamente, 27,33%, 5,59%, 4,35%. Sete RNs sem informações sobre idade gestacional (4,35%).

Essas informações comentadas estão contidas na tabela 01 que também traz consigo dados sobre adequabilidade do peso em relação à idade gestacional. Constatou-se 32 recém-nascidos considerados Pequenos para a Idade gestacional (PIG), 19,88%, 101 adequados para idade gestacional (AIG), 62,73%, e 10 RNs (11,18%) grandes para a idade gestacional (GIG).

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Peso (gramas)		
< 1.000	2	1,24%
1.000 a 1.499	20	12,42%
1.500 a 2.499	39	24,22%
2.500 a 3.999	90	55,90%
≥ 4.000	7	4,35%
Não informado	3	1,86%
Estatura (cm)		
30 a 34,9	3	1,86%
35 a 39,9	16	9,94%
40 a 44,9	22	13,66%
45 a 49,9	65	40,37%
50 a 55	35	21,74%
Não informado	20	12,42%
Idade gestacional (semanas completas)		
< 28	7	4,35%
28 a 31	9	5,59%
32 a 36	44	27,33%
37 a 41	94	58,39%
> 41	0	0,00%
Não informado	7	4,35%
Peso/idade gestacional		
PIG	32	19,88%
AIG	101	62,73%
GIG	10	6,21%
Não informado	18	11,18%

Tabela 01: Variáveis características dos recém-nascidos – Ceará (2021)

A idade gestacional desses RNs esteve entre 37 e 41 semanas (58,39%) e o peso ao nascer entre 2.500 e 3.999 gramas.

A Tabela 02 mostra informações complementares às já discutidas na tabela anterior (01), como informações do desvio padrão (D. padrão), resultante da raiz quadrada da variância e o coeficiente de variação (CV%), obtido pela razão entre o desvio padrão e a média $\times 100$, que fornece um valor referente a dispersão dos dados em relação a média. Os valores dos coeficientes de variação mostram que a estatura é mais homogênea do que o peso, por apresentar um coeficiente de variação menor.

Variável	Mínimo	1º Quantil	Média	Mediana	3º Quantil	Máximo	D. padrão	CV
Peso (gramas)	730,00	2.131,00	2.730,15	2.912,00	3.388,00	4.195,00	871,28	31,91%
Estatura (cm)	30,00	44,00	46,11	48,00	49,50	54,00	5,04	10,94%

Tabela 02: Coeficiente de variação e homogeneidade das variáveis peso ao nascer (gramas) e estatura (cm) dos recém-nascidos – Ceará (2021)

Sobre a medida do perímetro cefálico foi encontrado que 20 crianças do sexo feminino apresentaram perímetro cefálico menor ou igual 31,5cm (35,71%), 31 (55,36%) com perímetro cefálico maior que 31,5cm e não foram informados dados de cinco crianças. Quanto às crianças do sexo masculino, houve predominância para a categoria maior que 31,9cm, em 56 crianças, que representa 57,14%, e em 20 (20,41%) delas, o perímetro cefálico registrado foi menor ou igual a 31,9, além disso, é importante destacar que 22 recém-nascidos do sexo masculino não tinham tais dados registrados.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS E INTERCORRÊNCIAS

Um panorama geral sobre os procedimentos realizados, nos recém-nascidos, previamente aos seus encaminhamentos ao NOEL, é mostrado na Tabela 03, por meio de por frequências absoluta e relativa. Como um RN pode ter sido submetido a mais de um procedimento, é válido destacar que antibióticos de 1ª linha foram utilizados em quase metade, 77 (47,83%), dos recém-nascidos; a suplementação de oxigênio por Hood ocorreu em 49 (30,43%) e cirurgias foram necessárias em 47 (29,19%) deles. A ventilação mecânica invasiva (VMI) foi necessária em 46 (28,57%) dos recém-nascidos e cateter central de inserção periférica (PICC) em 43 (26,71%). Os procedimentos usados com menor frequência foram plasma e punção, com dois (1,24%) registros cada.

Procedimento	Frequência absoluta	Frequência relativa	Procedimento	Frequência absoluta	Frequência relativa
ATB 1ª linha	77	47,83%	AVC	11	6,83%
Hood	49	30,43%	ATB 3ª linha	9	5,59%
Cirurgias	47	29,19%	CP	7	4,35%
VMI	46	28,57%	Antifúngico	6	3,73%
PICC	43	26,71%	Surfactante	6	3,73%
CH	38	23,60%	ATB 4ª linha	5	3,11%
NPT	30	18,63%	Dissecção	3	1,86%
ATB 2ª linha	28	17,39%	Plasma	2	1,24%
CPAP	25	15,53%	Punção	2	1,24%
Cateterismo	20	12,42%	CRIO	0	0,00%
Albumina	11	6,83%			

Tabela 03: Procedimentos mais recorrentes nos recém-nascidos – Ceará (2021)

Intercorrências registradas em relação aos recém-nascidos antes de serem encaminhados ao Noel, em ordem decrescente de frequência estão apresentadas na próxima tabela, a Tabela 4. A presença

de Icterícia em 64 (39,75%) e de malformações foram registradas em 64 (39,75%) e 62 (38,51%) dos recém-nascidos, respectivamente. A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) também se mostrou presente em alta porcentagem das crianças, 57 (35,40%). Em menores registros, tem-se hipotonia.

Intercorrência	Frequência absoluta	Frequência relativa	Intercorrência	Frequência absoluta	Frequência relativa
Icterícia	64	39,75%	Cromossopatia	9	5,59%
Malformações	62	38,51%	HPIV	9	5,59%
SDR	57	35,40%	INN tardia	9	5,59%
INN presumida	40	24,84%	Pneumonia	8	4,97%
Anemia	29	18,01%	ITU	6	3,73%
Cardiopatía	23	14,29%	Meningite	4	2,48%
Asfixia pré-natal	22	13,66%	Hipotonia	3	1,86%
Sepse	18	11,18%	SALF	3	1,86%
INN precoce	16	9,94%	DMO	2	1,24%

Tabela 04: Intercorrências mais recorrentes nos recém-nascidos – Ceará (2021)

É possível perceber na tabela 05, que os recém-nascidos que apresentaram dez ou mais intercorrências, tinham o peso ao nascer concentrado entre 1.000 a 1.499 gramas. RNs com tal número de intercorreências apresentaram estatura entre 35 a 39,9 cm (31,03%). Em relação a idade gestacional, 34,48% dos recém-nascidos tinham 32 a 36 semanas. Sobre a relação peso/idade gestacional o maior destaque para as intercorrências, estranhamente, foi para os RN classificados como AIG (17, 58,62%).

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Peso (gramas)		
< 1.000	2	6,90%
1.000 a 1.499	12	41,38%
1.500 a 2.499	7	24,14%
2.500 a 3.999	8	27,59%
≥ 4.000	0	0,00%
Não informado	0	0,00%
Estatura (cm)		
30 a 34,9	3	10,34%
35 a 39,9	9	31,03%
40 a 44,9	5	17,24%
45 a 49,9	5	17,24%
50 a 55	3	10,34%
Não informado	4	13,79%
Idade gestacional (semanas completas)		
< 28	5	17,24%
28 a 31	6	20,69%
32 a 36	10	34,48%
37 a 41	8	27,59%
> 41	0	0,00%
Não informado	0	0,00%
Peso/idade gestacional		
PIG	7	24,14%
AIG	17	58,62%
GIG	1	3,45%
Não informado	4	13,79%

Tabela 05: Variáveis características dos recém-nascidos que tiveram registro dez ou mais informações relevantes como uso de antibiótico de primeira linha e presença de icterícia foram destaques como as mais frequentes em recém-nascidos de ambos os sexos, feminino e masculino, com porcentagem próxima, conforme se apresenta na tabela 06, a qual mostra, também, presença elevada utilização de cateter central de inserção periférica (PICC) em recém-nascidos do sexo feminino, 22 (20,95%). Malformações foram encontradas em 40 RNs (20,20%) do sexo masculino. De modo geral, as intercorrências registradas apresentaram-se mais frequentes entre os recém-nascidos do sexo masculino intercorrências – Ceará (2021).

Sexo/intercorrência	Frequência absoluta	Frequência relativa
Feminino		
Outros	35	33,33%
ATB 1ª linha	26	24,76%
Icterícia	22	20,95%
PICC	22	20,95%
Masculino		
Outros	70	35,35%
ATB 1ª linha	48	24,24%
Icterícia	40	20,20%
Malformações	40	20,20%
NI		
Outros	6	40,00%
INN presumida	3	20,00%
ATB 1ª linha	3	20,00%
Malformações	3	20,00%

Tabela 06: Intercorrências mais recorrentes nos recém-nascidos, por sexo – Ceará (2021)

AS MÃES DOS RECÉM-NASCIDOS

Poucos dados sobre as mães dos RNs estavam registrados nos prontuários destes. Foram captadas algumas informações como tipo sanguíneo O+, com 71 (44,10%), e o Fator Rh mais comum foi “+”, com 111 (68,95%) mães, e não constava nenhum registro de mãe com o tipo sanguíneo AB-. Foi encontrada uma mãe (0,62%) reagente para HIV e três mães (1,86%), reagentes ao teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), teste utilizado na identificação de sífilis. Não foi encontrado registro de informações sobre o recém-nascido da mãe com HIV. Registra-se, porém, que os dois dos três recém-nascidos de mãe reagente VDRL, apresentaram diagnóstico de sífilis congênita, tendo sido realizado o tratamento para tal.

OS ENCAMINHAMENTOS PARA CUIDADOS DOS RECÉM-NASCIDOS

Entre os 161 RNs que foram acompanhados no NOEL, 119 (73,91%) tiveram pelo menos seguimento em setor diferente. No NOEL receberam cuidados de profissionais em equipe multidisciplinar para estímulo ao seu desenvolvimento, cuidados pertinentes à necessidade verificada e, também, busca de diagnósticos.

Acrescente-se que nas informações registradas e analisadas foram encontrados que 23 (14,29%) dos RNs não tinham nenhum diagnóstico descrito; oito 8 (4,97%) não tinham um diagnóstico conclusivo,

sendo apenas suspeita de diagnóstico e para 12 desses RNs (7,45%) foi registrado mais de um tipo de diagnóstico.

Entre os 119 que tiveram seguimento em outro setor foram identificados, os setores com maior recorrência, para os quais pelo menos seis RNs tiveram encaminhamentos além do NOEL, a saber: 58 (48,74%) foram encaminhadas para o NAVI (Núcleo de Assistência a Vida Infantil do HIAS), 40 (33,71%) para neuropediatria, 32 (26,90%) foram para cirurgia e 13 (10,92%) para fonoaudiologia. Outros, em uma frequência menor e em ordem decrescente, foram encaminhados para: cardiologia, pneumologia, nefro, endocrino, ortopedia, oftalmologia, genética e gastroenterologia.

NOVAS REFLEXÕES

É de grande importância que informações maternas sejam analisadas para traçar o perfil epidemiológico de gestantes e a programação de cuidados às futuras mães no sentido de reduzir os riscos à saúde e à vida dos fetos e dos recém-nascidos. Ocorre que, por meio da análise de prontuários do NOEL, apenas apresentavam-se como informações maternas o tipo sanguíneo e teste de HIV e VDRL. Sendo assim, não havendo informações a respeito do planejamento familiar e materno, se houve acompanhamento de pré-natal, sobre o desejo da gravidez pela mãe, pelo pai e pela família, além da idade materna e intercorrências ocorridas durante a gestação, registrase o prejuízo na análise do perfil materno, não alcançado como proposto nos objetivos do estudo.

O acompanhamento pré-natal é indispensável e sua ausência ou realização de forma inadequada pode ser considerada como fator de risco associado a óbito fetal e, além disso, estudos têm mostrado que quanto maior a quantidade de consultas no pré-natal, menor o índice de baixo peso ao nascer, além do menor risco de necessidade de internação do recém-nascido.

Sobre a idade materna, também de fundamental importância, tendo em vista que os extremos de idade (menor de 19 anos e maior que 35 anos) são considerados como fator de risco e estão associados ao aumento da incidência de baixo peso ao nascer, sobretudo, quando associada a um pré-natal inadequado.

CONCLUSÃO

Na análise, constatou-se predomínio do sexo masculino. Metade dos RNs tinham menos de 50cm, peso ao nascer adequado para a IG, com APGAR médio do minuto 5 acima de 7. Com relação aos procedimentos, a antibioticoterapia foi realizada em mais da metade dos RNs, além do uso expressivo

de suplementação de oxigênio por Hood e cirurgias, o que pode levar a concluir sobre infecções e baixo nível de oxigenação. Já com relação às intercorrências, apresentaram maior prevalência icterícia, presença de malformações e síndrome do desconforto respiratório (SDR). Com relação às crianças com maior número de intercorrências, dez ou mais, percebeu-se que para estas havia registro de baixo peso ao nascer e de prematuridade.

Durante a análise, foi observada a ausência do preenchimento de dados considerados necessários para traçar o perfil do paciente admitido no Follow-up, sobre informações maternas (tipo sanguíneo, testes rápidos), tipo de parto, Apgar.

É importante analisar os fatores de risco materno e não apenas os fatores de risco neonatais que podem justificar as intercorrências analisadas. O histórico do pré-natal, a idade materna, comorbidades, uso de medicações, o desejo de concepção, número de gestações e partos, gemelaridade, grau de escolaridade, rede de apoio, intercorrências ginecológicas e obstétricas são dados importantes e que devem ser incorporados à ficha de Resumo Clínico e Follow-Up.

Apesar do presente estudo ter identificado que a maioria dos RNs prematuros e de baixo peso apresentam mais diagnósticos evolutivos, intercorrências e intervenções terapêuticas, observou-se que esse perfil de pacientes não é a maioria dos acompanhados no ambulatório de seguimento de alto risco do HIAS. Esse fato, possivelmente, é explicado por se tratar de um hospital de referência, inclusive para patologias cirúrgicas, malformações e doenças raras.

Chama a atenção para a importância da identificação de outros fatores de risco e comorbidades do período neonatal, que geram demanda para esse perfil de assistência e necessidade de seguimento, mesmo em pacientes termos e de peso adequado ao nascimento. É de suma importância a realização de seguimento em pacientes neonatais de alto risco com objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil. Além disso, conhecer o perfil desses pacientes, colabora para um melhor planejamento e realização de intervenções apropriadas aos problemas identificados.

Dessa forma, um estudo comparativo com dados deste seguimento no HIAS e ambulatórios de hospitais maternidade poderia ser de grande contribuição para avaliação destes serviços em diferentes âmbitos e tomada de decisão mais qualificada para a organização destes.

Além disso, o fortalecimento deste serviço no HIAS pode ser necessário e pode fazer-se por meio da criação de uma rede de referência e contrarrefência com maternidades, permitindo a comunicação

eficaz entre estes, resultando em capacitação adequada de profissionais e em intervenções apropriadamente direcionadas para a mãe e para o neonato.

Por fim, sugere-se, ainda, incluir o tema entre as prioridades no ensino acadêmico nos cursos para profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

BARBEIRO, F.M.S. et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. *Rev. Saúde Pública*, v:10, n:3, p:380-5, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2ª ed., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.*

BRUMBAUGH, J.H. et al. Outcomes of Extremely Preterm Infants With Birth Weight Less Than 400 g. *JAMA Pediatr.*, v.173, n.5, p:434-445, 2019.

DA SILVA, S. Vinculação materna durante e após a Gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social. Dissertação de Mestrado. Porto, 2012. Disponível em

< https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3259/3/DM_16833.pdf >.

DEMITTO, M. de O.; et al, High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev. Esc. Enferm USP*, v.51:e03208, 2017. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28380160/> >.

ESPOSITO, G. et al. Women's knowledge, attitudes and behavior about maternal risk factors in pregnancy. *PLoS ONE*. v.10, n.12, p.1-12, 2015. Disponível em: < <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0145873> >

FERREIRA, T., et al. Intervenção precoce e a participação da família: relato de profissionais de APAES. *Revista Educação Especial*, v. 32, n.47, p: 1-20, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1984686X31866> > Acesso em 05 jun 2021.

GAIVA, M.A.M.; FUJIMORI, E.; SATO, A.P.S. Neonatal mortality in infants with low birth weigh. *Rev Esc Enferm USP*. v.48, n. 5, p.778-786, 2014. Disponível em:

< <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6FdL3Rk7BK9SpNbGFQkk4TF/?lang=en> > Acesso em: 9 jun. 2021.

GRANEIRO, T.S. et al. A estratégia follow-up e o recém-nascido de risco no Município do Rio de Janeiro. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* V.3, n.1, p. 27-41, jul. 2003.

MARGOTTO, P. R. Assistência ao recém nascido de risco/ Paulo Margotto, - Brasília, 2021.

NILSON, L.G. et al. Proporção de baixo peso ao nascer no Brasil e regiões brasileiras, segundo variáveis sociodemográficas. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.* v:8, n:1, p:69- 82, 2015. (<https://revista.saude.sc.gov.br/index.php/periodicorevista/article/view/132>)

SESA. Hospital Infantil Albert Sabin. Fortaleza. Ceará. Noel. Disponível em

< <http://www.hias.ce.gov.br/index.php/navinoel>

WHO. Health in 2015: from MDGs to SDGs. 2015. Disponível em:

<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/health-in-2015-mdgs-to-sdgs/health-in-2015-from-mdgs-to-sdgs.pdf?sfvrsn=8ba61059_2>. Acesso em: 4 fev. 2023.

ZAKA, N.; et al. Quality improvement initiatives for hospitalized small and sick newborns in low and middle-income countries: a systematic review. *Implement Sci*, v.25, n.13, p. 1-20, 2018.

Capítulo 5



10.37423/230407534

AS CONSEQUÊNCIAS DO ESTRESSE NA CONJUGALIDADE

Lueny Beserra Gonçalves Reis

Centro Universitário Maurício de Nassau

Ângela Patrícia Pereira Alves Macedo

Centro Universitário Maurício de Nassau

Camila Nanhara Brito de Jesus

Centro Universitário Maurício de Nassau

Thamyris Maués dos Santos

Centro Universitário Maurício de Nassau



Resumo: As consequências do estresse na conjugalidade interferem no modo de interação entre o casal, que revelam a complexidade e a influência dos elementos estressores na vivência a dois, e que por sua vez podem gerar o adoecimento físico e emocional. Este trabalho apresenta uma investigação sistemática e minuciosa de materiais já publicados, tendo como objetivo compreender e identificar os fatores estressantes na conjugalidade, e analisar as suas consequências na relação conjugal. Foram consultadas três bases de dados em português: SciELO, Redalyc, Pepsic, e selecionados 6 artigos para a revisão bibliográfica, examinados através do tema e a frequência da análise do conteúdo. Os resultados indicaram que situações imprevisíveis são geradoras de estresse, bem como as situações já esperadas pelo casal. Aspectos como a baixa satisfação sexual e conjugal, sentimento de raiva, ansiedade, insegurança, medo das situações novas e inesperadas, relacionamento conjugal perturbado, agressões verbais, falta de empatia, inflexibilidade, e a forma como o casal se comunica, foram aspectos destacados na literatura. Em conclusão, salienta-se a importância dos processos adaptativos, do contexto e das características individuais que podem aumentar a qualidade conjugal e consequentemente diminuindo a possibilidade dos eventos estressores.

Palavras-chave: estresse; conjugalidade; raiva; qualidade conjugal; estratégia.

1 INTRODUÇÃO

Os relacionamentos íntimos e amorosos são considerados um importante aspecto da vida (ROSADO; BARBOSA; WAGNER, 2016). Diante disso, podemos ressaltar a importância de se viver bem dentro de uma relação conjugal, destacando que, pelas experiências vividas, não há relação conjugal sem eventos estressores (CARTER; MCGOLDRICK, 2001 apud MUSSUMECI; PONCIANO, 2019).

De acordo com Féres-Carneiro e Diniz Neto (2010), a formação da conjugalidade, na visão sistêmica, é um processo complexo, envolvendo diversos níveis do relacionamento e contextos que resultam na definição psicossocial de uma relação afetiva estável. Sendo assim, podemos destacar que a literatura evidencia as fases da conjugalidade e os fatores marcantes em cada uma delas, que podem ser considerados eventos estressores e que interferem na maneira de se viver a dois. Viver a dois nem sempre é um mar de rosas e muito menos clichês como: “e viveram felizes para sempre” (MOSMANN; WAGNER; FÉRES-CARNEIRO, 2006).

Ainda de acordo com Mosmann, Wagner e Féres-Carneiro (2006), muitas são as nuances vividas na conjugalidade, com início de satisfação e posteriormente frustração. Sendo assim, podemos mencionar que muitos eventos, esperados ou inesperados, reverberam na dinâmica familiar, ocasionando estresse, sendo que alguns casais podem encontrar estratégias diante da crise ou acabam se desorganizado frente a ela (MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

Tendo em vista que a conjugalidade é um processo complexo e passa por fatores que interferem na qualidade de vida, podemos ressaltar que alguns episódios são geradores de estresse, aumentando o nível de tensão familiar em eventos inesperados ou ponto de transição, como a chegada de um novo membro na família, uma doença inesperada, ou uma mudança repentina de trabalho, dentre outros acontecimentos (MUSSUMECI; PONCIANO, 2019).

As pesquisas apontam a dificuldade da definição de qualidade conjugal, porém, a conjugalidade está centrada em três conceitos básicos: a satisfação, o ajustamento e a qualidade conjugal (O'LEARY; SMITH, 1991 apud MOSMANN; WAGNER; FÉRES-CARNEIRO, 2006).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), no ano de 2020 foram registrados 757.179 casamentos. Sendo assim, a evidência demonstra que a maioria das pessoas se relaciona com algum tipo de união, buscando um relacionamento que lhes traga satisfação e felicidade (FALCKE; DIEHL; WAGNER, 2002; FÉRES-CARNEIRO, 2003; JABLONSKI, 1991 apud MOSMANN; WAGNER; FÉRES-CARNEIRO, 2006). Conforme Féres-Carneiro e Diniz Neto (2010), sendo a

conjugalidade uma união afetiva e estável, dessa forma, ao ser utilizado o termo casamento nesse estudo, não se refere apenas aos registros documentados, mas a qualquer união.

De acordo com a definição proposta por Ballone (2012), citado pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde,

[...] estresse é uma reação natural do organismo que ocorre quando vivenciamos situações de perigo ou ameaça. Esse mecanismo nos coloca em estado de alerta ou alarme, provocando alterações físicas e emocionais. A reação ao estresse é uma atitude biológica necessária para a adaptação às situações novas. (BALLONE, 2012 apud BVS, 2012).

Portanto, como as situações novas ou inesperadas na conjugalidade acontecem de forma natural ou imprevisível, fica evidente que casais passam por momentos de estresse em sua relação, e, mesmo que os eventos sejam previsíveis, é necessário um ajustamento por parte do casal para desenvolver o processo de adaptabilidade no que se refere a futuros episódios estressores (MUSSUMECI; PONCIANO, 2019).

A literatura documenta que a falta de cumplicidade, intimidade e maturidade; a inflexibilidade com o outro; o fato de não ter planos em comum; ser indiferente um com o outro; não respeitar a individualidade; a insegurança no relacionamento; a falta de lazer e descontração; o excesso de trabalho; o falecimento de um parente; a separação de familiares; as crises financeiras; familiares que convivem costumeiramente com os cônjuges; a falta de apoio da família de origem; a falta de demonstração de afeto e cuidado um com o outro, e a forma como o casal se comunica, são episódios estressantes que geram insatisfação conjugal (DELATORRE; WAGNER, 2021).

Nesse contexto, destaca-se a pertinência de compreender e identificar os elementos estressores na relação conjugal, em casamentos de pouca ou longa duração, considerando a relevância dos aspectos da adultez no que tange a um relacionamento amoroso. Nas primeiras experiências do matrimônio, já é possível evidenciar aspectos que desestabilizam o casal, tanto fisicamente quanto emocionalmente. São episódios que podem ser tanto previsíveis quanto imprevisíveis.

Conforme Mussumeci e Ponciano (2018), os cônjuges criam estratégias de enfrentamento e adaptações às mudanças, dessa forma, ao longo da graduação de psicologia percebeu-se que há uma desorganização emocional quando não há estratégias de enfrentamento das situações que emergem, conforme cita (SÁ; WERLANG; PARANHOS, 2008). Nessa perspectiva, o psicólogo poderá contribuir para que casais em uma relação afetiva e estável Féres-Carneiro e Diniz Neto (2010), busquem estratégias de enfrentamento e engajamento numa relação de bem-estar individual e conjugal. Assim

justifica-se essa pesquisa devido a relevância do tema, para a melhoria dos relacionamentos afetivos e para que o casal tenha uma melhor adaptabilidade de enfrentamento dos eventos estressores, melhorando a satisfação conjugal ao longo da caminhada a dois.

O objetivo dessa pesquisa foi compreender e identificar os fatores estressantes de acordo com a temática das consequências do estresse na conjugalidade e analisar os elementos estressores da relação conjugal, conforme o tempo e a fase do relacionamento, destacando a pertinência de compreender como os casais lidam com os eventos estressores e quais as consequências na relação conjugal, e, portanto, como eles buscam estratégias para a resolução dos conflitos.

2 MÉTODO

A metodologia que foi utilizada neste estudo foi a pesquisa bibliográfica, e, de acordo com Gil (2022), a pesquisa bibliográfica se refere a materiais já publicados.

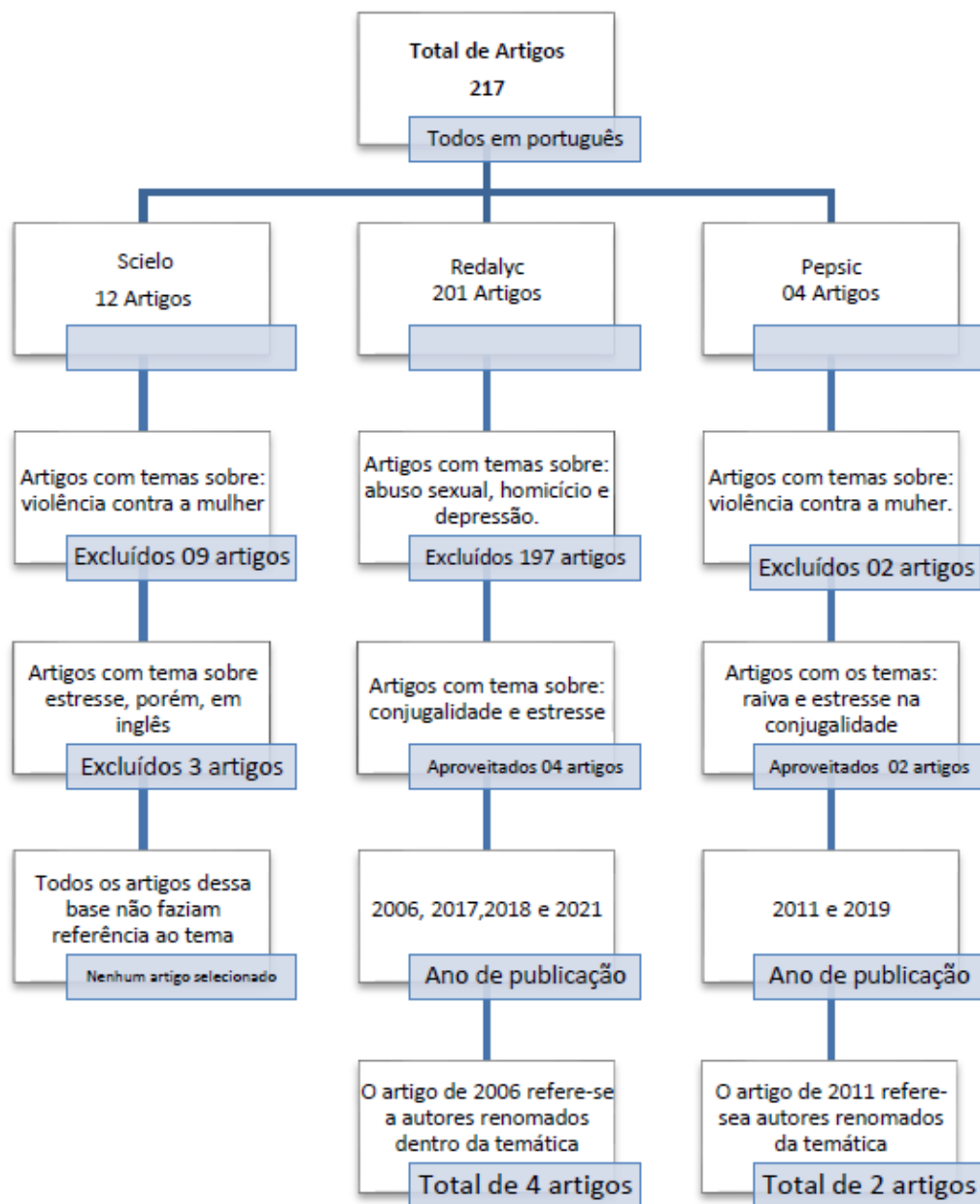
As palavras-chave buscadas foram: “estresse”, “conjugalidade”, “raiva”, “qualidade conjugal” e “estratégia”. Foram selecionados os artigos que tinham relação direta com a temática da pesquisa e excluídos os que falavam do estresse, porém, em outras vertentes temáticas diferentes da conjugalidade.

As bases de dados pesquisadas foram o SciElo, que é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, dos quais encontramos 12 artigos; o Redalyc, que é uma rede de revistas científicas em acesso aberto da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal, do quais foram apresentadas 201 referências; e a base de dados Pepsic, que é uma fonte da Biblioteca Virtual em Saúde, dos quais foram recuperadas 4 referências, totalizando 217 trabalhos.

Para realizar a seleção, foram analisados o título e o resumo dos artigos, sendo definidos como critérios de inclusão: ter como foco a temática do estresse na conjugalidade; ter sido publicado entre os anos de 2012 e 2022; disponibilizar o texto completo gratuitamente em português. Os critérios de exclusão foram: textos apresentados em inglês e espanhol; não contemplar o tema de interesse da pesquisa; temas que falavam do estresse no contexto de abuso sexual, violência, homicídio ou depressão, e artigos repetidos nas bases de dados.

Segue o fluxograma de acordo com as pesquisas realizadas, as bases de dados e os critérios de inclusão e exclusão, onde no total da análise foram selecionados 6 artigos (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma ilustrativo do processo de seleção dos artigos incluídos.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados foram agrupados e analisados quantitativamente, conforme o ano de publicação, objetivo, método, participantes e instrumentos utilizados nos estudos empíricos. Com relação ao ano de publicação, foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2012 e 2022, com exceção de dois artigos, sendo um do ano de 2006 (FÉRES-CARNEIRO *et al.*, 2006) e o outro de 2011

(FALCONE *et al.*, 2011), os quais foram extremamente importantes para a pesquisa e publicados por autores renomados que corroboram sobre a temática da conjugalidade.

Conforme o Quadro 1, com relação ao método utilizado nas pesquisas, predominaram os estudos quantitativos, qualitativos e a revisão de literatura. Diante das pesquisas realizadas, destacam-se as seguintes inferências pertinentes para a análise da temática das consequências do estresse na conjugalidade: quando o casal está bem; quando o casal não está bem; falar dos momentos importantes da vida (positivos e negativos); como lidaram com esses momentos; emoções e influências vivenciadas; estratégias para lidar com os momentos de estresse, as transformações na conjugalidade em casamentos de longa duração, empatia e raiva, sexualidade e intimidade, autonomia e afastamento e aprendizado com o companheiro.

Quadro 1 – Método utilizado pelas pesquisas descritas nos seis artigos analisados.

Título	Tipo de Pesquisa	Retirado de:	Referência
Ciclo de vida: momentos de estresse previsível e imprevisível ao longo do casamento	Quantitativo	Pepsic	MUSSUMECI E PONCIANO, 2019.
<i>Coping</i> e <i>coping</i> diádico: uma análise qualitativa das estratégias de <i>coping</i> de casais	Quantitativo	Redalyc	MUSSUMECI E PONCIANO, 2018.
A relação conjugal na perspectiva de casais	Quantitativo	Redalyc	DELATORRE E WAGNER, 2021.
A influência da raiva e da empatia sobre a satisfação conjugal	Quantitativo	Redalyc	RIBEIRO, PINHO E FALCONE, 2011.
Transformações da conjugalidade em casamentos de longa duração	Qualitativo	Redalyc	CAMPOS, SCORSOLINI-COMIN E SANTOS, 2017.
Qualidade conjugal: mapeando conceitos	Revisão de literatura	SciElo	MOSMANN, WAGNER E FÉRES-CARNEIRO, 2006.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os instrumentos utilizados nos estudos empíricos foram as entrevistas semiestruturadas e roteiro de entrevista, a observação participante, diário de campo, história oral de vida do cônjuge, Questionário

de Empatia Conjugal, Escala de Satisfação Conjugal, Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço e Modelo de Vulnerabilidade, Estresse e Adaptação. A distribuição dos artigos, conforme os instrumentos utilizados, pode ser conferida no Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição dos estudos com relação aos instrumentos utilizados.

Título	Instrumentos	Retirado de:	Referência
Ciclo de vida: momentos de estresse previsível e imprevisível ao longo do casamento	Entrevista semiestruturada	Pepsic	MUSSUMECI E PONCIANO, 2019.
<i>Coping</i> e <i>coping</i> diádico: uma análise qualitativa das estratégias de <i>coping</i> de casais	Entrevista semiestruturada / Roteiro de entrevista	Redalyc	MUSSUMECI E PONCIANO, 2018.
A relação conjugal na perspectiva de casais	Entrevista semiestruturada / Ficha sociodemográfica	Redalyc	DELATORRE E WAGNER, 2021.
A influência da raiva e da empatia sobre a satisfação conjugal	Questionário de Empatia Conjugal / Escala de Satisfação Conjugal / Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço	Redalyc	RIBEIRO, PINHO E FALCONE, 2011.
Transformações da conjugalidade em casamentos de longa duração	Entrevista semiestruturada / História Oral de Vida / Diário de Campo	Redalyc	CAMPOS, SCORSOLINI-COMIN E SANTOS, 2017.
Qualidade conjugal: mapeando conceitos	Revisão de Literatura	<u>SciElo</u>	MOSMANN, WAGNER E FÉRES-CARNEIRO, 2006.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A maioria dos estudos, em um total de 6 artigos analisados e com 103 casais participantes, foi com a participação de 100 casais heterossexuais e a quantidade mínima de 3 casais homossexuais. Os participantes, em sua maioria, residiam nos estados do Rio de Janeiro (60 casais), em sequência Minas Gerais e São Paulo (25 casais) e em número menor com casais do estado do Paraná e novamente Rio de Janeiro (10 casais) e Rio Grande do Sul (8 casais). A idade dos integrantes dos casais variava entre

25 e 76 anos, com a duração do casamento entre o mínimo de 11 meses e máximo de 30 anos casados. A distribuição dos artigos conforme a orientação sexual dos participantes pode ser conferida no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição dos artigos conforme orientação sexual dos participantes dos estudos.

Título	Participantes	Retirado de:	Referência
Ciclo de vida: momentos de estresse previsível e imprevisível ao longo do casamento	10 casais heterossexuais	Pepsic	MUSSUMECI E PONCIANO, 2019.
Coping e coping diádico: uma análise qualitativa das estratégias de coping de casais	Os mesmos 10 casais acima, portanto, não foram somados novamente.	Redalyc	MUSSUMECI E PONCIANO, 2018.
A relação conjugal na perspectiva de casais	5 casais heterossexuais e 3 casais homossexuais	Redalyc	DELATORRE E WAGNER, 2021.
A influência da raiva e da empatia sobre a satisfação conjugal	60 casais heterossexuais	Redalyc	RIBEIRO, PINHO E FALCONE, 2011.
Transformações da conjugalidade em casamentos de longa duração	25 casais heterossexuais	Redalyc	CAMPOS, SCORSOLINI-COMIN E SANTOS, 2017.
Qualidade conjugal: mapeando conceitos	Nenhum participante	<u>SciElo</u>	MOSMANN, WAGNER E FÉRES-CARNEIRO, 2006.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os resultados dos estudos foram submetidos a uma análise de conteúdo temática e foram divididos em 5 categorias: 1) Momentos de estresse previsíveis e imprevisíveis na relação conjugal; 2) Um olhar da relação conjugal na perspectiva dos casais; 3) Mapeamento dos processos adaptativos aos eventos estressores, 4) As transformações da conjugalidade ao longo da relação duradoura; 5) A expressão da raiva como elemento estressor na relação conjugal.

3.1 MOMENTOS DE ESTRESSE PREVISÍVEIS E IMPREVISÍVEIS NA RELAÇÃO CONJUGAL.

Nesta categoria, foram agrupados os resultados dos estudos que buscaram identificar os aspectos durante o ciclo de vida, onde os cônjuges vivenciam situações de estresse, dificuldades, mudanças cotidianas e diversas transformações relativas ao desenvolvimento do casamento (CARTER;

MCGOLDRICK, 2001; BALTES, 1987; 1997 apud MUSSUMECI; PONCIANO, 2019). Os estudos de Mussumeci e Ponciano (2019) identificaram que as mudanças são constantes durante todo o ciclo conjugal em referência ao estresse, e que as surpresas podem ocorrer a qualquer momento. O grande diferencial é identificar os agentes de estresses e de alguma maneira se preparar para tal evento, assim, em algumas situações o estresse pode ser previsível, mas, claro, o imprevisível é, como o próprio nome sugere.

Conforme Menezes e Lopes (2007), analisar a família, a partir das etapas do ciclo vital, auxilia-nos a analisar os processos esperados e previsíveis do desenvolvimento humano, inclusive processos críticos que acarretam transformações pessoais e do sistema relacional. Assim, as transformações pessoais estão intimamente relacionadas à dinâmica familiar, onde cada fase do casamento revela o momento em que o casal está vivendo, portanto, os aspectos do matrimônio e a fase amorosa então interligados (FÉRES-CARNEIRO, 2003).

Segundo Lima e Alves (2010), na primeira fase do casamento é necessária uma adaptação maior do casal, baseada nas expectativas do que se espera da relação e o que de fato ocorre, e, dessa forma, surgem as primeiras decepções e frustrações. Ainda de acordo com Lima e Alves (2010), a chegada dos filhos é um dos fatores de grande impacto no relacionamento refletindo significativamente na satisfação conjugal.

Vásquez *et al.* (2015), citados por Mussumeci e Ponciano (2019), corroboram que a segunda fase é marcada com a chegada dos filhos e aí é quando entram as negociações dentro de uma rotina já estabilizada ou reconhecida anteriormente. Os resultados dessa revisão apontaram que o desgaste físico e emocional interfere na qualidade conjugal e reverberam na privacidade do casal, pois, os momentos de estresses podem estar estabelecidos nesse novo contexto.

Hernandez e Hutz (2009) destacaram essa mudança do ciclo de vida do casal com a chegada da parentalidade, relacionando com o desgaste da diminuição da comunicação e do sexo, jornada excessiva de trabalho, o momento em que o marido fica a mais nas horas de trabalho como forma de refúgio, a vulnerabilidade à depressão e o retorno dos papéis estereotipados, como “homens trabalham fora e mulheres ficam em casa cuidando dos filhos” e da longa jornada de trabalho doméstico.

A terceira e quarta fases do ciclo conjugal se dão respectivamente com os filhos pequenos, e em sequência a fase da adolescência e adultez, onde os filhos se enquadram com maior autonomia de vida, e de repente diante de uma necessidade de cuidar dos pais já idosos (CARTER; MCGOLDRICK,

2001 apud MUSSUMECI; PONCIANO, 2019). Diante disso, percebemos que o deslocamento no ciclo de vida familiar está relacionado às suas especificidades de mudanças que são fatores estressores, e que a forma com que cada casal lida com essas mudanças é o que determina maior ou menor bem-estar dentro da relação, pois, a literatura faz menção a inúmeros eventos estressores.

O indivíduo passa a ter um papel fundamental no papel do estresse, pois ele pode, por meio de habilidades positivas de enfrentamento, dar suporte ao outro nos momentos de fragilidade. Sendo assim, quando um dos cônjuges consegue agir dessa maneira, a proximidade entre eles pode aumentar (BODENMANN, 2005; BODENMANN; MEUWLY; KAYSER, 2011 apud MUSSUMECI; PONCIANO, 2019). Diante do exposto, alguns resultados também apontaram que os problemas estão presentes em todas as famílias. A maneira com que cada uma lida com as situações estressantes faz toda a diferença para manter uma qualidade de vida e bem-estar psíquico ou gerar adoecimento para si próprio e para os que estão ao redor.

Mussumeci e Ponciano (2019) realizaram uma pesquisa com 10 casais de idade entre 27 e 74 anos, selecionados em diferentes fases do ciclo de vida, e observaram vários momentos da história conjugal. Levando em consideração a fase inicial do casamento, os autores constataram que as diferenças se davam por motivos como: desrespeito à individualidade; dificuldades no gerenciamento das finanças; hábitos e entrosamento diferentes com o outro; construção da identidade conjugal; o tempo dedicado exclusivamente aos filhos enquanto pequenos; o controle dos filhos pequenos e a falta desse controle direto enquanto os filhos se tornam adolescentes.

Os estressores horizontais, que são eventos inesperados, já estão descritos na literatura como fatores de contexto que são parte do ciclo vital familiar, responsáveis pelo aumento da tensão familiar ou pontos de transição (MCGOLDRICK; SHIBUSAWA, 2016 apud DELATORRE; WAGNER, 2021). Sendo assim, os fatos imprevisíveis destacam as mudanças repentinas de trabalho e mudança consequentemente de cidade; adoecimento familiar, sendo físicas ou emocionais e adaptabilidade a esse novo ciclo da vida de conviver com a doença ou mesmo com a morte. Contudo, os fatos previsíveis incluem o tempo de adaptação entre o casal, adaptabilidade melhor por parte de alguns casais, enquanto outros passaram por relevante estresse com a parentalidade.

3.2 UM OLHAR DA RELAÇÃO CONJUGAL NA PERSPECTIVA DOS CASAIS

Através de estudos de revisão de literatura agrupados nesta categoria, destaca-se a qualidade conjugal, no entanto, as próprias autoras Delatorre e Wagner (2021) mencionam que falar de

qualidade conjugal não é um tema tão simples de se falar, pois existem outros termos como: satisfação conjugal, ajustamento, satisfação, felicidade. Assim, para facilitar o termo qualidade conjugal talvez fosse necessário envolver os aspectos do Modelo de Vulnerabilidade, Estresse e Adaptação (*Vulnerability-Stress-Adaptation Model*), conforme Karney e Bradbury (1995 apud DELATORRE; WAGNER, 2021), que desenvolveram esse modelo combinando aspectos teóricos e conceituais, que também são chamados de teorias integrativas.

Diante do modelo apontado por Delatorre e Wagner (2021), foram analisados 21 temas, divididos em 4 eixos constitutivos, que são: indivíduo, contexto, processos adaptativos e qualidade conjugal. Os autores destacaram três grupos de variáveis: eventos estressantes que fazem parte da relação conjugal, vulnerabilidades individuais e processos adaptativos relacionados à qualidade da relação na conjugalidade (DELATORRE; WAGNER, 2021).

Ainda segundo Delatorre e Wagner (2021), existem os objetivos individuais que se tornam compartilhados, como: assumir responsabilidade, que se enquadra no âmbito individual, e desenvolver uma harmonia no relacionamento, que se torna um objetivo compartilhado. Isso faz com que o processo de adaptabilidade influencie a qualidade no relacionamento e que as teorias integrativas, como o Modelo de Vulnerabilidade, Estresse e Adaptação, abordam tais complexidades (MOSMANN *et al.*, 2006 apud DELATORRE; WAGNER, 2021).

Foi realizada uma pesquisa com 8 casais, sendo cinco casais heterossexuais casados e três casais homossexuais que moravam juntos, com a descrição dos eixos temáticos do Modelo de Vulnerabilidade, Estresse e Adaptação, na qual a Teoria Triangular do Amor (STERNBERG, 1986 apud DELATORRE; WAGNER, 2021) foi utilizada como referência para compreender os temas componentes da qualidade conjugal. Esta teoria cita a intimidade, a paixão, e a decisão/compromisso (DELATORRE; WAGNER, 2021).

Essa categoria demonstra que os autores fizeram análises dos seguintes eixos conjugais: qualidade conjugal (o afeto, a intimidade, o compromisso e a sexualidade); indivíduo (características pessoais, valores e particularidades); processos adaptativos (interação, tomada de decisões, e de construção do relacionamento); contexto (fatores externos ao relacionamento, incluindo elementos pertencentes ao núcleo familiar ou à família estendida).

Diante das análises feitas, a literatura documenta que são demandas estressoras que interferem na qualidade conjugal: a falta de cumplicidade e intimidade, gerando uma comunicação não verbal desfavorecida; a inflexibilidade um com o outro; o fato de não ter planos em comum; ignorar a

situação de conflito e ficar calado diante dela, ou seja, ser indiferente; não respeitar a individualidade, apesar de manterem uma relação; a insegurança no relacionamento; a falta de lazer e descontração; o excesso de trabalho; o falecimento de um parente; a separação de familiares; as crises financeiras, familiares que convivem costumeiramente com os cônjuges, a falta de apoio da família de origem; a imaturidade mesmo com o passar do tempo, a falta de demonstração de afeto e de cuidado um com o outro, e a forma como o casal se comunica (DELATORRE; WAGNER, 2021).

3.3 MAPEAMENTO DOS PROCESSOS DE ADAPTAÇÃO AOS EVENTOS ESTRESSORES

Nesta categoria, foram incluídos os resultados de estudos que apontaram para a revisão dos conceitos da satisfação conjugal sobre os possíveis processos previsíveis e imprevisíveis do estresse dentro do casamento. Diante dessa análise de revisão, a qualidade conjugal faz parte de um processo dinâmico e interativo do casal, com aspectos multidimensionais (MOSMANN; WAGNER; FÉRES-CARNEIRO, 2006).

Existem muitos questionamentos sobre a qualidade de vida do casal e a literatura ainda não definiu, de fato, o que seria um ajustamento para a resolução de problemas que gerassem algum tipo de desequilíbrio, podendo citar assim, o estresse como uma consequência desse mal.

Segundo Mosmann, Wagner e Féres-Carneiro (2006), em sua revisão literária, a qualidade conjugal refere-se a uma troca social em consonância à teoria de Thibaut e Kelley (1959 apud MOSMANN; WAGNER; FÉRES-CARNEIRO, 2006), que é quando o casal reflete a interação com o meio em que está inserido, sendo considerada um indicador importante da qualidade do relacionamento.

Ainda no contexto dos fatores ambientais, Martins e Szymanski (2004) corroboram sobre a teoria do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, onde o autor reforça a relação entre a pessoa e o ambiente em que ela atua. Sendo assim, essa categoria demonstra que o casal inserido em um ambiente estressor poderá sofrer as consequências na relação conjugal. Além da interação com o meio em que o casal está inserido, os autores citam também outros aspectos como a teoria comportamental, a teoria da crise, interacionismo simbólico, e processos adaptativos (MOSMANN; WAGNER; FÉRES-CARNEIRO, 2006).

Ainda conforme Mosmann Wagner e Féres-Carneiro (2006), a teoria comportamental considera que o comportamento é resultado das experiências que a pessoa vive, pois, algumas famílias encaram e superam as crises, e outras se desorganizam. O autor fala do interacionismo simbólico, que é focado onde cada membro desenvolve bem o seu papel na família, ou seja, o papel bem desempenhado de

esposo ou esposa gera satisfação, e a adaptabilidade é um recurso de acordo com o nível de estresse já experimentado.

Em consonância com os resultados aqui agrupados, os estudos indicam que, a capacidade de readequação e superação são essenciais para que o casal consiga enfrentar o estresse conjugal cotidiano, mesmo que exista o risco de vulnerabilidade por parte de alguns, é enfrentando o estresse que eles vão criando condições de superar os próximos episódios de situações estressantes (MOSMANN; WAGNER; FÉRES-CARNEIRO, 2006).

3.4 AS TRANSFORMAÇÕES DA CONJUGALIDADE AO LONGO DA RELAÇÃO DURADOURA

Nesta categoria foram agrupados os estudos que apresentam aspectos da análise de Campos, Scorsolini-Comin e Santos (2017), onde os autores descrevem que as fases vividas pelos casais implicam em sua individualidade e conjugalidade. As principais transformações ao longo da vida do casal foram organizadas em três categorias, sendo elas: fatores relacionados à sexualidade e à intimidade, autonomia e afastamento e aprendizagem com os companheiros. Diante disso, foi percorrido sobre casais que estão juntos a mais tempo e passam por eventos estressores, mas se adaptam de acordo com a maturidade adquirida.

De acordo com Torres (2004 apud CAMPOS; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2017), a conjugalidade é definida por três formas: conjugalidade institucional, fusional e associativa. A forma institucional é aquela em que naturalmente o casamento se dá, em detrimento da fase de desenvolvimento do ser humano, mantendo os papéis do casamento e preservando a relação do vínculo conjugal. Na forma fusional, entra o romantismo, onde os casais vivem juntos porque simplesmente se gostam, e na forma associativa, o casal busca uma realização pessoal e se unem em prol da satisfação conjugal e familiar.

O casamento, a partir do século XX passa a ser um âmbito de relações marcadas por respeito mútuo e projetos de envelhecimento compartilhado, do qual há uma transição do modelo patriarcal para o modelo individualista (CAMPOS; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2017). É nesse contexto que os estudos dessa revisão bibliográfica apontam que o casal busca se adaptar um ao outro, em busca de uma felicidade e manutenção do bem-estar, buscando recursos e estratégias para lidar com as dificuldades.

Há três etapas cruciais na relação conjugal que marcam suas experiências (CERVENY, 1994 apud CAMPOS; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2017). A primeira fase é encontrar o equilíbrio e a adaptação conjugal longe de suas origens familiares, e principalmente com o nascimento dos filhos. Assim,

podem surgir os primeiros conflitos. A segunda fase destaca-se por volta dos 20 anos de casados, onde os filhos que agora já são adolescentes, buscam autonomia e independência. E, por fim, a saída dos filhos, permitindo que o casal compartilhe um com o outro esse novo patamar de vida. Diante do exposto, percebe-se que cada fase tem a sua peculiaridade, e a experiência de vida e a maturidade permitem a melhor maneira de lidar com cada ciclo conjugal.

Podemos considerar que os resultados que permeiam essas mudanças nas relações conjugais na sociedade atual apresentam-se de forma flexível e fugaz, mas a individualidade e a autonomia se sobrepõem, podendo justificar o rompimento conjugal, ao contrário da busca pela solução dos problemas (ZORDAN *et al.*, 2009 apud CAMPOS; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2017).

De modo geral, destacam-se então as mudanças da individualidade e da conjugalidade, como o nascimento dos filhos, as crises que ocorrem independente do ciclo de desenvolvimento conjugal, adoecimentos, o próprio envelhecimento e a manutenção do desejo sexual nas diferentes fases do amadurecimento conjugal (LANDIS, PETER-WIGHT, MARTIN, BODENMANN, 2013 apud CAMPOS; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2017).

Considerando o exposto acima dos referidos autores, salienta-se que toda a mudança faz parte de um processo normal da conjugalidade, que casais com longo tempo de duração naturalmente passam por crises, bem como no início do relacionamento. Adaptação e amadurecimento na conjugalidade fazem parte de um processo de união e de construção constantes (CAMPOS; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2017).

3.5 A EXPRESSÃO DA RAIVA E DA EMPATIA NA RELAÇÃO CONJUGAL

Nesta última categoria, os estudos apresentam a raiva e a empatia dentro dos elementos estressores na relação conjugal. Segundo o Dicionário Online de Português (2022), a palavra raiva significa:

Comportamento repleto de fúria, demonstrado pelo excesso de agressividade; ira: falava com raiva. Sentimento de irritação; ódio: Expressão de aversão ou relutância; frustração; sensação de repugnância; repulsão. Excesso de apetite; vontade intensa. Etimologia (origem da palavra **raiva**), do latim *rabia*; *rabies*.ei.”

Como podemos observar acima, a raiva pode estar presente num momento ou outro dentro de qualquer relação humana. De acordo com Lipp (2005), a raiva corresponde a um sentimento universal, que pode ser uma resposta por distintos fatores (provocação, injustiça, maldade e frustração). Quando esse sentimento está presente nos relacionamentos afetivos, é preciso ter uma série de habilidades de interação, como desenvolver capacidade para lidar com os conflitos, e principalmente manter uma

boa comunicação para que a raiva não seja transformada em ressentimento, sufocando e elevando os níveis de estresse, que poderão destruir a boa convivência do casal e de todos ao redor (LIPP, 2005).

Além disso, a autora Lipp (2005) sinaliza que a expressão de raiva pode ocorrer em diferentes direções. Uma pessoa pode manifestar raiva em direção a outras pessoas ou a objetos, por meio de atos físicos ou verbais: a “raiva para fora”. Pode também reprimir o sentimento de raiva em forma de mágoa: “raiva para dentro”. Ou ainda uma pessoa pode manejar sua raiva lidando com aquilo que está sentindo de um modo mais proveitoso e adequado das relações em direção à solução do problema que ativou a raiva, externando-a para fora ou ativando o controle da raiva, que é uma explosão de fúria ou controle, conforme reforça a autora.

Assim, embora se tratando de uma emoção comum a todas as pessoas, existem formas variadas de expressão de raiva (LIPP, 2005), as quais sofrem influência dos padrões culturais e do processo de socialização que determinam as condições em que o indivíduo pode expressar esse sentimento (MATSUMOTO; YOO; CHUNG, 2010 apud RIBEIRO; PINHO; FALCONE, 2011), um aspecto importante de tal constatação é que modos de expressão de raiva podem ser apreendidos e, portanto, modificados.

No relacionamento amoroso, a raiva pode surgir de pequenos conflitos mal resolvidos. Dois indivíduos inteiramente diferentes se expressam de formas também diferentes, podendo ser funcionais ou disfuncionais na comunicação. Para alguns, a raiva pode ser suprimida ou redirecionada tanto para dentro como para fora (LIPP, 2005).

Segundo a autora, os aspectos mais relevantes da raiva e sua influência na saúde física e mental são os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças coronárias, do aparelho digestivo, além da associação com quadros de depressão, obesidade, problemas de relacionamento interpessoais, violência na família, divórcio, perda de emprego e suicídio. Levando o relacionamento do casal a um desgaste físico e emocional, trazendo adoecimentos a todos envolvidos dentro desse ambiente de convívio (LIPP, 2005).

A empatia é uma habilidade que possibilita interações sociais mais gratificantes. Um indivíduo empático tem maiores chances de obter sucesso profissional, aumento de vínculo, redução de conflitos interpessoais e maior satisfação conjugal (FALCONE, 1999).

De acordo com Falcone (1999), a empatia é a capacidade de compreender e de expressar compreensão acurada sobre a perspectiva e sentimentos de outra pessoa, além de experimentar

sentimentos de compaixão e de interesse pelo bem estar da mesma. A partir de uma perspectiva multidimensional, a empatia é composta por três componentes, o cognitivo, o afetivo e o comportamental. O componente cognitivo da empatia envolve capacidade para adotar a perspectiva da outra pessoa. Significa entender o interlocutor de acordo com os termos deste, sem julgamentos pessoais e com a capacidade de considerar uma situação sob a perspectiva de outra pessoa (FALCONE, 2008 apud RIBEIRO; PINHO; FALCONE, 2011).

O segundo componente, o afetivo, refere-se à capacidade de: (a) reagir emocionalmente à emoção do outro com compaixão e simpatia; (b) demonstrar preocupação com o bem-estar da outra pessoa (FALCONE, 1999).

Falcone (1999) propõe um terceiro componente da empatia: o comportamental, que pode ser expresso nas formas verbal (através de descrição acurada do estado interno do outro, validando os sentimentos e pensamentos deste) e não verbal (através de postura aberta, proximidade etc., bem como de acenos e vocalizações, que indicam validação e consideração pela outra pessoa). Todos esses componentes da empatia são considerados importantes e se complementam durante uma interação empática.

Estudos destacam a empatia como uma habilidade de comunicação relacionada a casamentos satisfatórios (FIGUEREDO, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2009; SARDINHA *et al.*, 2009; VILLA, 2005 apud RIBEIRO; PINHO; FALCONE, 2011). Segundo outros autores, a raiva é uma emoção que, quando não expressa de forma culturalmente aceitável, interfere negativamente nos relacionamentos interpessoais (BECK, 2003; DEFFENBACHER; LYNCH, 1998; DOZIER, 2004; LIPP, 2005; MCKAY *et al.*, 2001; WALDINGER *et al.*, 2004 apud RIBEIRO; PINHO; FALCONE, 2011).

Outros estudos apontam que a expressão não verbal é um fator mais relevante do que a comunicação verbal nos relacionamentos íntimos, conforme Fincham e Horneffer (1996 apud RIBEIRO; PINHO; FALCONE, 2011) e que casamentos permeados de maiores afetos negativos do que positivos apresentam maior possibilidade de separação ou divórcio.

Norgren *et al.* (2004 apud RIBEIRO; PINHO; FALCONE, 2011) afirmam que a raiva poderia emergir como uma das possíveis causas de um casal insatisfeito. Sendo assim, essas pesquisas apontam a raiva como um dos aspectos negativos na relação conjugal, no sentido mais amplo a expressão da raiva relaciona-se ao tema da violência em sociedade (RIBEIRO; PINHO; FALCONE, 2011).

Segundo Lipp (2005), “[...] o problema não reside na experiência da raiva em si, mas no modo como ela é expressa e na frequência e intensidade com que é experimentada”. Assim é necessário ter entendimento e desenvolver habilidades que favoreçam o diálogo e o entendimento das razões da outra pessoa, o que poderia ser obtido por meio da empatia (BECK, 2003; FALCONE, 2000 apud RIBEIRO; PINHO; FALCONE, 2011). Contudo, essa revisão bibliográfica evidencia que existem diferentes maneiras de expressar nossas emoções, sejam elas de afeição ou de raiva e frustração, e a forma como nos expressamos pode causar certos problemas acompanhados de explosão nervosa, agressividade, falta de compreensão e falta de empatia. Quem tem a capacidade empática, não apenas percebe os sentimentos do outro como se interessa continuamente pelo que ele possa estar sentindo, pensando, pretendendo, e faz isso mesmo que este outro não esteja presente. Além disso, pessoas mais empáticas despertam mais afeto e simpatia nos outros e ajudam a reduzir problemas emocionais e psicossomáticos em amigos, familiares; a empatia facilita a manutenção dos relacionamentos e conseqüentemente a redução do estresse (BURLESON, 1985 apud FALCONE, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo inicial do presente trabalho de compreender e identificar os fatores estressantes na conjugalidade e suas conseqüências para o convívio a dois, analisando- os conforme o tempo e a fase do relacionamento, os resultados desta revisão apontam para futuras pesquisas que venham auxiliar no manejo do estresse na relação conjugal, como prevenção e promoção da saúde mental do casal.

A relação conjugal é um tipo de relação interpessoal que apresenta características que podem causar estresse. Em uma relação conjugal, o casal compartilha a vida junto, fazem planos, têm desejos, expectativas etc. Essa é uma relação de parceria, de solidariedade, de companheirismo, de cuidado, de compreensão, de amor e de afeto. Porém, a relação conjugal pode ser um divisor de águas nas vidas dos casais, gerando diversos problemas que podem causar estresse. Dessa forma, a relação conjugal pode estar atrelada às responsabilidades, ao trabalho, às responsabilidades financeiras, às tarefas domésticas, às relações de parentes, às diferenças culturais, religiosas, de personalidades, de comportamentos, de expectativas, de objetivos, de valores, de saberes, de comprometimentos, entre outras. Devido às diferenças existentes, o estresse na relação conjugal é um problema comum que afeta a saúde física e emocional dos cônjuges.

A família exerce uma grande influência na formação do indivíduo, desde os valores culturais, morais, éticos e religiosos. Sendo assim, a educação familiar é importante para o desenvolvimento pessoal e social do indivíduo, que levará esses aprendizados para toda a sua vida. A família também influencia o comportamento conjugal e familiar do indivíduo, que aprende a lidar com as diferenças, a comunicação e a resolução de conflitos nas relações interpessoais, evidenciando se a pessoa terá um comportamento tolerante, expressivo, afetuoso, respeitoso, entre outras características. E esses comportamentos interferem na vivência a dois nos aspectos conjugais.

Os resultados dessa revisão bibliográfica apontaram que as consequências do estresse geram menos qualidade de vida. A baixa satisfação sexual e conjugal permeiam as consequências do estresse, sendo evidenciadas por fatores do contexto em que o casal está inserido. Sentimento de raiva, ansiedade, insegurança, medo das situações novas e inesperadas também se sobressaíram. O relacionamento conjugal perturbado, com agressões verbais ficou evidente como consequência do estresse.

Como exposto nesta revisão, o estresse deve ser administrado de forma positiva e não deve ser ignorado, sendo relevante na relação conjugal, pois ele pode ser considerado como um gatilho para conflitos. O momento inicial do casamento é o mais estressante, porém, os casais demonstraram que as primeiras experiências estressoras vividas, serviram de degrau para o enfrentamento do estresse posterior, dependendo de como cada um administrava as situações que eram previsíveis ou mesmo imprevisíveis.

Assim, os processos adaptativos representam um conjunto de variáveis investigadas na literatura, especialmente pelas teorias comportamentais, no que diz respeito à comunicação e ao enfrentamento de conflitos. Ratifica-se então a importância da individualidade, o contexto em que o casal está inserido e a adaptabilidade dos cônjuges um para com o outro. Fica salientado diante do manejo de lidar com o estresse conjugal, a possibilidade de os casais estarem engajados numa dinâmica de terapia conjugal para aprenderem a lidar melhor com as situações de estresse em suas habilidades sociais, fazendo com que possam crescer em seus relacionamentos.

Ressaltamos que as estratégias de enfrentamento como ser empático um com o outro, o gerenciamento da raiva tanto para dentro como para fora e a boa comunicação, são estratégias elencadas por essa revisão literária para que os casais lidem com as situações estressantes do relacionamento conjugal.

A partir desses resultados, espera-se que o presente estudo possa contribuir para a reflexão sobre as consequências do estresse na conjugalidade, favorecendo assim, a melhora na qualidade de vida

familiar e do casal e o engajamento na busca de estratégias de enfrentamento, bem como auxílio psicoterapêutico mediante as intervenções psicológicas na vida do casal.

Por fim, como esse estudo foi realizado por meio de revisão bibliográfica, alguns pontos merecem destaque, como a escolha dos sites de busca e das palavras-chave, que podem interferir na seleção dos artigos, foram selecionados estudos referentes aos últimos 10 anos, com exceção de dois artigos com mais de uma década, mas que se reportam a autores com estudos relevantes para a temática em questão. Os objetivos propostos foram alcançados diante da compreensão e identificação dos elementos estressores na conjugalidade e a análise desses eventos estressores e suas consequências na relação a dois, porém, poucos artigos com publicações recentes foram apresentados com essa temática, diante da complexidade de inferir sobre a consequência do estresse na conjugalidade. Por meio do método e escopo desta pesquisa foi identificada uma lacuna que se refere ao fato de terem sido encontrados poucos estudos cujo participantes sejam as famílias, bem como o déficit de pesquisa com casais das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, portanto, encoraja-se que sejam feitas pesquisas futuras com este delineamento.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CAMPOS, Suzana Oliveira; SCORSOLINI-COMIN, Fábio; DOS SANTOS, Manoel Antônio. Transformações da conjugalidade em longa duração. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 69-89, 2017.
- DELATORRE, Marina Zanella; WAGNER, Adriana. A relação conjugal na perspectiva de casais. *Ciências Psicológicas*, Montevideo, v. 15, n. 1, p. 1-20, 2021.
- ESTRESSE. In: BIBLIOTECA Virtual em Saúde (BVS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/estresse/>. Acesso em: 2 nov. 2022.
- FALCONE, Eliane. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Rev. Bras. Ter. Cogn.*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 23-32, jun., 1999.
- FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Construção e dissolução do laço conjugal na psicoterapia de casal. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (org.). *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas*. Rio de Janeiro: PUC-Rio; Edições Loyola, 2003. p. 201-214.
- FÉRES-CARNEIRO, Terezinha; DINIZ NETO, Orestes. Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. *Paidéia*, Belo Horizonte, v. 20, n. 46, p. 269-278, ago., 2010.
- GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022.
- HERNANDEZ, José Augusto Evangelho; HUTZ, Cláudio Simon. Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 414-421, out./dez., 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. Registro civil 2020. IBGE, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/20/0>. Acesso em: 21 ago. 2022.
- LIMA, Ricardo Alves de; ALVES, Irai Cristina Boccato. As particularidades da (in)satisfação conjugal antes e depois da chegada dos filhos. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 30, n. 79, p. 424-439, dez., 2010.
- LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. *Stress e o turbilhão da raiva*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2005.
- MARTINS, Edna; SZYMANSKI, Heloisa. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, ano 4, n. 1, p. 63-77, 1º semestre, 2004.
- MENEZES, Clarissa Corrêa; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USP*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 83-93, 2007.
- MOSMANN, Clarisse; WAGNER, Adriana; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Qualidade conjugal: mapeando conceitos, *Paidéia*, Belo Horizonte, v. 16, n. 35, p. 315-325, dez., 2006.

MUSSUMECCI, Aline Amaral; PONCIANO, Edna Lúcia Tinoco. Coping e coping diádico: uma análise qualitativa das estratégias de coping de casais. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 165-190, 2018.

MUSSUMECCI, Aline Amaral; PONCIANO, Edna Lúcia Tinoco. Ciclo de vida conjugal: momentos de estresse previsíveis e imprevisíveis ao longo do casamento. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 1171-1193, dez., 2019.

RAIVA. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2022. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/raiva/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

RIBEIRO, Camila Moraes; PINHO, Vanessa Dordron de; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira. A influência da raiva e da empatia sobre a satisfação conjugal. *Aletheia*, Canoas, n. 35-36, p. 7-21, mai./dez., 2011.

ROSADO, Juliana Szpoganicz; BARBOSA, Paola Varga; WAGNER, Adriana. Ajustamento Conjugal: a função das características individuais, do casal e do contexto. *Psicologia em Pesquisa*, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p. 26-33, jan./jun., 2016.

SÁ, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara; PARANHOS, Mariana Esteves. Intervenção em Crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 1-10, 2008.

Capítulo 6



10.37423/230407538

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maximiana Aparecida dos Reis Fonseca

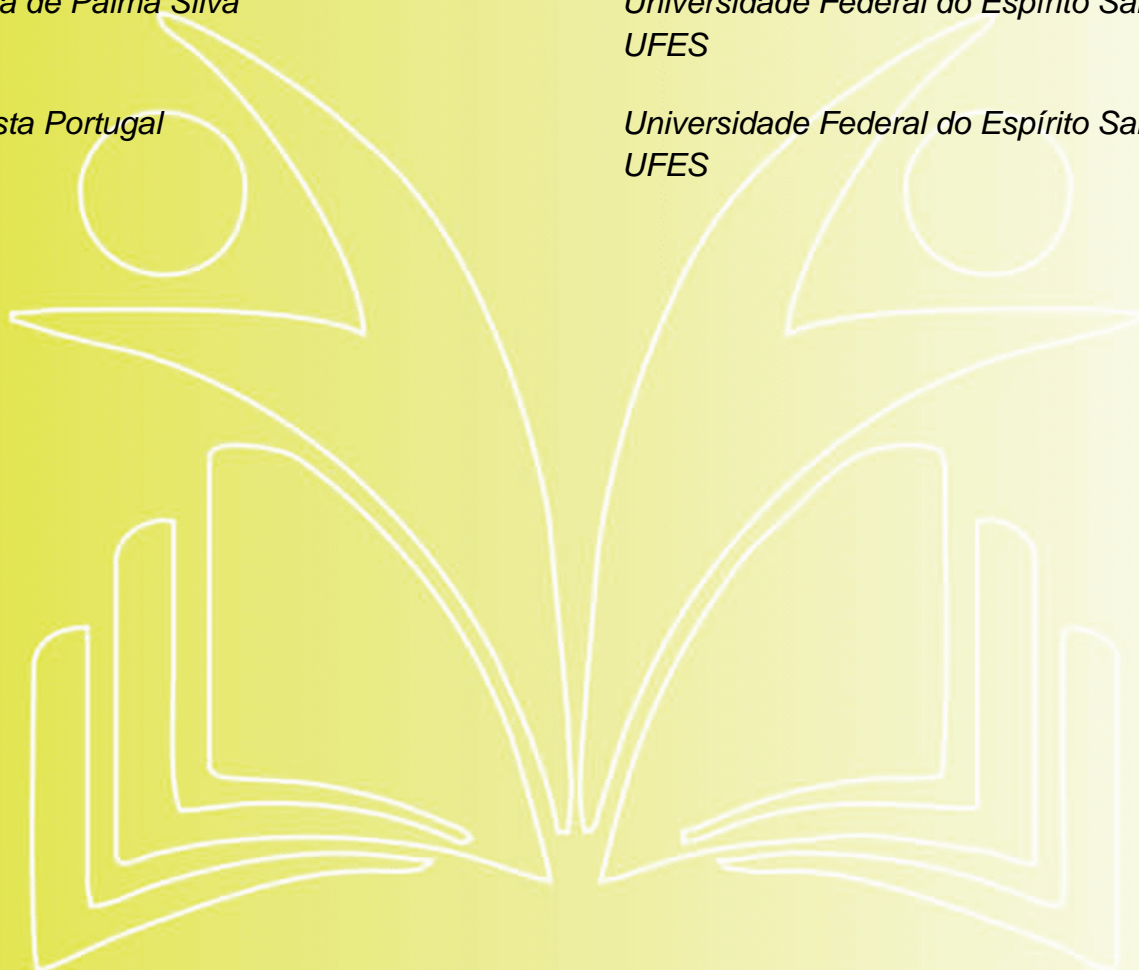
*Universidade Federal do Espírito Santo -
UFES*

Marisangela de Palma Silva

*Universidade Federal do Espírito Santo -
UFES*

Flávia Batista Portugal

*Universidade Federal do Espírito Santo -
UFES*



Resumo:

Introdução: Os profissionais de saúde que trabalham em setores de urgência e emergência como Centro cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva, tornam-se propícios a situações que podem comprometer a segurança do cuidado prestado, favorecendo o adoecimento profissional e levando a um maior número de ocorrências de incidentes e eventos adversos (EA). **Objetivo:** Identificar publicações científicas sobre a percepção dos profissionais quanto à cultura de segurança do paciente em serviços de emergência e urgência. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no período de 2010 à 2020. Os dados foram coletados nas bases: LILACS, MEDLINE/PUBMED, BDNF, com os seguintes descritores: Cultura Organizacional, Segurança do paciente e Serviços médicos de Emergência. Como critério de inclusão, adotou-se: artigos originais, publicados nos últimos 10 anos e na íntegra, nas línguas, Português, Inglês e Espanhol. **Resultados:** Foram encontrados quatro artigos. Os estudos utilizaram variados instrumentos para avaliar a cultura de segurança, dentre eles pode-se destacar o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Quanto aos resultados dos instrumentos, observou-se uma grande variação nas pontuações da cultura de segurança entre as agências dos Serviços de Urgência e Emergência. Os artigos destacaram a necessidade de avaliação contínua da cultura, já que grande parcela dos profissionais entrevistados relatara comportamentos comprometedores de segurança. **Conclusão:** A percepção individual dos profissionais sobre a cultura de segurança varia de acordo com os locais estudados. A liderança, a formação profissional e a implantação de um serviço de notificação de EA têm responsabilidade sobre a variação de cultura de segurança do paciente nos serviços de urgência e emergência, podendo gerar oportunidades de melhoria.

Palavras-chave: Cultura Organizacional, Segurança do Paciente, Serviços Médicos de Emergência

INTRODUÇÃO:

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) após a reformulação da Política Nacional de Saúde em julho de 2011, por meio da portaria nº 1600 ¹. A RUE é constituída por Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; Atenção Domiciliar², devendo atuar de forma integrada, articulada e sinérgica³.

Os serviços de emergência têm vários propósitos, tais como os descritos a seguir: oferecer atendimento imediato e de qualidade aos usuários, treinar a equipe de saúde sobre as técnicas de atendimento, desenvolver a pesquisa e realizar atividades educativas na comunidade. Para atingir tal finalidade, o caminho que se espera é o da construção coletiva que potencialize a integralidade da rede e a adequação da estrutura, funcionamento e planejamento do Serviço de Emergência Hospitalar para o objetivo maior que é a produção de saúde e vida ⁴

No entanto, os serviços de Urgência e emergência no Brasil, tem apresentado dificuldades em cumprir seu papel pelos quais foram criados, pois tem sofrido sobrecarga com um número de demanda por atendimento muito maior que sua capacidade, tornando cada vez maiores as filas de espera para diagnósticos, realização de exames e aguardando internações. Vale ressaltar também que muitos desses atendimentos são provenientes de outros equipamentos de saúde e que grande parte destes, poderiam ter resolutividade nos níveis primários da atenção⁵.

Vivenciando esta realidade em suas práticas diárias, os profissionais de saúde, agregados a fatores como escassez de recursos humanos (RH), sobrecarga de trabalho e ambiente com interrupção contínua das atividades, tornam-se propícios a situações estressantes que podem comprometer a segurança do cuidado prestado ⁶⁻⁷ levando a um maior número ocorrências de incidentes e eventos adversos (EA)⁸.

EAs são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base podendo ocorrer a qualquer momento e em qualquer equipamento de saúde ⁹. No Brasil, em particular, investigação realizada em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou incidência de 7,6% de pacientes que sofreram eventos adversos, sendo 66,7% destes foram considerados evitáveis¹⁰. Segundo Figueiredo et al¹¹, o espaço

hospitalar apresenta inúmeros riscos à saúde dos pacientes, os quais podem agravar seu estado de saúde, sendo os setores de internação, centro cirúrgico e Unidade de Terapia intensiva (UTI) os setores com maior número de notificações. Portanto, os eventos são frequentes, tendo como consequências diretas o aumento nos dias de internação, maiores gastos e recursos, além de aumentar o risco de complicações ¹².

Observa-se que em serviços de urgência e emergência, tal como setores como centro cirúrgico e UTIs, há situações que podem favorecer o adoecimento profissional e, conseqüentemente, a ocorrência de eventos adversos. Uma forma de se prevenir tal situação é com o fortalecimento da cultura de segurança, a qual é definida como um “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde” ¹³. Com essa concepção, espera-se o entendimento de que uma cultura positiva, fortalecida pela comunicação possa contribuir para que os serviços de emergência e urgência ofereçam uma assistência com maior qualidade.

OBJETIVO

Identificar publicações científicas sobre a percepção dos profissionais quanto a cultura de segurança do paciente em serviços de emergência e urgência.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional cuja coleta de dados foi realizada durante o mês de abril de 2020 e a análise do material coletado ocorreu em maio e junho de 2020.

A revisão integrativa, é uma técnica de pesquisa que reúne e sintetiza publicações relevantes sobre um delimitado tema ou questão, de modo sistêmico e ordenado, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, possibilitando elaborar conclusões a respeito de uma área particular de estudo ¹⁴.

Estabeleceu-se o tema: “Cultura de Segurança do paciente em serviços de urgência e emergência”, tendo como questão norteadora: “Qual a produção científica sobre a percepção dos profissionais quanto a cultura de segurança do paciente nos serviços de urgência e emergência”?

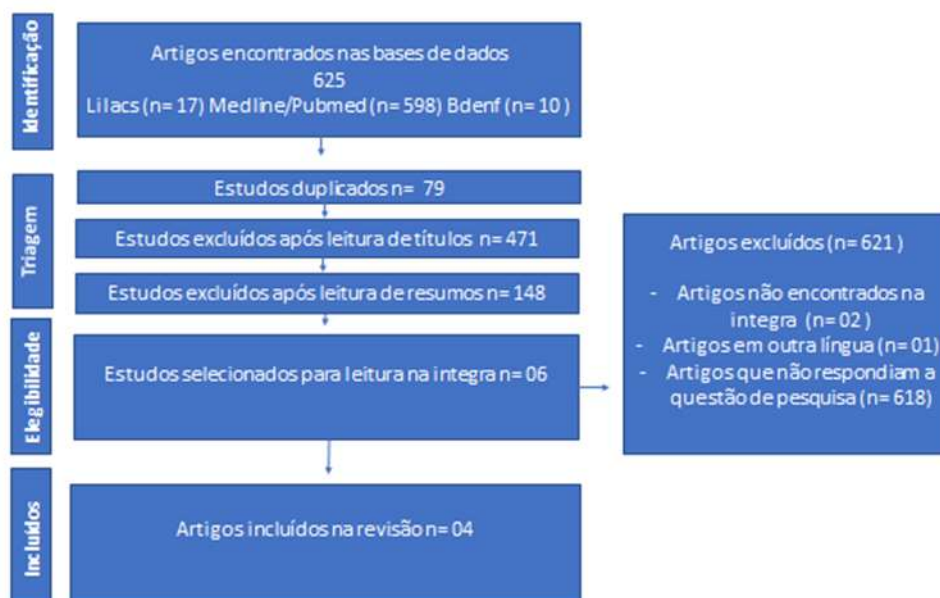
A busca de artigos deu-se no sítio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e da *U. S. National Library of Medicine* (PUBMED), utilizando as seguintes bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval Systems online (Medline) e Base de dados da Enfermagem (BDENF). A escolha das palavras-chaves elencou-se nos critérios de pertencer aos Descritores em Ciências de Saúde (Decs) e notabilizar a temática do estudo. Desta forma, utilizou os seguintes descritores e seus correspondentes em língua inglesa e espanhola: Cultura Organizacional; Segurança do paciente e Serviços médicos de Emergência.

Adotou-se como critério de inclusão: artigos originais, publicados nos últimos 10 anos (janeiro de 2010 a janeiro 2020), publicados na íntegra e nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. e, como critério de exclusão: artigos duplicados e que não abordem a temática de interesse.

A avaliação dos estudos incluídos foi realizada inicialmente pelos títulos e posteriormente pelos resumos dos artigos que correspondiam aos descritores utilizados e selecionados para leitura na íntegra, e análise, aqueles que mencionavam a temática do estudo. Ressalta-se que todo processo de busca e análise dos artigos foi feito por duas pesquisadoras, a fim de avaliar inconsistências.

A amostra final desta revisão foi constituída por quatro artigos científicos, sendo três em inglês e um em espanhol, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, um foi encontrado na base de dados LILACS e três na Medline/Pubmed. A busca totalizou 625 artigos que após a análise da leitura do título foram excluídos 471 artigos. Dos 154 artigos restantes, 148 foram excluídos após leitura dos resumos por não atenderem a temática, sendo que desse total 79 eram repetidos em seus bancos de dados. Após a leitura na íntegra dos 06 artigos restantes, dois foram excluídos por não serem artigo original. (Figura 1).

Figura 1: Organograma de seleção de artigos



RESULTADOS:

Os estudos mostraram grande variação nas pontuações da cultura de segurança entre as agências dos Serviços Médicos de Emergência (SME), os principais pontos fortes detectados, assim como as áreas para melhoria, somando-se a necessidade de uma avaliação contínua do nível de segurança do paciente, já que grande parcela dos profissionais entrevistados relatara comportamentos comprometedores de segurança.

Quadro 1: Caracterização dos estudos selecionados em ordem cronológica segundo nome da revista, título, autor, ano, país, objetivo do artigo, delineamento do estudo, principais resultados e conclusão, 2020.

Jornal	Título do Artigo	Autor/Ano/ [Flávia Po1] [COMPUTAI] País	Objetivo do artigo	Delineamento [Flávia Po3]do estudo	Resultados	Conclusão
Prehospital Emergency Care	Variation in Emergency Medical Services Workplace Safety	P. Daniel Patterson, David T. Huang, Rollin J. Fairbanks, Scott Simeone, Matthew Weaver & Henry E.	Caracterizar a variação na cultura de segurança no local de trabalho no SGA e testar as propriedades	Pesquisa Transversal, com aplicação do instrumento Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), realizada em 61 agências de SME, incluídos paramédicos em período integral e meio período e técnicos médicos de emergência.	A pesquisa mostrou grande variação nas pontuações da cultura de segurança entre as agências do SEM. Trabalho em Equipe 71,2 (mín. 45,1, máx. 90,1), Percepções de Gerenciamento 67,2 (mín. 31,1, máx.	A cultura de segurança no local de trabalho varia muito nesta amostra de agências de EMS. O EMS-SAQ pode fornecer informações

	Cultur e	Wang/ 2010/ América do Norte	psicométricas de nossa ferramenta de pesquisa.		92,2), satisfação no trabalho 75,4 (mín. 47,5, máx. 93,8), condições de trabalho 66,9 (mín. 36,6, máx. 91,4) e reconhecimento de estresse 55,1 (mín. 31,3, máx. 70,6).	sobre a segurança pré-hospitalar
Revista de calidad assistencial	Las emergencias extrahospitalarias ante la cultura de seguridad	Cano-del- poso, Obon- Azuares B, Valderrama Rodriguez, Revilla Lopes, Brosed Yuste, Fajardo- Trasobares, Garces- Baquero, Mateo Claveria, Molina- Estrada/ 2013- Espanha	O objetivo deste estudo é medir o grau de cultura de segurança (SC) entre profissionais de saúde de erviço Médico de Emergência fora do hospital. O objetivo é analisar as pontuações mais baixas para planejar estratégias futuras	Estudo observacional, descritivo e transversal, utilizando o questionário instrumento Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) e SI, sendo aplicada entre os profissionais que atuam na unidade 0 61 de Aragão (médicos e pessoal da enfermagem=144	O estudo demonstrou os principais pontos fortes detectados e área de melhorias. Pontos fortes: Número adequado de funcionários (96%), boas condições de trabalho (89%), tarefas apoiadas pelo superior imediato (77%), clima de trabalho em equipe (74%) e ambiente não punitivo para relatar eventos adversos (68 %). Áreas para melhoria: treinamento insuficiente em segurança do paciente (53%) e falta de feedback dos incidentes relatados (50%).	As oportunidades de melhoria identificadas se concentram na formação de profissionais, a fim de garantir um atendimento mais seguro, além de ampliar a cultura de segurança. Além disso, a implementação de um sistema de notificação e registro de eventos adversos no serviço é considerada necessária.
International Emergency Nursing	Profes sional enviro nment and patien t safety in	Persefoni Lambrow, Evrudiki Papastavrou, Anastasios Merkouris, Nicos Middleton/ 2013/Chipre	O objetivo deste estudo foi examinar as percepções de enfermeiros e médicos sobre o ambiente profissional e sua associação	Estudo correlacional descritivo, utilizando o questionário Revised Professional Practice Environment (RPPE) e Emergency Medical Services Safety (SEM SAQ). foi realizado entre todos os enfermeiros e médicos que trabalham em todos os DEs nos cinco hospitais gerais	Os resultados apontam para a necessidade de uma avaliação contínua do nível de segurança do paciente e fornecem dados ao gerenciamento médico e de enfermagem para melhorar o EPI, de modo a facilitar o	Este estudo fornece evidências preliminares de uma associação entre as classificações do ambiente de prática profissional, especialmente as de “liderança e autonomia” e

	emergency departments		com a segurança do paciente em departamentos públicos de emergência	públicos da ilha em Chipre	desenvolvimento de um ambiente de atendimento seguro. Este estudo também fornece evidências sobre a importância da liderança entre médicos e enfermeiros que trabalham juntos para fornecer todos os cuidados necessários aos pacientes	“cultura de segurança” nos DEs. A conquista de uma cultura propícia à segurança do paciente pode ser um objetivo admirável por si só, mas deve-se dedicar mais esforço ao entendimento da relação entre medidas de um ambiente positivo de prática profissional e um clima de segurança
Prehospital Emergency Care	The association Between EMS workplace safety culture and safety outcomes	Matthew D. Weaver, Henry E.wang, Rollin J. Fairbanks, & Daniel Patterson/ 2011/EUA	Determinar a associação entre os escores da cultura de segurança no local de trabalho do EMS e os resultados de segurança do paciente ou do provedor.	Pesquisa transversal utilizando o instrumento EMS Safety Inventory (EMS-SI) e EMS Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ) aos trabalhadores do SME afiliados a uma amostra de conveniência das agências	Dezesseis por cento de todos os entrevistados relataram ter sofrido uma lesão nos últimos três meses, quatro de cada 10 entrevistados relataram um erro ou evento adverso (EA) e 89% relataram comportamentos comprometedores de segurança. Os entrevistados que relataram lesões tiveram uma pontuação mais baixa em cinco dos seis domínios da cultura de segurança. Os entrevistados que relataram um erro ou EA tiveram uma pontuação mais baixa em quatro dos seis domínios, enquanto que os que	As percepções individuais dos trabalhadores do SME sobre a cultura de segurança no local de trabalho estão associadas a medidas compostas dos resultados de segurança do paciente e do fornecedor. Este estudo é uma evidência preliminar da associação entre cultura de segurança e resultados de segurança do paciente ou do provedor

					relatarem um comportamento comprometedor da segurança tiveram pontuações mais baixas na cultura de segurança em cinco dos seis domínios.	
--	--	--	--	--	--	--

DISCUSSÃO:

Foram encontrados quatro artigos. Os estudos utilizaram variados instrumentos para avaliar a cultura de segurança, dentre eles pode-se destacar o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Quanto aos resultados dos instrumentos, observou-se uma grande variação nas pontuações da cultura de segurança entre as agências dos Serviços de Urgência e Emergência. Os artigos destacaram a necessidade de avaliação contínua da cultura, já que grande parcela dos profissionais entrevistados relatara comportamentos comprometedores de segurança.

CONCLUSÃO:

A percepção individual dos profissionais sobre a cultura de segurança, associa-se a medidas compostas dos resultados de segurança do paciente, sendo variável de acordo com os locais estudados. A liderança, a formação profissional e a implantação de um serviço de notificação de EA, tem responsabilidade sobre a variação de cultura de segurança do paciente nos serviços de urgência e emergência, mas, também podem gerar oportunidades de melhoria.

REFERÊNCIAS:

- (1) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- (2) Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 1.600 de 30/12/20). Acesso em 12/07/20
- (3) Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU) - Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE)
- (4) Campos GWS, Rates SMM. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. Revista Médica de Minas Gerais. 2008;18(4):279-83.
- (5) Amaya MR, Paixão DPSS, Sarquis LMM, Cruz EDA. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp): e68778. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68778>.
- (6) Weigl M, Müller A, Holland S, Wedel S, Woloshynowych M. Work conditions mental workload, and patient care quality: a multisource study in the emergency department. BMJ Qual Saf. 2016;25(7):499-508. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003744>.
- (7) Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. Rev Bras Enferm. 2015;68(1):136-146. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
- (8) Novaretil MCZ, Santos EV, Quitério LM., Daud-Gallotti R.,M- Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI Revista Brasileira de Enfermagem, 2014.
- (9) Gallotti Renata Mahfuz Daud. Eventos adversos: o que são? Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2004 Apr [cited 2020 July 26] ; 50(2): 114-114. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200008&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200008>
- 10-Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. Int J Qual Health Care [Internet]. 2009 [cited 2020 Jul 28];21(4):279-84. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.full.pdf> 13.
- (11) Figueiredo ML, Oliveira e Silva CS, Brito MFSF, D’Innocenzo M. Analysis of incidents notified in a general hospital. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(1):111-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>
- (12) Souza, Alecineide Emidio de. Eventos Adversos nas Unidades de Tratamento Intensivo. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 08, Vol. 11, pp. 105-116, agosto de 2018. ISSN:2448-0959
- 13- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.
- (14). Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.

Capítulo 7



10.37423/230407540

O ENSINO DA MICROBIOLOGIA AOS FUTUROS NUTRICIONISTAS: A SITUAÇÃO DO ENSINO NA ÁREA MICROBIOLÓGICA

Robinson Moresca de Andrade

Faculdade Anísio Teixeira - FAT

Elisângela Bezerra de Lima Afonso

Faculdade Anísio Teixeira - FAT

Jaziel Menezes dos Santos

Faculdade Anísio Teixeira - FAT

Luana Menezes da Silva Alaor

Faculdade Anísio Teixeira - FAT

Wisla Micarim Oliveira Santos

Faculdade Anísio Teixeira - FAT



Resumo: O conhecimento básico em microbiologia é primordial na formação do nutricionista, sendo que os aspectos relacionados a essa ciência estão presentes no cotidiano em temas como saneamento básico, higiene pessoal e conservação de alimentos e saúde. O ensino da microbiologia e as atividades práticas no currículo básico nas Instituições de Ensino Superior (IES) são fundamentais. O incremento de procedimentos laboratoriais na área microbiológica tem a capacidade de elevar o censo crítico aos cuidados higiênicos em particular as pessoas envolvidas a comercialização, estocagem e industrialização de alimentos. Visando alcançar estes objetivos, este trabalho propõe a adequação das atividades práticas microbiológicas aquelas técnicas ultrapassadas ou pouco atraentes desenvolvidas por parte dos professores envolvidos. Os resultados corroboram com a idéia que os estudantes têm maior facilidade em se apropriar de conceitos com inserção direta de situações no cotidiano, como coleta de materiais *in loco*, como feira livre ou em estabelecimentos despreparados e contrastando a observação aos cuidados microbiológicos em uma empresa de alimentos de origem animal. Concluiu-se no trabalho que os alunos trabalhados e estimulados com práticas diferenciadas, assimilaram melhor a necessidade do entendimento ao cuidar higiênico e controle microbiano por parte dos manipuladores e acondicionamento adequado dos alimentos, evitando a contaminação microbiana dos alimentos e posteriormente infecções alimentares à população.

Palavras-chave: microbiologia; ensino-aprendizagem; nutricionista.

INTRODUÇÃO E OBJETIVO

O conhecimento da microbiologia e seus benefícios e prejuízos são desconhecidos por grande parte dos estudantes recém-ingressados a IES, o que se agrava aos cursos de nutrição, onde é necessário um trabalho diferenciado a esse grupo com estimulação a disciplina e formação de censo crítico. Esse trabalho tem por objetivo informar as dificuldades encontradas pelos professores e alunos da disciplina microbiologia no ensino superior, especificamente no curso de nutrição (Malnic e Sampaio, 1994).

A contaminação alimentar é um problema corriqueiro, sendo que a maioria da população brasileira já foi acometida por uma patologia pelo menos uma vez na vida. Comumente as infecções e intoxicações alimentares estão relacionadas a contaminação microbiana proveniente por hábitos de higiene impróprios do manipulador ou do manuseio dos alimentos inadequadamente. A disciplina de microbiologia básica ou avançada para estudantes do curso de nutrição corrobora com a necessidade e os prejuízos causados pelos microrganismos a microbiota normal humana, sendo os principais microrganismos envolvidos na contaminação de alimentos são comercializados e estocados em casas e supermercados.

O conhecimento e entendimento sobre a microbiologia auxilia o estudante a descobrir a influência dos microrganismos em sua vida, bem como as funções essenciais desses organismos no ambiente e a microbiota normal humana. Dessa forma, é importante que todos os estudantes, principalmente aqueles envolvidos a saúde da população, possam aprender sobre tal tema.

Apesar da grande relevância, a microbiologia é muitas vezes negligenciada pelos professores e alunos. Uma das possíveis causas desse fenômeno refere-se às dificuldades para o desenvolvimento de estratégias de ensino-aprendizagem, com dinâmicas mais atraentes para os estudantes (Malnic e Sampaio, 1994). O mundo microbiano pode ser extremamente abstrato para os alunos, pois, embora seja parte importante de nosso dia-a-dia, não podemos percebê-lo de forma mais direta por meio dos sentidos, a não ser quando o indivíduo apresenta sintomas e/ou doenças graves. Certamente, essa aparente falta de conexão entre a microbiologia e nosso cotidiano dificulta o aprendizado desse tema tão importante. Nesse cenário, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias didáticas que auxiliem o professor na tarefa de estimular os estudantes ao conhecimento dos microrganismos e de todos os fenômenos biológicos a eles vinculados, bem como sua relação com nossa vida cotidiana.

METODOLOGIA

A metodologia empregada foi a observação e percepção do aprendizado dos alunos, utilizando aulas teórico/práticas com material biológico coletado “*in loco*” em feira livre no município de Feira de Santana/BA, onde os alimentos comercializados estão dispostos de maneira errônea, próximo a grande circulação de pessoas, maus hábitos higiênicos dos frequentadores ao tocar ou manipular os alimentos, dos próprios manipuladores e presença de vetores, como ratos, insetos e pombos. Outra forma empregada foi visita técnica a uma indústria de grande porte de alimentos, onde os alunos tiveram contato direto com nutricionistas responsáveis pelo controle de qualidade dos produtos industrializados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados com base na observação em feira livre foram, a falta de higiene dos boxes e áreas de manipulação e estocagem dos alimentos, onde inclui mesas, facas, balanças, caixas de isopor e ausência de câmaras frias ou mesmo de gelo para acondicionamento adequadamente os alimentos de origem animal em caixas de isopor.

Já a observação na indústria, os alunos perceberam a importância dos cuidados as questões microbiológicas, onde todos os passos são monitorados minuciosamente, evitando a contaminação dos alimentos durante o processamento.

Sendo assim, a microbiologia de alimentos está envolvida diretamente com microrganismos envolvidos no preparo e degradação de alimentos, produtos *in natura*, em locais de estocagem, durante seu processamento ou semielaborados e agentes de envenenamentos e/ou intoxicações via consumo alimentar.

Ainda é evidente a falta de consciência microbiológica entre os discentes e na grande parte da população. Em muitos cursos da área de saúde e especificamente a nutrição a demanda é mal atendida com elementos pouco qualificados em conhecimento ou interesse. Esses profissionais, por falta de formação básica adequada em Microbiologia, dedicam-se, nas indústrias, apenas a trabalhos rotineiros de laboratório, em detrimento da pesquisa, desenvolvimento e melhoria da qualidade dos produtos (Barbosa e Barbosa, 2010). Em muitos casos, especialmente nas IES, a demanda não aparece, justamente pela inexistência de microbiologistas líderes que possam dar início à formação de equipes. A falta de formação adequada em Microbiologia reflete-se na conduta de muitos profissionais atuantes, que acabam trabalhando apenas com os efeitos que os microrganismos provocam no

hospedeiro ou substrato e não com as causas, isto é, com a fisiologia ou a genética dos agentes causantes.

Outra dificuldade observada foi que o ensino da Microbiologia em nível de graduação na maioria das IES, ficou restrito à reprodução de tecnologias obsoletas sem atrativos aos discentes, não se adaptando a novos problemas, principalmente ao avanço da biotecnologia e ainda se atém a técnicas bacteriológicas conservadoras, exercidas geralmente por pessoal de nível técnico.

Considerando-se que o ensino superior, especificamente o curso de nutrição, é uma área de formação de recursos humanos especializados que pode colaborar junto a Sociedade em relação as mudanças de hábitos higiênicos e cuidados ao manipular os alimentos, para isso é necessário que a melhoria de qualidade do ensino superior em Microbiologia seja feita com critérios e estabelecimento do nível desejado de qualidade. É necessário que o debate seja ampliado, que os envolvidos adquiram cada vez mais consciência e impeçam as decisões unilaterais de círculos restritos e viciosos. Nesse sentido, a presente proposta é que, sob a supervisão da sociedade, nutricionistas e microbiologistas, sejam feitos estudos e discussões para uma reformulação dos cursos de graduação em Nutrição no país, juntamente com a supervisão da Sociedade Brasileira de Microbiologia (SBM), a Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (SBAN) e Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). Acredito que a inclusão da ênfase (especialização, mestrados e doutorados) em Microbiologia dos Alimentos, com disciplinas realmente adequadas, contribuirá para um avanço a médio e longo prazos dessa ciência aos nutricionistas no Brasil (Freire e Gambale, 1997).

As análises microbiológicas, processadas durante o período da disciplina, revelam que amostras em locais públicos de comercialização de alimentos, por exemplo, em feiras livres e expofeiras, indicam importantes locais de estudos, coletas de materiais biológicos e momentos de reflexões, envolvendo a microbiota dos alimentos e dos agentes contaminadores (vetores, estruturas físicas e pessoas). Desta forma, é fundamental o controle microbiológico de microrganismos indicadores de higiene e patógenos, como a *Salmonella spp.*

CONCLUSÕES

Conclui-se que os alunos adquiriram com ações diferenciadoras, resultando um acréscimo ao conhecimento teórico, sendo observado e coletado *in loco* a contaminação ou o controle rígido dos microrganismos, fortalecendo o senso crítico de alunos e futuros nutricionistas competente. O conhecimento básico sobre microbiologia é muito importante para tornarmos futuros profissionais

mais conscientes no dia-a-dia, principalmente pela área microbiológica que está diretamente relacionada à higiene pessoal e saúde, bem como a inúmeros outros aspectos relacionados ao funcionamento do meio ambiente.

REFERENCIAS

Barbosa FHF; Barbosa LPJL. Alternativas metodológicas em microbiologia – viabilizando atividades práticas. rev.biol.ciênc.terra. 2010; 10(2): 134-143.

Freire J; Gambale W. A situação da microbiologia no Brasil. cadern. farm. 1997; 13(1):7-12.

Malnic, G; Sampaio, MC. O ensino das ciências básicas na área da Saúde. estud. av.,1994; 8(22).

Martins, ACP. Ensino superior no Brasil: da descoberta aos dias atuais. acta cir. bras. 2002; 17(3).

Capítulo 8



10.37423/230407544

VIDANÇA: A ARTE ATRELADA A QUALIDADE DE VIDA

Bianca Rodrigues Holanda

*Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Ceará*

Phelipe Bezerra Braga

Faculdade Princesa do Oeste



Resumo: A Escola de Artes e Ofício Vidança é uma instituição com pouco mais de 30 anos de atuação na área social. Foi criado por Anália Timbó como uma forma de fazer com que as crianças continuassem a crescer e a sonhar, e para alcançar este objetivo, se utilizou do conceito arteducação. O presente artigo possui o propósito de analisar quais aspectos são trabalhados na vida das crianças e adolescentes, residentes do bairro vila Velha, Fortaleza-CE, vinculadas ao projeto Vidança, que possui grande participação na humanização da comunidade, e compreender como o conceito de arteducação utilizadas por elas pode auxiliar nesta transformação de pensamento/ação gerada na comunidade. Como metodologia utilizamos a observação participante, durante dois meses, juntamente com entrevistas com Anália Timbó, educadores/as, mães, pais e alunas/os confrontado com estudos teóricos. Nesta vertente pudemos compreender tais aspectos modificadores desse pensamento/ação. É perceptível o aumento de crianças interessadas nos estudos disciplinares das escolas, e fomentadoras de opiniões críticas, tendo a consciência de que mudanças são necessárias e que a comunidade é uma das responsáveis pela transformação sócio/cultural do local. Essa estimulação vem do projeto que acompanha de perto cada integrante no seu ambiente escolar, mantendo a preocupação de fazer esta interligação escola-projeto.

Palavras – chaves: Arteducação, humanização, vidança.

INTRODUÇÃO

“A arte é uma dessas coisas que, como a terra, o ar, está ao redor de nós, em toda parte, mas raramente nos detemos a considerar”

(Hebert Read)

Para melhor compreensão sobre os objetivos que almejamos alcançar nesta pesquisa: o da compreensão do conceito arteeducação¹ utilizado pelo projeto Vidança e quais são os aspectos trabalhados na vida das crianças e adolescentes integrantes desse projeto. É de extrema importância saber em qual conceito sócio-cultural estas crianças estão inseridas.

O projeto Vidança, localizado na Av. L, 761A - Conj. Nova Assunção - Vila Velha - Barra do Ceará - Fortaleza/CE foi criado em 1981 por Anália Timbó que enxergava no bairro a necessidade de haver projetos sociais que tivesse relação entre a arte e educação. Pois tinha o desejo de trabalhar com crianças e adolescentes excluídos socialmente e em situação de risco. O bairro Vila Velha, no qual o Vidança está inserido, teve seu início em 1991 com algumas casas construídas no período político do Ciro Ferreira Gomes. Esta construção se deu através de quatro etapas, sendo elas (re) conhecidas como Vila Velha I, II, III e IV. A primeira em 1991 e teve como finalização o ano 1992. A outra em 1992 e concluída em 1993, a terceira etapa iniciou no mesmo ano e foi concluída em 1997 (iniciada no governo do Ciro e finalizada no governo de Tasso Jereissati) e a última, iniciada em 1998 e concluída em 2000. Ao mesmo tempo em que essas construções são iniciadas e finalizadas, várias outras são construídas paralelamente por famílias necessitadas de lugares para se acomodarem. Desta forma, as áreas de salinas e manguezais são ocupadas sem maiores cuidados quanto á estruturas básicas de saneamento e moradias fora da área de riscos. Com isto o bairro vila velha foi crescendo sem uma maior atenção vinda de políticas públicas para a manutenção básica de qualquer cidadão. De acordo com um estudo feito pelo Vidança a maioria da população do bairro é composto por subempregados e desempregado que são migrantes do sertão na tentativa de buscarem melhores condições para a família.

Neste contexto, perceberemos uma escassez quanto as políticas públicas de lazer, educação e saúde nessa área. As crianças e adolescentes² crescem em meio ao descaso, falta de saneamento básico, e em meio ao lixo que são jogados nos manguezais, sem lugares para exercerem o seu direito de brincar, sendo, na maioria das vezes, *obrigados* a trabalharem como catadores de lixo e/ou desempenharem outra função neste segmento.

Paralelamente a isto, ainda teremos o bombardeio midiático supervalorizando um outro padrão de vida que reafirma que uma pessoa só é reconhecida como tal em meio aos seus bens materiais. Tais afirmações, descredibiliza toda uma luta, vivência de um povo que vive e conhece outra realidade. Uma realidade na qual a violência é sua vizinha e que o mundo das drogas, por vezes é vista como solução para sua ascensão financeira. Daí entra a importância de um projeto social como o Vidança, que por meio de ações, vai desmistificando esses estereótipos e mostrando na prática que outras realidades e oportunidades são possíveis.

RELAÇÃO ENTRE ARTE E EDUCAÇÃO

Falar do conceito arteducação, implica falar também da educação formal encontrada em colégios, em família e entre outros locais que cercam a criança e ao adolescente. Sabemos que a criança se desenvolve através da imitação, assim afirma ARISTÓTELES (1997) que “(...) Imitar é natural ao homem desde a infância – e nisso difere dos outros animais, em ser o mais capaz de imitar e de adquirir os primeiros conhecimentos por meio da imitação – e todos tem prazer em imitar”. Com isto é gerada a indagação e preocupação em saber o que as crianças estão a imitar como processo educativo. Em uma das visitas a Escola de Artes e Ofícios encontramos 5 (cinco) garotas que conversavam entre si e riam de uma outra por esta ter ficado com um garoto que de acordo com elas é feio. Perguntando o porquê de ele ser feio, descobrimos que se tratava de um jovem de cor negra. Uma comentou que não se via negros na televisão, da mesma maneira que gordos são também considerados fora do padrão de beleza que são ditadas pela mídia. Há uma preocupação exacerbada por parte de algumas quanto ao padrão estético. Padrão este ditado pela mídia e imitados por grande maioria da sociedade. Outro ponto importante de reflexão e análise foi o diálogo com os integrantes do projeto Vidança sobre a educação recebida por eles e elas nas escolas. Foi gerada uma preocupação, pois geralmente, nestes ambientes, não existem espaços suficientes para que eles possam se expor como seres criativos e críticos. Segundo FREIRE (1978):

Ditamos idéias. Não trocamos idéias. Discursamos aulas. Não debatemos ou discutimos temas. Trabalhamos sobre o educando. Não trabalhamos com ele. Impomos-lhes uma ordem a que ele não adere, mas se acomoda. (FREIRE, 1978, p.96)

Dentro desta relação, pode-se perceber que o educando muitas vezes não consegue se opor ou refletir criticamente a cerca daquele assunto que está sendo mostrado/revelado a ele. É passada uma cultura de aceitação e de reprodução da mesma. Este fator dificulta o processo de interesse do/a aluno/a para

com a aula e como ele é obrigado/a, pelo meio em que vive, em ter que assistir as mesmas, vai gerando certo distanciamento entre educador e educando e que pode ser refletido diante de tanto terror que acompanhamos nas mídias de comunicação, no qual encontramos crianças matando professores.

De acordo com uma análise histórica do ambiente escolar percebemos que a educação segundo Orso (2008) “possui o papel de reproduzir a sociedade em que está inserida”. Se não nos atentamos que estas crianças estão em constante risco de exclusão social e intelectual, perderemos boa parte de um futuro bonito e importante. Refletir sobre uma modificação na educação é imprescindível. Tal reflexão pode ser encontrada nas palavras do Freire, quando avalia que transformar “(...) a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: O seu caráter formador” (FREIRE, 1978 p.33). Pensando nestas questões é que salientamos a importância de pesquisar projetos sociais que trabalhem com arteeducação dentro da sociedade, pois entendemos educação como uma forma dialética do pensar, agir, interagir socialmente em busca de transformação da realidade por meio da inteligência do homem. Assim Boal (1984) define

Educação consiste numa relação dialética em que a sociedade educadora não só permite, mas necessita que o educando atue como sujeito, considerando que este não vai ser assimilado por uma sociedade já feita, não-modificável, mas que vai modificá-la segundo as suas próprias necessidades e desejos. (BOAL, 1984, p. 97)

A arte em conexão com a educação parece ser o terreno perfeito para se plantar e desenvolver o conhecimento com o propósito de melhorar e ressignificar estes desejos no campo das transformações sociais

A arte é a manifestação mais pura da liberdade, hoje tão limitada no itinerário do mundo moderno. Toda e qualquer imposição atingindo o domínio da arte impede-lhe o progresso e a conduz à mediocridade. O sentido de liberdade é expresso com grande veemência através da arte, porque ela se fundamenta e nasce num clima onde a opressão não tem lugar. Pode-se proibir ao homem de falar, mas nunca de sentir. (ANDRÉS, 1977 p. 21)

A arte permite que cada um se expresse da sua maneira e seja integrante da construção do conhecimento, deixando o papel de ouvinte e assumindo uma co-participação no processo educativo. Nesta construção, a relação entre Arte e Educação é fundamental. Assim é que vai surgir na década de 80 pela Prof^a Ana Mae Barbosa um termo chamado Arte-Educação, tornando-se imprescindível o papel do artista na educação.

Acordar o homem-artista é a função de outro homem-artista que procura através da educação e da arte a proposta de novas condições humanas. É preciso acordar o homem-artista, aquele que é capaz de resgatar a ludicidade, a intuição, a criatividade transformadora, desenvolver os sentidos principais para perceber e realizar a comunicação estética. (LOPES, 1989, p. 107)

Em entrevista a Carta Maior, Ana Mae Barbosa considera que a arte ativa os processos de cognição na criança e no adolescente, favorecendo a aprendizagem.

“Em Arte, opera-se com todos os processos da atividade de conhecer. Não só com os níveis racionais, mas com os afetivos e emocionais. As outras áreas também não afastam isso, mas a Arte salienta ou dá mais espaço.”

Nesta perspectiva o trabalho do vidança vai se concretizando. As oportunidades de crescimento aos componentes são-lhes dadas. Não gera o homem-artista, mas o resgata através de uma brincadeira séria que é a arte! Devolve-lhes aquilo que a sociedade, de certa forma, tenta tirar: a arte de brincar como meio para seu desenvolvimento social, psicológico, intelectual, psicomotora, dentre outras.

É UMA CASA MUITO ENGRAÇADA...

O Vidança trabalha com o balé clássico como base de aprendizado para a introdução à dança. Porém logo após foram surgindo outros tipos de arte como: dança dramática, como maneira deles se (re) conhecerem na cultura popular, danças contemporâneas, para um melhor conhecimento e percepção do corpo, capoeira, como forma de afirmar a importância da cultura negra e hip-hop, que está mais atrelada à realidade delas e deles. Também são ofertados cursos de teatro e massoterapia.

O projeto trabalha não apenas com a arte, propriamente dita, mas abrange outras dimensões que cerca o ser humano e o seu entorno. Para fazer um trabalho político, o vidança tem um momento estipulado por eles dedicado à leitura. Percebendo o valor que isto tem para a comunidade, tiveram a ideia de levarem livros para as calçadas. Os integrantes escolhem uma determinada casa e sentam-se de frente a ela para realizar uma leitura conjunta. Nesta pequena ação, não apenas os integrantes do projeto, mas a comunidade cria o hábito da leitura, além de criar espaços de acolhimento e compartilhamento de saberes, histórias e memórias entre a comunidade.

Quanto aos materiais utilizados por elas e eles na concepção cênica, nos instrumentos musicais, nos vestuários, nos *puffs* espalhados pela sala e nas demais decorações e necessidades, são feitas pelos próprios integrantes e/ou pelos pais e mães destes/as. Isto gera uma relação mais forte e segura entre as mães, pais e filhos e filhas (que participam juntos em uma mesma atividade, fazendo com que um conheça o outro profundamente mantendo, assim, uma relação de afetividade e confiança) e entre os

objetos criados por eles e elas, pois criando reconhece os esforços gerados e as dificuldades surgidas, tendo uma maior consciência do valor do objeto e um maior cuidado do que, agora é do grupo. Sempre que estão construindo algo, vão também dialogando do porquê das escolhas dos materiais para a construção da manufatura.

O Vidança é conhecido nos locais que se apresenta pelas roupas em fuxicos e retalhos, pois possuem e instiga que os outros tenham a consciência de utilizarem materiais (re) aproveitados. Da mesma forma os fazem com o *puff*, tirando garrafas que são jogadas ao meio da rua para reaproveitá-las. Poderemos melhor analisar tais atitudes em um comentário do Veríssimo: “è uma forma de nos diferenciarmos, sermos econômicos, de reciclarmos e ainda termos um figurino bonito³”. Nota-se a preocupação com o meio no qual se está inserido, ensinando a reciclar e aproveitar tudo que a natureza lhes oferece.

Na escola de Artes e Ofício, trabalha-se com os alunos e alunas fazendo com que eles e elas se atentem ao percurso da sua casa até o projeto analisando o que o bairro tem e o que ele necessita. Desta forma discutem o lado social da comunidade e quais alternativas existem para que haja um melhoramento de vida. Um exemplo que aqui podemos citar foi o plantio de mudas em um canal de esgoto localizado no bairro vila velha. As crianças e adolescentes do projeto entraram em consenso da necessidade de embelezarem o local e até de conscientizarem os moradores da área a importância de preservar a natureza. Não foi e nem é uma atitude fácil de fazer, pois se trata de mudanças de hábitos na comunidade. Algumas mudas foram arrancadas pelas pessoas e outras por tratores da prefeitura quando foram *limpar* o local. Mesmo assim houve a persistência de continuar plantando até a comunidade perceber que essa atitude deve ser de todos! MEKSENAS relata que assim:

Nasce a educação: maneiras de transmitir e assegurar a outras pessoas o conhecimento de crenças, técnicas e hábitos que um grupo social já desenvolveu a partir de suas experiências de sobrevivência. (MEKSENAS, 1988, p.19)

É notável que o compartilhamento de idéias educa! Não se faz necessário estar apenas em uma sala de aula para se aprender, pois o aprendizado surge através de brincadeiras, família, amigos, mitos e assim por diante.

CONCLUSÃO

Como pudemos perceber, a Escola de Artes e Ofícios tem como proposta pedagógica a utilização da arteeducação como um instrumento para a formação cidadã. Inserindo-se no bairro Vila Velha como mais uma ferramenta de educação de crianças e adolescentes.

Preocupada em formar novos seres humanos, na perspectiva freireana de educação popular. Com uma compreensão de sua realidade, cientes da necessidade de buscar sua transformação através do processo arte-educativo que acontece de maneira dialógica, onde o educando tem a oportunidade de aprender na construção, por meio do pensar-agir-reagir-interagir socialmente.

Nesta vertente pudemos compreender tais aspectos modificadores desse pensar-agir-reagir-interagir socialmente. É perceptível o aumento de crianças interessadas nos estudos disciplinares das escolas, e fomentadoras de opiniões críticas, tendo a consciência de que mudanças são necessárias e que a comunidade é uma das responsáveis pela transformação sócio/cultural. Essa estimulação vem do projeto que acompanha de perto cada integrante no seu ambiente escolar, mantendo a preocupação de fazer esta interligação escola-projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRÉS, Maria Helena. Os Caminhos da Arte. Petrópolis. Vozes, 1977.

ARISTÓTELES, HORÁCIO, LONGINO; A poética Clássica. Introdução por Roberto de Oliveira Brandão; tradução direta do greco e do latim por Jaime Bruna. 7 ed. São Paulo: Cultrix: 1997.

BOAL, Augusto. Teatro do Oprimido e Outras Poéticas Políticas. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira S.A. 1984.

FREIRE, Paulo. Educação como prática da liberdade. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 37. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

HARGREAVES, Andy. O ensino na sociedade do conhecimento: educação na era da insegurança. Trad. Roberto Cotaldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LIBÂNIO, José Carlos. Adeus professor, adeus professora?: Novas exigências educacionais e profissão docente. 7 ed. São Paulo: Cortez 2003. (Coleção Questões da Nossa Época, v.67)

LOPES, Joana. Pega Teatro. Campinas São Paulo. Papyrus, 1989.

MEKSENAS, Paulo. Sociologia da Educação. Introdução ao estudo da escola no processo de transformação social. Ed. Loyola, São Paulo, Brasil, 1988.

ORSO, Paulino José (Org.). Educação e a luta de classes. 1ªEd. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

Capítulo 9



10.37423/230407586

AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE OCULAR: REVISÃO LITERATURA

Weverton da Silva Sena

Centro Universitário Maurício de Nassau

Renata Pinto Ramos

Centro Universitário Maurício de Nassau



Resumo: A toxoplasmose ocular (TO) é causada pelo parasita intracelular *Toxoplasma gondii*, sendo suas lesões originadas de uveíte posterior. Em seu diagnóstico, é realizada a avaliação oftalmológica e em seguida a laboratorial com a aplicação de técnicas específicas em referentes fluidos biológicos, onde serão observados morfologias e evoluções das possíveis lesões, sejam típicas ou atípicas. O presente estudo teve como objetivo descrever os avanços dos métodos de diagnóstico diferencial para toxoplasmose ocular. Foi realizado um estudo descritivo, fundamentado em revisão de literatura utilizando as bases de dados dos sites SciELO, BIREME, MEDLINE, PUBMED. Os idiomas utilizados foram espanhol, francês, inglês e português a partir de artigos publicados entre os anos de 2003 e 2018. Desde o início do diagnóstico da toxoplasmose ocular foram levados em consideração aspectos fundamentais de desempenho visual essenciais para avaliação da visão central como a acuidade visual (VA), sensibilidade ao contraste (CS), visão de cores (CV) entre outros. A influência de fatores demográficos tais como idade, sexo e condições imunológicas se tornaram determinantes para a classificação uveal, sendo possível estipular possíveis faixas de prevalências de acordo com o enquadramento tipológico específico da lesão. As avaliações foram possíveis devido à presença de sinais de atividade durante consultas e acompanhamento de diferentes casos envolvidos em estudo a longo prazo. Para que haja um melhor diagnóstico da toxoplasmose ocular, são necessários estudos aprofundados, visando à identificação precoce de condicionantes que possam inibir a ação primária do agente causador de forma mais específica e viável, evitando assim as formas graves como os acometimentos neuro-visuais.

Palavras-chaves: Toxoplasma. Toxoplasmose ocular. Uveíte. Coriorretinite. Macular.

INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii*, parasita intracelular obrigatório, que pode ser encontrado em fluidos biológicos e tecidos. A contaminação se dá através da água contaminada, ingestão de verduras mal lavadas e carne crua ou mau passada. A doença é classificada de acordo com os distúrbios clínicos como a toxoplasmose congênita sistêmica, adquirida sistêmica, em hospedeiros imunocomprometidos considerada como principal causadora da uveíte em humanos².

Embora a infecção sistêmica se resuma entre doentes imunodeprimidos e aos casos de infecção congênita, os níveis de acometimento de áreas lesadas e a porcentagem de cura podem ser consideradas como mínimas variantes. Em ambos os casos de lesões, originam-se cicatrizes coriorretinianas com envolvimento macular e diminuição da acuidade visual^{1,5}.

Em seu contexto existem três linhagens genéticas diferentes: tipo I de alta virulência e elevada resposta inflamatória; tipos II e III de baixa virulência, gerando infecção crônica com poucas manifestações clínicas. Para que haja o desenvolvimento da doença é necessária uma carga parasitária elevada, cepa de alta virulência, via de infecção adequada, condições da imunidade do hospedeiro que seja favorável. Havendo uma variância de quantidades de casos devido às diferenças culturais, padrão clínico e socioeconômico em distintas regiões^{1,2,3}.

A toxoplasmose ocular (TO), em relação a sua patogênese, é equivalente ao equilíbrio entre a virulência do parasito e a imunidade do hospedeiro; sua presença é indicativa de lesões oculares com retinite ou reinocoroidite, vitrite associada, considerada comum em imunocompetentes. De acordo com o grau de infecção, o indivíduo pode apresentar quadros típico ou atípico⁵.

No diagnóstico de TO, paciente será submetida à avaliação clínica, pelo exame de fundoscopia com o uso do oftalmoscópio binocular indireto, onde serão observadas as possíveis lesões e seus níveis morfológicos. No caso de lesões atípicas, o emprego de testes sorológicos para identificação de anticorpos anti-toxoplasmose são utilizados IgM e IgG, dependendo de sua avidéz, como também a soro conversão anti-IgM e anti-IgG com base no ensaio imunoenzimático (ELISA) confirmado com ensaio fluorescente ligado a enzima (ELFA). O método tradicional é a observação clínica necrosante focal da reinocoroidite⁴.

A presença de um foco de retinite associado a uma cicatriz antiga é tão característico, que deve fazer pensar de imediato em TO. Os casos de manifestações clínicas são menos óbvios e o diagnóstico

diferencial faz-se habitualmente com as outras causas de retinites, como infecções virais, a sífilis e também causas não infecciosas como a doença Behçet¹.

No teste sorológico quando o resultado é negativo não exclui diagnóstico, já que o teste é de baixa sensibilidade. Quando se tem incerteza, usa-se como ponto chave, títulos de anticorpos IgA lacrimal anti-toxoplasma em humor vítreo, como também a reação em cadeia polimerase (PCR) por apresentar alta especificidade e sensibilidade^{3,6,7}.

A técnica PCR em amostras de humor aquoso (HA) para detecção do ácido desoxirribonucleico (DNA) do *T. gondii*, com o passar do tempo se tornou cada vez mais viável, pois demonstra rapidez e eficiência sendo essencial na confirmação dos resultados. No diagnóstico da infecção intrauterina, tem-se como base a ultrassonografia e amniocentese seguido de PCR⁴⁻⁵.

A angiografia fluorescência, com verde de indocianina e a tomografia de coerência óptica (OCT) podem ser bem empregadas em diagnósticos diferenciados em casos atípicos ou para estudar possíveis complicações como oclusões vasculares e o edema macular. A autofluorescência de fundo (AFF) é um método não invasivo, contribui no diagnóstico fisiopatológico da doença. As imagens de AFF detectam lesões focais ativos em casos de suspeita ou papilitis neurorretinite; sendo de extrema importância para a avaliação de doenças degenerativas, doenças inflamatórias da retina e coróide^{1,8}.

A toxoplasmose ocular pode ser confundida com outras infecções oftálmicas. A identificação de meios específicos de exames e técnicas laboratoriais podem auxiliar os especialistas no diagnóstico mais eficiente, bem como apresentar um prognóstico de forma única e rápida, evitando assim, um aumento de agravantes clínicos.

O presente estudo tem como objetivo descrever os avanços dos métodos de diagnóstico diferencial para toxoplasmose ocular.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, fundamentado em revisão de literatura utilizando as bases de dados dos sites *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PubMed/MEDLINE) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). Os termos usados para uma melhor abordagem do tema requerido no estudo foram: "uveíte", "coriorretinite", "retinocoroidite", "macular", "toxoplasma", "toxoplasmose ocular" e "congenita".

A pesquisa levou em consideração artigos em inglês, português, espanhol e francês, limitados a humanos e publicados entre janeiro de 2003 e novembro de 2018. Foram lidos previamente os resumos dos artigos identificados nas bases de dados citadas acima, de forma a reconhecer os métodos propostos, utilizados e discutidos por cada autor. Foram incluídas os sinais e sintomas de atividade da doença durante possíveis exames e acompanhamento médico. Foram excluídos os casos de uveítes que não eram específicos da doença.

Quando a leitura dos resumos não fora suficiente para o entendimento do contexto, o artigo completo foi consultado e lido na íntegra para uma boa compreensão e interpretação; sendo utilizadas as referências que se identificaram com o objetivo do estudo.

RESULTADO E DISCUSSÃO

CLASSIFICAÇÃO DAS UVEÍTES E SUAS CAUSAS

Uveíte é uma inflamação do trato uveal, constituído pela íris, corpo ciliar e coroide, podendo acometer secundariamente outras estruturas como córnea, esclera, vítreo, retina e nervo óptico. Pode ocorrer por manifestação sistêmica de doenças infecciosas, reumáticas e de etiologia desconhecida ou, ainda, na ausência de qualquer enfermidade detectável. As uveítes são complicações, que podem levar a cegueira, descolamento de retina, e catarata quando está última complicação mais comum^{1, 5,12,18}.

A classificação das uveites, elaborada pelo *International Uveitis Study Group* no intuito de iniciar um processo de uniformização de dados clínicos, aspectos anatômicos e evolutivos das uveítes. Levando em consideração a evolução da doença, além do curso clínico onde cada profissional especializado tem sua peculiaridade ao pôr em pratica sua metodologia e aplicação do olhar clínico^{12,21,22}.

Foram classificadas como agudas, aquelas caracterizadas por início súbito e duração limitada; como recorrentes aquelas com episódios repetidos separados por períodos de inatividade e que duram mais que três meses e como crônicas ou de longa duração aquelas persistentes com recaída em menos de três meses após a descontinuação do tratamento^{5,12,21}.

Por último, as uveítes são classificadas segundo o seu aspecto em granulomatosas e não-granulomatosas. Granulomatosas as que apresentaram precipitados ceráticos grosseiros, tipo gordura de carneiro (muttonfat), nódulos de íris ou quando o aspecto da lesão era de um granuloma e não-granulomatosas as com precipitados ceráticos finos e sem lesão ou aspecto granulomatoso^{12,13}.

Segundo estudos, a idade do paciente, na época do surgimento da doença, e o sexo são fatores muito importantes, porque determinados tipos de uveítes ocorrem em uma faixa etária específica, enquanto outras podem acontecer em qualquer idade, além de apresentarem-se em maior ou menor quantidade em determinado sexo ajudando a direcionar o diagnóstico²⁰.

O estudo “análise da qualidade de vida de portadores de uveítes de causas infecciosas e não infecciosas”¹⁹ destacou que grande parte dos pacientes que tem ou já tiveram uveíte apresentam alto índice de morbidade, seja pela atividade das doenças, erros de refração ou catarata desencadeados pelas sequelas. Isso mostra a necessidade de um planejamento rigoroso para uma melhor abordagem dos pacientes com uveítes, levando-se em consideração não apenas aspectos terapêuticos, mas também aspectos sociais e econômicos¹⁹.

Devido à grande variedade de causas desta patologia, torna-se comum a influência de fatores demográficos tais como idade, sexo, raça, aspectos socioeconômicos, ocupação, hábitos de vida, origem geográfica e fatores imunológicos¹⁸.

Através de estudos foram incluídas, as uveítes que apresentavam sinais e sintomas de atividade durante a consulta e acompanhamento. Eram consideradas ativas quando apresentavam células e “flare” na câmara anterior, precipitados ceráticos (PK’s) finos ou grandes, fibrina no endotélio corneano, hipópio, nódulos de íris, sinéquias anteriores ou posteriores, células vítreas, bolas de neve (snowballs), bancos de neve (snowbanks), lesões inflamatórias na retina ou coroide, vasculites associadas a sintomas como dor, olho vermelho, fotofobia, diminuição da acuidade visual, moscas volantes, hiperemia pericerática ou límbica^{5,12}.

Referente ao limite de estudo, foram consideradas anteriormente, as uveítes em que o sítio primário de inflamação estava na câmara anterior (irite, ciclites anteriores e iridociclites); intermediárias quando o sítio primário acometia o corpo vítreo (ciclites posteriores, hialites); posteriores quando acometiam primariamente a coroide ou retina (coroidite focal, multifocal ou difusa, coriorretinite, retinocoroidite, retinite e neuroretinite); e panuveítes quando atingiam a câmara anterior, vítreo e coroide ou retina concomitantemente²².

De maneira geral, devido à grande variedade de doenças e devido às doenças mais frequentes acometerem ambos os gêneros, tanto o sexo feminino (50,6%) como o sexo masculino (49,4%) foram acometidos de maneira parecida e embora todas as faixas etárias tenham sido acometidas, observou-se, que as uveítes foram menos frequentes na infância (0 a 12 anos), sendo responsáveis pela maior parcela dos casos nos adultos (19 a 60 anos)^{5,12}.

A partir de estudos realizados no Hospital de Olhos Francisco Vilar em período de 6 anos, foram incluídos um total de 403 pacientes com toxoplasmose. Neste período foram atendidos 127.816 pacientes constatando-se que a cada 1.000 pacientes atendidos 3,2 tinham uveíte. A idade dos pacientes durante o início dos sinais e sintomas variou entre 4 e 90 anos, com uma média de 42 anos onde houve a prevalência em pacientes com a faixa de 19 e 60 anos: 290 pacientes (72%). Observou-se também, que 248 pacientes (61,5%) eram procedentes da capital do estado do Piauí, 110 do interior do estado do Piauí (27,3%) e 45 eram de outro estado (11,2%)¹².

Como resultado, a toxoplasmose foi a doença mais prevalente, com 41,4% dos casos de uveíte, sendo também a principal causa de uveíte posterior sendo confirmado com a comparação de outros estudos que relatam esta como a causa mais comum de retinocoroidite em pacientes imunocompetentes no mundo^{5,12,15}.

Pôde-se observar, ainda, que a maioria das uveítes teve uma tendência natural ao aspecto granulomatoso, com localização posterior, isso se tornou possível com o diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA TOXOPLASMOSE OCULAR

A toxoplasmose ocular é a causa mais comum de uveíte posterior de origem infecciosa em pacientes imunocompetentes. Estima-se que 50% das uveíte posterior é de origem toxoplasmática. Segundo levantamento de dados, anteriormente, acreditava-se que a forma congênita era mais prevalente do que a adquirida, mas com o passar do tempo, através de estudos, obteve-se a certeza de que a segunda forma citada possuía maior número de ocorrências (2,5% a 3,8%)^{1,4-5,8}.

Formas atípicas de toxoplasmose ocular incluem neurorretinite, neurite, retinocoroidite pseudomultifocal, retinocoroidite multifocal, lesões periféricas, e uveíte anterior. Toxoplasmose pigmentosa fora da retina é uma forma atípica de toxoplasmose ocular pode ser confundida com outra síndrome de ponto branco. Apresentações atípicas têm sido relatadas em pacientes com infecção por HIV, imunossupressão iatrogênica, ou idade avançada^{5,13}.

Inicialmente o diagnóstico estabelecido é limitado a consultas oftalmológicas completas com a história clínica do paciente e do exame ocular (acuidade visual, ectoscopia, biomicroscopia dos segmentos anteriores e posteriores e oftalmoscopia), até a posterior solicitação de exames complementares como os resultados sorológicos, gerais e/ou oftalmológicos, de acordo com a necessidade, para a confirmação da hipótese diagnóstica^{5, 12}.

A acuidade visual (VA) é amplamente utilizada como um meio de avaliar a visão central com base em imagens de alto contraste. No entanto, outros aspectos fundamentais de desempenho visual, como a sensibilidade ao contraste (CS), visão de cores (CV), e o campo visual (VF), podem ser prejudicados em pacientes com uveítes¹⁶.

O escotoma é o sintoma característico da uveíte que se manifesta como visão turva. Refere-se à perda de compromisso central de visão macular. A oclusão da veia da retina pode ocorrer facilmente, mas a obstrução da artéria é considerada rara. Outro ponto importante é a arteriolite karyealis que uma vez identificada é suspeita de vasculite da retina. Estes dados encontrados, no nosso caso, coincidem com estudos de outros autores^{1-2,5,10,12}.

Como limitação eminente da toxoplasmose ocular, a origem do acometimento por tipo específico de uveíte é indispensável para que se possa tomar devidas decisões, excluindo a possibilidade de se referir a outras doenças oculares, pois cada tipologia tem sua área de lesão característica, além de possuírem diferentes graus de sensibilidade; onde no caso da toxoplasmose ocular há o tropismo do trato uveal (corpo ciliar, coróide e íris), e/ou como inflamação da retina^{2,10,12,21}.

Estudos afirmam que o mínimo indispensável para um bom encaminhamento frente a um caso suspeito de toxoplasmose ocular adquirida inclui a anamnese cuidadosa (aspectos epidemiológicos), consulta oftalmológica padrão (ênfase à biomicroscopia tanto do segmento anterior como posterior do olho), oftalmoscopia binocular indireta, dosagens sorológicas dos níveis de IgM, IgG, IgE e IgA^{9,13}.

Nos casos dos imunodeprimidos, quando o diagnóstico clínico não é “eficaz”, a PCR (reação em cadeia da polimerase) pode detectar o DNA (ácido desoxirribonucleico) do microrganismo de forma rápida dando ênfase a sensibilidade e especificidade sendo importantes para a avaliação de ferramentas aplicadas no diagnóstico laboratorial, além de sua histologia e isolamento^{1, 7,15}.

Como diagnóstico diferencial da toxoplasmose congênita neonatal, os sinais e sintomas da doença estão presentes no nascimento. A fase aguda da toxoplasmose sistêmica adquirida caracteriza-se pela presença de anticorpos anti-IgM no soro; aumento de título de anticorpos anti-IgG de quatro vezes ou ainda, soro conversão⁹.

A fase crônica da doença caracteriza-se pela presença de anticorpos anti-IgG em baixos níveis e ausência de anticorpos anti-IgM. Os níveis de IgE estão diretamente ligados ao aumento de possíveis eosinófilos no sague, como também acontece nas outras parasitoses. A determinação de anticorpos

anti-IgA é um teste adicional tendo como amostra a lágrima e é realizado principalmente em neonatos^{9,13}.

Dados levantados afirmaram que a prevalência de anticorpos séricos varia muito: de 20% na América do Norte a 60 – 80% na França e no Brasil, dependente da imunidade do indivíduo e tempo de evolução. A incidência de toxoplasmose ativa, retinocoroidite, possui uma estimativa de 0,4 casos/100.000 habitantes/ano e prevalência de 3/100.000 habitantes^{1-2,5,14}.

A determinação do título de anticorpos é feita com a imunofluorescência indireta (IFI). Título de 1:64 é interpretado como uma infecção passada ou muito recente. Reações cerca de 1:256 são consideradas e podem indicar graus intermediários estabilizado ou infecção recente. Os títulos de 1:1024 ou superior, sugerem infecção ativa¹⁴.

A autofluorescência de fundo (AFF) tem sido amplamente utilizada para a avaliação de doenças inflamatórias da retina e coróide, bem como doenças degenerativas; suas imagens contribuem para a detecção de lesões focais em casos ativos de alegada papilitis e neuroretinite, ajudando no entendimento fisiopatológico da doença⁸.

Atualmente dispõe-se de equipamentos muito sofisticados para avaliação do segmento posterior do olho, como, por exemplo, a Ecografia B, Autofluorescência, Angiografia Fluoresceínica, Indocianina Verde, Tomografia de Coerência Ótica, que na vida acadêmica muito auxiliam no estudo mais profundo das uveítes⁸.

Existem alguns diagnósticos que indicam lesão focal posterior e que uma vez localizada a ação do toxoplasma são descartadas, como no caso das cicatrizes localizadas que podem ser confundidas com coroiditeserpiginosa, retinitenecrosante por citomegalovírus, herpes simples, herpes zoster, doença da arranhadura do gato, retinite por fungos (candidíase, blastomicose), retinite séptica, toxocaríase ocular, sarcoidose, doença de Behçet, sífilis e tuberculose⁵.

O diagnóstico da toxoplasmose será confirmado pela resposta aos medicamentos anti-toxoplasmose, estudos de diagnóstico intraoculares, tais como a reação em cadeia da polimerase, pesquisa de anticorpos intraocular, fluido ocular cultura, ou exame histopatológico identificação *Toxoplasma gondii* no tecido da retina necrótica.

TRATAMENTO TERAPÊUTICO INJETÁVEL INTRAVITREO ANTI-TOXOPLASMOSE

Na toxoplasmose ocular, as lesões ativas são caracteristicamente um foco cinzento-branco de necrose da retina com envolvimento secundário da coróide e vítreo neblina inflamatória. Lesões marcadas podem apresentar alterações pigmentares variáveis com lesões recorrentes que tendem a ocorrer nas fronteiras de cicatrizes da retina e coróide. A incapacidade visual permanente ocorre em casos em que as lesões afetem a câmara posterior (dentro da arcada macular ou adjacente à cabeça do nervo óptico) ou devido a complicações da inflamação crônica (opacidade vítreo, membranas epi-retinianas, o descolamento da retina)^{16,23}.

Entre as terapêuticas existentes, o tratamento clássico que é composto pela pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico. Além do trimetoprim-sulfametaxazol, outros medicamentos que possuem eficácia parecida com a da terapia clássica também são utilizados, como a clindamicina, a azitromicina, a minociclina e a espiramicina, mas a primeira citada é mais empregada pelos oftalmologistas. Estudos apontaram que a clindamicina associada com adexametazona e a terapia clássica não apresentaram diferenças de eficácia^{1,27-28}.

A terapêutica mais comum para a toxoplasmose ocular é chamada "terapia clássica", que consiste na utilização de dois antibióticos (pirimetamina e sulfadiazina) e um corticosteroide oral. Regimes de tratamento alternativos incluem terapêutica quádrupla (esquema clássico além de clindamicina), e o uso por si só ou em combinação de clindamicina, trimetoprim / sulfametoxazol, espiramicina, minociclina, azitromicina, atovaquona e claritromicina. Foto coagulação a laser e vitrectomia também têm sido utilizados em alguns cenários^{1,18}.

O tratamento clássico não é isento de riscos, no entanto, administração de pirimetamina requer monitorização semanal de células do sangue e contagem de plaquetas, bem como da coadministração de ácido folínico para prevenir leucopenia e trombocitopenia. Da mesma forma, sulfadiazina pode causar reação alérgica grave em alguns pacientes, com risco de vida. Além disso, os pacientes precisam receber mais de 10 comprimidos por dia, sendo assim de alto custo e não há forma líquida destas medicamentos para pacientes pediátricos^{1, 6,9,18}.

Diante desses problemas, um tratamento alternativo recentemente divulgado envolve o uso de trimetoprim (80 mg) / sulfametoxazol (400 mg) a cada 12 horas associado a prednisolona por via oral (1 mg / kg por três dias). Foi demonstrado, num ensaio clínico aleatório, que esta abordagem é semelhante à eficácia terapêutica convencional. Lactantes e crianças com toxoplasmose ocular

congênita devem ser tratados durante o primeiro ano de vida com uma combinação de pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico^{1,17}.

A injeção intravítrea combinada de clindamicina e dexametasona pode ser outra opção de tratamento para estes casos. Em mulheres grávidas com toxoplasmose ocular adquirida, espiramicina foi usada sem quaisquer relatos de efeitos teratogênicos. Em doentes imunocomprometidos, o regime de tratamento é parcialmente modificado. Ênfase deve ser dada a qualquer lesão da retina ativa requerendo tratamento em pacientes imunocomprometidos, porque o risco de propagação da infecção e complicações relacionadas é alto. Pirimetamina tem uma atividade antagonista contra zidovudina, um agente antirretroviral usado no tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), devendo ser usado com cautela^{6,11,18}.

Baseado na resposta ao tratamento, a resolução da toxoplasmose ocular foi determinada clinicamente com nitidez das fronteiras lesionais, com ou sem a hiperpigmentação, e melhoria da inflamação vítrea. Injeções intravítreas de clindamicina e dexametasona foram repetidas em casos de progressão de retinocoroidite (novas lesões ativas ou alargamento de fronteira) e / ou aumento da lesão inflamatória vítrea⁶.

Apesar dessas respostas terapêuticas, um estudo feito pelo departamento oftalmológico do hospital francês de instrução Armed Percy apresentou uma discordância com o que já foi citado, através de acompanhamento clínico referente a dois soldados que buscavam meios profiláticos contra lesões retinianas. Como resultado, médicos afirmaram que a concentração de doxiciclina oral em 100 mg combinada com a clindamicina era considerada baixa e não apresentava eficácia para tratar ou prevenir a toxoplasmose ocular, mas apresentava bons resultados no tratamento de *Toxoplasma gondii* e na profilaxia da malária^{11,18}.

Determinados casos de coriorretinite toxoplásmica (TRC) foram relatadas com apresentação atípica de inchaço de disco e oclusão da veia da retina hemisférica controlado com sucesso pelo dobro de dose medicamentosa injetada. O uso de esteróides intravítreos em TRC ainda é controverso. No entanto, os pacientes devem ser informados sobre os riscos potenciais do procedimento, incluindo endoftalmite, catarata e descolamento da retina^{1, 6,10,18,24}.

Através de estudo complementar foi confirmado que a forma de controle baseada em ensaios comparativos randomizados são necessários para avaliar a segurança e eficácia do tratamento local da toxoplasmose ocular com injeções intravítreas de clindamicina e dexametasona¹⁸.

A terapêutica quádrupla tem um efeito mais rápido proporcionando, desse modo, uma redução na duração do tratamento, reduzindo assim, os riscos dos efeitos secundários do tratamento em longo prazo. Esta rápida redução das lesões também possui a vantagem de uma rápida recuperação em acuidade visual⁹.

As indicações para a terapia intraocular da coriorretinite toxoplásmica incluem contraindicação para medicamentos orais na gravidez, doença-progressão apesar do tratamento antimicrobiano oral, lesões localizadas no disco óptico ou fóvea, ou perto dele, e intolerância a medicamentos orais¹⁷.

Geralmente a escolha de administração intra-vitrea é aplicada pelo fato de reduzir efeitos secundários sistêmicos e favorecer uma boa aplicação intraocular. Há a possibilidade da terapia intra-vitrea ser a “solução” para os casos envolvendo gestantes e doentes que apresentaram baixa tolerância aos corticóides, tendo, como contraindicação pacientes, imunodeprimidos e casos mais primários de toxoplasmose. Apesar da variedade terapêutica, nenhuma delas é considerada ideal, pois se trata de uma doença auto limitante, sendo necessário o meio seletivo de casos para o tratamento, tendo como critério os casos que possuem maiores riscos de cegueira²⁶⁻²⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da existência de estudos e o surgimento de inúmeras técnicas de diagnósticos inovadoras, o exame de fundo de olho, que visa localizar e definir a morfologia da lesão é a mais convencional, pois é a partir dela que se pode recorrer às outras técnicas. É contraindicado excluir o exame visual em casos de toxoplasmose ocular pelo fato de existirem outras doenças com acometimentos visuais diferentes; caso contrário é arriscado definir a lesão sem ter uma base confirmatória, podendo ocasionar a perda visual de forma negligenciada com o uso de técnicas não apropriadas.

Para que haja um melhor diagnóstico da toxoplasmose ocular, bem como de outros acometimentos visuais, são necessários estudos aprofundados, buscando a localização da causa de forma mais específica e viável, como também identificar algum condicionante que possa inibir a ação primária do agente causador evitando, assim, agravamentos possíveis como os acometimentos neuro-visuais.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira V, Liverani M. Toxoplasmose ocular. Rev da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia. 2014 Out-Dez; 38(4): pp.225-232.
2. Valladares NTB, Torres ML, Rodríguez FA, yamilka MM, Acosta AH. Comportamento clínico da toxoplasmose ocular em Pinar del Río. Rev. Ciências Médicas. Mai-jun, 2013; 17 (3): 38-48.
3. Camargo AVS. Genes HLA de classe II (DRB1 e DQB1) como fatores de risco para toxoplasmose ocular. Facul. de Med. São José do Rio Preto (FAMERP). 2016; 74 p.
4. Wallon M and Peyron F. Congenital Toxoplasmosis: A Plea for a Neglected Disease. pathogens 2018, 7(1): 25.
5. Marques A, Portelinha J, Isidro F, Picoto M, Guedes M. Diagnóstico e Tratamento da Toxoplasmose Ocular em Casos Atípicos. Rev da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia. 2013 Out-Dez; 37(4):265-272.
6. Soheilian M, Ramezani A, Soheilian R. Como diagnosticar e tratar toxoplasmose ocular. Grupo Jobson Publishing. Jan 2014.
7. Barbosa AP, Fábio Batista Frederico, Previato M, Ferreira AIC, Martins Neto PP, Meira CS, et al. Ocular toxoplasmosis with positive polymerase chain reaction in peripheral blood – report of two cases, São Paulo State, Brazil. Sci Med. 2015; 25 (4): ID20932.
8. Colombero D, Ladeveze E, Ortiz A, Useglio MV, Villalobos AS. Aplicações autofluorescência de fundo em pacientes com diagnóstico clínico da toxoplasmose ocular ativa. Oftalmol. Clin. Exp.2015; 8 (1): 14-24.
9. Kartasmita A, Muntur WP, Iskandar E. Rapid resolution of toxoplasma chorioretinitis treatment using quadruple therapy. Clinical Ophthalmology 2017:11 2133–2137.
10. Huang N, Lee WA, Rivera S, Montezuma SR. Ruptured Retinal Arterial Macroaneurysm Secondary to Toxoplasmic Kyrieleis Arteriolitis: A Case Report. Rep Ophthalmol 2017; 8: 390-395.
11. Saad S, Delbarre H, Saad R, Berguiga H, Benisty D, Marechal H et al. Failure of systemic oral doxycycline in preventing ocular toxoplasmic retinochoroiditis in French military personnel. JR Med Army Corps de 2018; 0: 1-2.
12. Teixeira LP, Abrahão MM, Dália ERC, Campos LM, Fonseca VC et al. Estudo da prevalência das uveítes em hospital oftalmológico terciário em Teresina, Piauí, Brasil. Rev Bras Oftalmol. 2016; 75 (3): 174-80.
13. Correa PC, Correa EJ. Toxoplasmose Ocular Adquirida. Rev.Fac.Ciênc.Méd.Sorocaba,v.13,n.2,p.28-29, 2011
14. Gómez AER, Tejeda AP, Baguer RH, Linares MG, Arrieta YB et al. Toxoplasmose ocular e reabilitação visual. Habanera Journal of Medical Sciences 2013 12 (1) 48-56

15. Santos FF, Nascimento H, Muccioli C, Costa DF, Rizzo LV et al. Detection of *Toxoplasma gondii* DNA in peripheral blood and aqueous humor of patients with Toxoplasmic active focal necrotizing retinochoroiditis using real-time PCR. *Arq Bras Oftalmol.* 2015; 78 (6): 356-8
16. Azevedo MH, Moura GL, Camilo ENR, Muccioli C, Arantes TEF et al. Visual function and macular architecture in patients with inactive zone 2 and 3 toxoplasmic retinochoroiditis. *Arq Bras Oftalmol.* 2015; 78 (5): 273-7.
17. Hosseini SM, Abrishami M, Zadeh MM. Intravitreal Clindamycin in the Treatment of Unresponsive Zone One Toxoplasmic Chorioretinitis: A Case Report. *Irã Crescente Vermelho Med J.* 2014 novembro; 16 (11): e15428.
18. Zamora YF, Arantes T, Reis FA, Garcia CR, Saraceno JJF et al. Local treatment of toxoplasmic retinochoroiditis with intravitreal clindamycin and dexamethasone . *Arq Bras Oftalmol.* 2015; 78 (4): 216-9
19. Mello PR, Roma AC, Moraes Junior HV. Análise da qualidade de vida de portadores de uveítes de causas infecciosas e não infecciosas pelo questionário NEI-VFQ-25. *Arq Bras Oftalmol.* 2008; 71(6):847-54.
20. Kanski JJ. *Oftalmologia clínica: uma abordagem sistemática.* 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. 931p.
21. Dimantas MA, Lowder C, Muccioli C. Uveítes anteriores associadas a doenças sistêmicas. *Arq Bras Oftalmol.* 2003; 66(2):235-8. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT; Standardization of Uveitis
22. Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol.* 2005;140(3):509-16. Review.
23. Aggio FB, Novelli FJ, Rosa EL, Nobrega MJ et al. Combined branch retinal vein and artery occlusion in toxoplasmosis. *Arq Bras Oftalmol.* 2016; 79 (3): 189-91.
24. Wong R, R dell'Omo, Marino H, B Hussein, Okhravi N, Pavesio CE. *Toxoplasma gondii*: uma apresentação atípica de toxoplasma como inchaço do disco óptico e oclusão da veia da retina hemisférica tratados com clindamicina intravítrea. *Int Ophthalmol.* 2009; 29 (3): 195-8.
25. Aleixo ALQC, Curi ALT, Benchiol EI, Amendoeira MRR et al. Retinocoroidite: características clínicas e resultado visual em um estudo prospectivo. *PLoS negl Trop Dis* 10 (5): e0004685. doi: 10.1371 / journal. Pntd.0004685 2 de maio de 2016
26. Rajapakse S, Chrishan Shivanthan M, Samaranayake N, Rodrigo C, Deepika Fernando S. Antibiotics for human toxoplasmosis: a systematic review of randomized trials. *Pathog Glob Health.* 2013;107;162-169.
27. Baharivand N, Mahdavi Fard A, Fouladi RF. Intravitreal clindamycin plus dexamethasone versus classic oral therapy in toxoplasmic retinochoroiditis: a prospective randomized clinical trial. *Int Ophthalmol.* 2013;33(1);39-46.
28. Garweg JG, Stanford MR. Therapy for ocular toxoplasmosis the future, *Ocul Immunol Inflamm.* 2013; 21; 300-305.

Capítulo 10



10.37423/230407603

AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SANTARÉM

Luana Tais de Jesus Santos Pedrosa

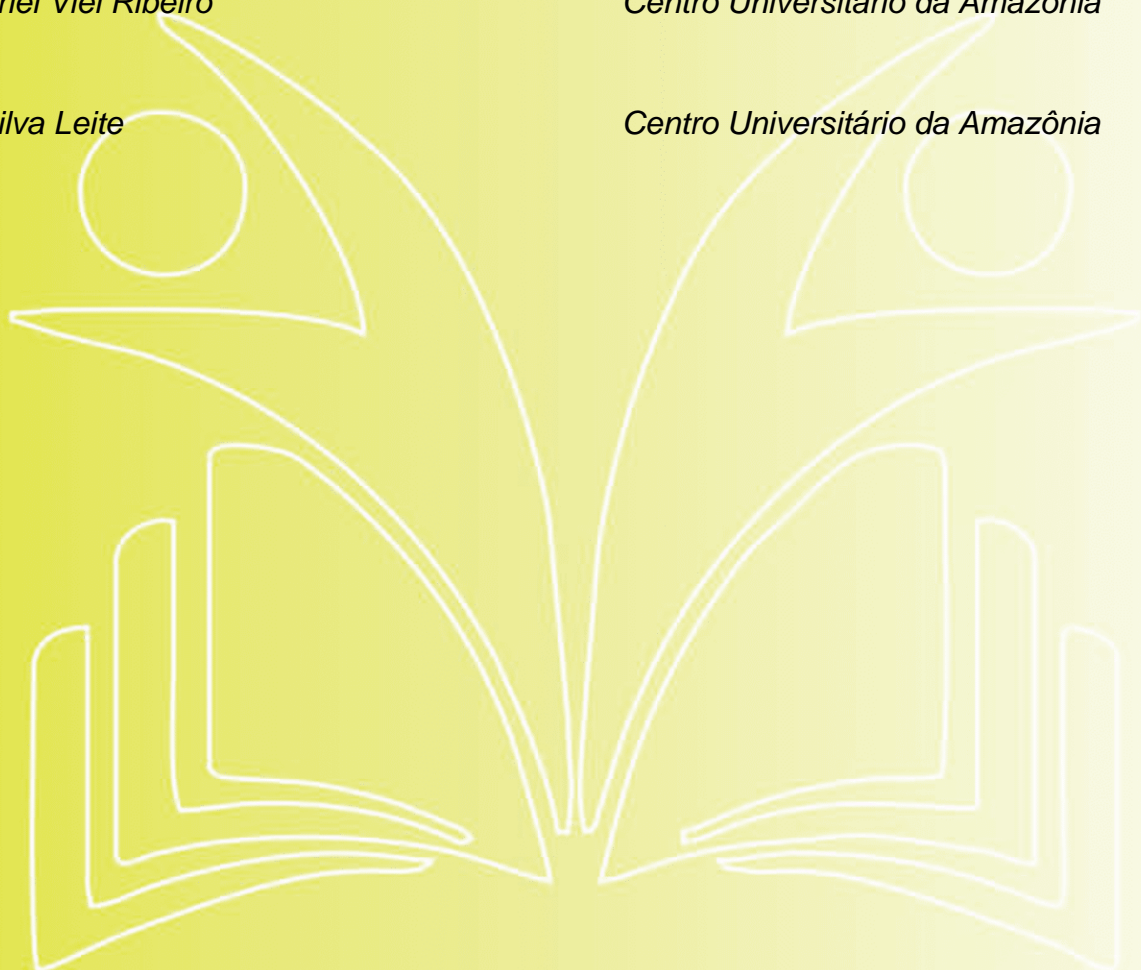
Centro Universitário da amazônia

Lucas Gabriel Viel Ribeiro

Centro Universitário da Amazônia

Ingrid da Silva Leite

Centro Universitário da Amazônia



Resumo:

Introdução: No Brasil as primeiras tentativas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), foram na década de 1970, através da enfermeira Wanda de Aguiar Horta. Ela é uma ferramenta fundamental para a equipe de enfermagem, sendo, atividade exclusiva e obrigatória do enfermeiro que exige do profissional planejamento, raciocínio clínico, investigativo e conhecimento técnico-científico para a implementação do cuidado individualizado e humanizado. **Objetivo:** Avaliar o grau de conhecimento da equipe de enfermagem na implementação da Sistematização de enfermagem.

Material e método: Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com abordagem quali-quantitativa, os dados foram coletados através de questionário semiestruturado aplicado aos 27 profissionais de enfermagem atuantes na clínica médica e cirúrgica do Hospital Municipal de Santarém no mês de agosto de 2019. Para análise qualitativa foi utilizada a técnica de Análise Temática e, para os dados quantitativos, utilizou-se o *Microsoft Office Excel*® 2016. **Resultados e discussão:** A sistematização da Assistência de Enfermagem vem apresentando falhas desde a graduação dos profissionais onde foi constatado que 15% dos enfermeiros e 48% dos técnicos de enfermagem, não tiveram contato com a SAE durante a formação, sendo que em relação ao contato com a equipe de enfermagem nas clínicas médicas e cirúrgica, 83% dos enfermeiros e 52% dos técnicos de enfermagem afirmaram não trabalhar com o processo de enfermagem (PE). Evidenciou-se também que 50% dos enfermeiros e 76% dos técnicos de enfermagem responderam que não há dificuldades na implementação da SAE. O que se torna contraditório comparado com o questionário de perguntas abertas que diz respeito sobre as dificuldades encontradas no setor. Ainda 56% dos entrevistados relataram que a instituição não facilita a implementação da SAE, e 44% responderam que a instituição não oferece capacitação, fatores que influenciam para grandes falhas no processo de enfermagem.

Conclusão: Muitos fatores levam a falta de afeição na utilização da SAE, como a falta de interesse tanto pela instituição, quanto pelos profissionais de enfermagem, o que acaba gerando um serviço fragmentado e desorganizado. É necessário que haja uma educação continuada, maiores investimentos em capacitações intra-hospitalares, para que aconteça uma elaboração correta das ações voltadas principalmente na implementação da sistematização da assistência de enfermagem.

Palavras Chaves: Assistência de Enfermagem; Enfermagem; Enfermeiro.

1 INTRODUÇÃO

A atuação da enfermagem deu-se início através da iniciativa de Florence Nightingale durante a guerra da Crimeia, e que alguns anos depois as atividades e ações assistenciais foram reformulados por algumas teorias do cuidado, entre elas está a de Wanda Aguiar horta. A teoria de horta abrange três relações principais: o ambiente com o doente; A enfermeira com o ambiente e enfermeira com o doente. Ela considera o ambiente como o fator principal que atua sobre o doente para produzir um estado de doença (LOPES; SANTOS, 2010).

A enfermagem é vista como a profissão responsável pelas atividades relacionadas ao cuidado humano, individual e coletivo, o Processo de enfermagem envolve a realização de assistência direta ao ser humano e a gerência das funções e da assistência prestada pela equipe de enfermagem. Entendendo o cuidado de enfermagem como uma atividade intencional, essencial à vida, que ocorre na relação humana, haja vista que a prática do cuidado está associada à responsabilidade ética que acompanha os deveres profissionais. Excede senso comum de uma atenção pontual e episódica para se constituir em uma atenção contínua, sistematizada e contextualizada (ANDRADE et al, 2016).

O enfermeiro é um profissional indispensável no âmbito hospitalar, responsável por diversos setores e atividades, dentre elas, a implementação do Processo de Enfermagem (PE), que tem por finalidades identificar as necessidades dos pacientes assistidos, visando melhorar a qualidade do cuidado ofertado, criar um melhor diálogo entre profissional e cliente e possibilitar a autonomia do enfermeiro ao desenvolver suas funções (MOSER et al, 2018).

Segundo a Resolução cofen nº 564/2017 a assistência de enfermagem tem como objetivo principal promover, manter e recuperar a saúde de seus pacientes seja ele o próprio paciente, a família ou a comunidade. Desta forma, a ideia de cuidado está implícita na enfermagem, uma vez que a assistência é definida por atividades que devem ser realizadas com qualidade e por um profissional capacitado, não apenas do ponto de vista moral e humanístico, como também do ponto de vista técnico-científico.

Segundo Alvim (2013) Além do conhecimento técnico-científico que o enfermeiro deve possuir, o mesmo pode obter como objeto de consulta as taxonomias. Atualmente as taxonomias mais utilizadas são a *North American Nursing Diagnosis Association (Nanda)*, *Nursing intervention Classification (NIC)* e *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.

A SAE é uma ferramenta fundamental para a equipe de enfermagem, sendo, atividade exclusiva e obrigatória do enfermeiro que exige do profissional planejamento, raciocínio clínico, investigativo e

conhecimento técnico-científico para a implementação do cuidado individualizado e humanizado. Para melhor aplicabilidade a SAE é dividida em cinco etapas, são elas: Coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação do resultado (MENESES et al, 2019).

A primeira etapa é coleta de dados, esta etapa tem por finalidade o levantamento de todas as informações do paciente, família e ainda da comunidade e em seguida sendo realizado o exame físico em busca de sinais ou sintomas que o corpo possa apresentar. (TUNNURE; PINHEIRO, 2011)

De acordo com Alvim, (2013) o diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa do processo, que depende das análises de dados coletados do paciente. Nessa etapa é fundamental o levantamento do problema, exigindo do enfermeiro conhecimento científico para a solução do problema.

Ainda, Debone et al (2017) uma das ferramentas que auxilia o enfermeiro na classificação do problema, é a taxonomia de NANDA sendo agrupados com 13 domínios e 47 classes.

O planejamento de enfermagem, também denominado plano assistencial de enfermagem consiste na terceira etapa do processo de enfermagem. Assim como as outras etapas, o planejamento requer do enfermeiro raciocínio clínico e científico, examinando os problemas e as necessidades do paciente, priorizando os problemas identificados, identifica resultados ou metas mensuráveis, seleciona intervenções adequadas e documenta no plano de cuidados, com o objetivo de promover e preservar a saúde. A taxonomia NIC nessa etapa é uma ferramenta indispensável para dar subsídio as intervenções (BULECKEK et al, 2016).

A implementação de enfermagem é a quarta etapa do processo, que tem por finalidade a execução de todo o plano de cuidado, visando melhorar o estado de saúde do paciente, sendo realizada por toda equipe de enfermagem. Mas, principalmente pelo Técnico de enfermagem ou auxiliar e cabe ao enfermeiro supervisionar as atividades realizadas. E por fim a avaliação do resultado ou prognóstico, é a etapa em que a equipe vai reavaliar o paciente e observar se está dentro dos resultados esperados, podendo ser usado o NOC o qual nos possibilita a ter acesso a todas as intervenções de enfermagem.

Ela foi regulamentada em 25 de junho de 1986, pela Lei 7.498, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem. A Resolução de Nº 272/ 2002 do Conselho Federal de Enfermagem estabeleceu a obrigatoriedade da implementação da SAE em todas as instituições de Saúde do Brasil. E em 2009 o Conselho Federal de Enfermagem reformulou a Resolução, ampliando a SAE para todos os ambientes,

seja público ou privado no qual desenvolve o cuidado ao paciente, através da Resolução de N° 358/2009.

A implementação da SAE nas instituições hospitalares públicas e privadas proporciona condições para melhorias nos modelos de organização da assistência, especialmente nos ajustes dos processos de trabalho com a realidade do serviço que visa melhorar a assistência oferecida aos pacientes. Os modelos de organização das instituições de saúde atuais que aderem ao SAE beneficiam os pacientes quanto os profissionais, devido à segurança e exatidão de todas as informações, e também como resultado da eficácia dos processos de comunicação interpessoal. (GIEHL et al, 2016).

Figueiredo et al (2014) afirma que mesmo com obrigatoriedade imposta por meio da resolução, é notório que há uma resistência e dificuldade na implementação da SAE, estando relacionado a vários fatores, dentre eles a sobrecarga de trabalho associado por poucos profissionais nos setores, falta de capacitação da equipe e ainda falta de conhecimento técnico-científico do enfermeiro responsável.

A escolha do tema deu-se em função da concepção de que a equipe de enfermagem ao prestar assistência direta ao usuário, na maioria das vezes não reconhece a relevância de se utilizar a SAE e nem a magnitude que é realizar tal atividade. Diante disso, é de grande valia para os colaboradores e comunidade que o trabalho oferecido por esses profissionais, seja exercido com qualidade e segurança, uma vez que, sendo utilizada como metodologia de trabalho, resultará em uma assistência adequada, efetividade das ações, segurança dos processos e evitará possíveis complicações durante o período de assistência prestada ao paciente.

Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem na implementação da sistematização de enfermagem, investigando a importância da SAE para a equipe de enfermagem, identificando quais as maiores dificuldades encontradas pela equipe sobre o processo de enfermagem, buscar através de entrevistas e questionários se a equipe que atua na clínica médica e cirúrgica recebe capacitação, seja por panfletos, palestras, capacitação externa, rodas de conversa, entre outros, para a realização dessa atividade.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com abordagem quali- quantitativa. Realizada na clínica médica e clínica cirúrgica do Hospital Municipal de Santarém, situado na Avenida Presidente Vargas, n° 1539, bairro: Santa Clara, Santarém - PA, CEP: 68005-110, oferecendo uma assistência de baixa e média complexidade para a população de Santarém e região.

A fim de cumprir os preceitos ético-legais impostos pela Resolução 466/12, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Pará, localizada na Avenida Plácido de Castro, 1399, Bairro Aparecida, Santarém - PA, 68040-090, telefone: (93) 3512-8000. Com a aprovação do projeto de parecer nº 3.508.910, CAAE: 12233119.0.0000.5168, iniciou-se a pesquisa.

Foram entrevistados 27 profissionais da equipe de enfermagem, sendo enfermeiros e Técnicos de enfermagem que atuam nas clínicas médicas e cirúrgica e que se dispuseram a participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa quatro funcionários do setor por motivos de licença médica e férias e cinco se negaram a participar devido à falta de tempo e cansaço físico segundo os mesmos. Ainda foram excluídos da pesquisa seis funcionários, pois os mesmo tem o tempo inferior a seis meses de trabalho no setor. As visitas para a coleta de dados ocorreram no hospital, de segunda a domingo, de modo a abordar todos os profissionais de enfermagem, nos três turnos de trabalho, e ocorreram no período de agosto de 2019.

A princípio foi apresentada para cada profissional dos setores a proposta da pesquisa, tais como: tema, objetivos, riscos e benefícios, sigilo e os meios de obtenção de dados. E em seguida foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE A) e por fim, após o consentimento dos participantes a participação na pesquisa mediante a assinatura do voluntário, foi aplicado o questionário em anexo (APÊNDICE B). E como meio de preservar a identidade dos entrevistados foram utilizadas como meio de identificação nomes de insumos utilizados no setor hospitalar e a entrevista foi conduzida em lugares reservados para garantir o sigilo do participante.

Para a análise do conteúdo foi utilizado o método de Laurence Bardin, criado em 2011, por ser a melhor forma de análise da comunicação através da fala dos entrevistados, posteriormente sendo transcrita e adequadas de acordo com objetivo da pesquisa, ressaltando que qualitativamente a presença de determinados temas demonstra que as informações ditas pelos profissionais acerca do trabalho são mais bem organizadas quando são categorizadas.

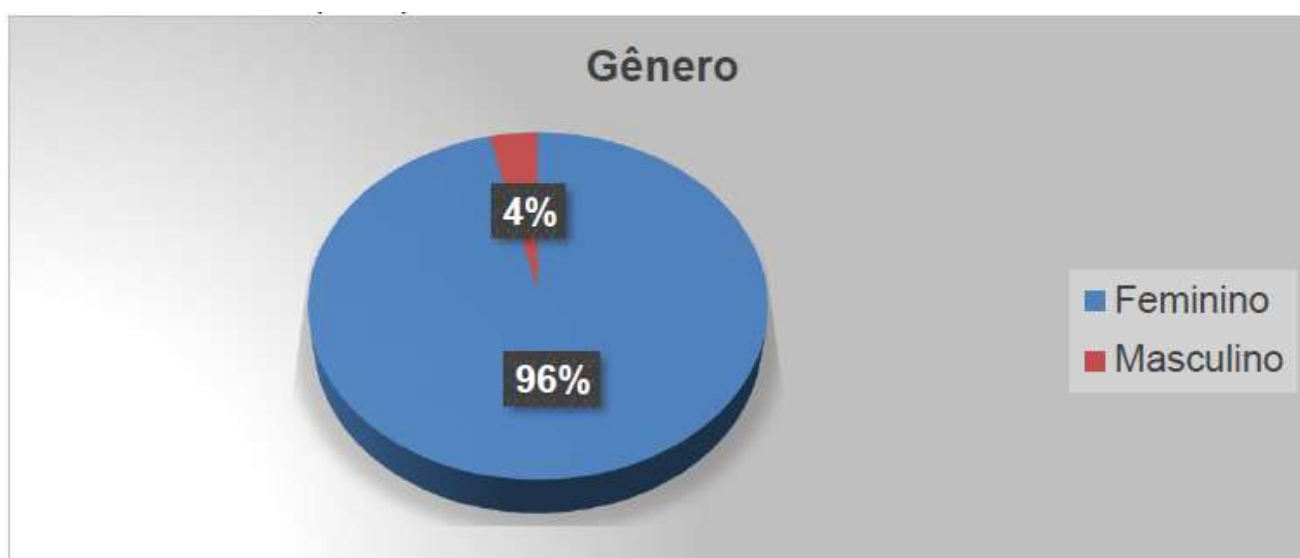
Ainda para a análise de dados quantitativos todas as informações foram transferidas para o *Microsoft Office Excel*® (2016) com o objetivo de armazenar os dados e proporcionar uma melhor organização e facilidade nas análises, usando gráficos em forma de pizza. Para a análise dos dados qualitativos, os áudios dos entrevistados foram ouvidos e transcritos para o *Microsoft Office Word* para melhor interpretação dos autores.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os colaboradores foram investigados em relação ao gênero (Gráfico 1) que mostrou um quantitativo em que 1 deles (4%) é do sexo masculino e 26 (96%) feminino.

De acordo com Costa, Freitas e Hagopian (2017), a inclusão masculina na enfermagem moderna é de aproximadamente 15%, quando são observadas todas as categorias de trabalho. Quando são observados somente os enfermeiros há uma redução nessa percentagem, indo para 12% esse número, o que mostra um crescimento gradativo da participação masculina na enfermagem.

Gráfico 1- Gênero do participante.



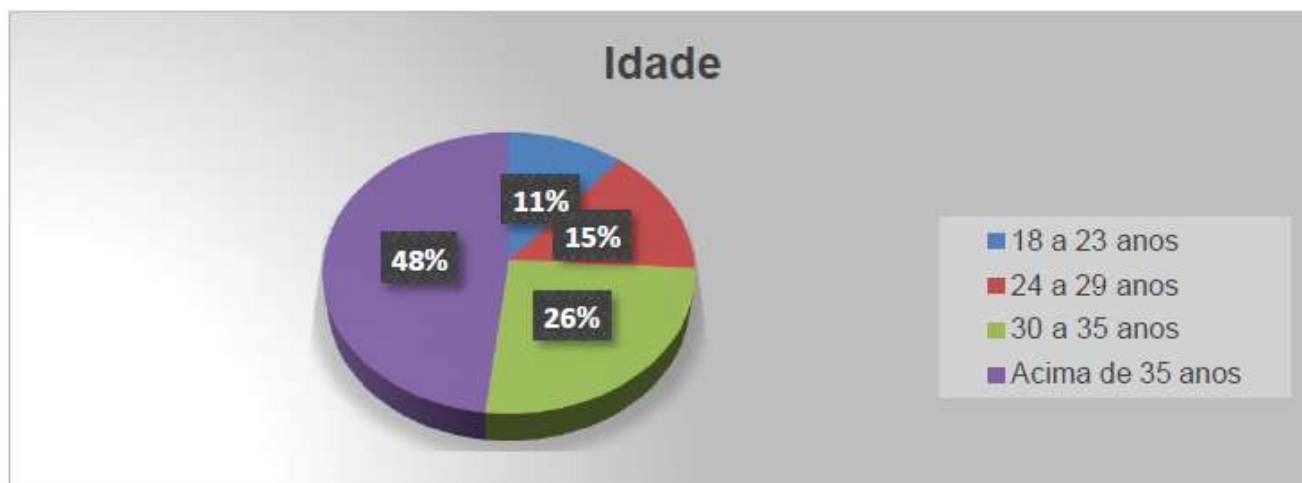
Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

Atualmente, embora os homens estejam se inserindo, cada vez mais, na área de enfermagem, sua presença ainda é irrisória quando comparada à das mulheres, e sua aparição nesse ambiente feminizado é de extrema importância, considerando-se principalmente as demandas físicas a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos, os homens desempenham um papel significativo nas práticas assistenciais de enfermagem (QUEIROZ; SOUZA, 2012).

A predominância feminina é claramente vista na enfermagem em todos os setores, devido ao seu histórico e a crença de a enfermagem “ser uma profissão mais para mulheres”. A participação masculina ainda sofre preconceitos na enfermagem, mas no decorrer dos anos a participação masculina vem aumentando. Isso se dá devido ao fato do estereótipo de que a enfermagem é para mulheres estar sendo desmistificado na sociedade moderna.

Os participantes foram investigados em relação à idade, evidenciado no (Gráfico 2) notou-se que a idade predominante entre os entrevistados foi acima de 35 anos que corresponde a (48%), seguindo de 30-35 anos (26%), 24-29 anos (15%) e, por fim, entre 18-23 (11%).

Gráfico 2- Idade dos participantes.



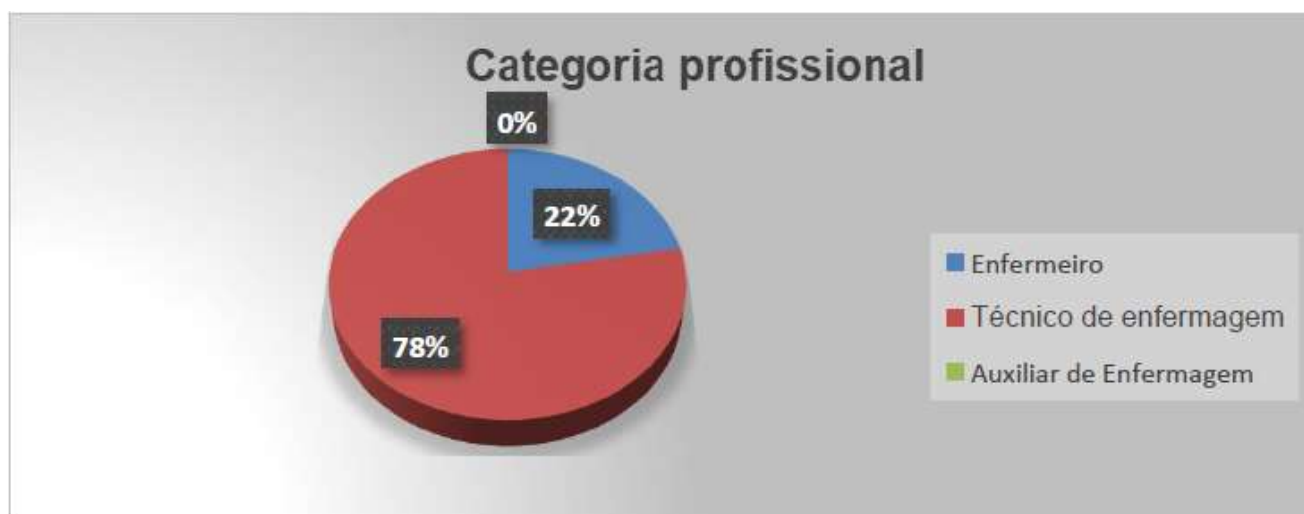
Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

A análise da faixa etária tem uma grande influência na qualidade do serviço prestado pelos profissionais, devido à quantidade prolongada de tempo exercendo a profissão, os mesmos adquirem mais experiência e sobressai melhor diante das problemáticas que surgem no decorrer do dia.

Entre tanto, em uma análise realizada por Garcia et al (2013), foi possível observar insatisfação por parte dos profissionais com faixa etária mais idosa quando comparados aos profissionais mais novos, o autor ainda afirmar que essa insatisfação pode estar relacionada com a instabilidade no emprego e horário de trabalho.

Em relação à categoria profissional (Gráfico 3), a amostra foi composta por 6 enfermeiros e 21 técnicos de enfermagem, correspondendo respectivamente a 22% e 78%.

Gráfico 3- Equipe de enfermagem segundo categoria profissional dos participantes.



Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

O número de profissionais de enfermagem no Brasil é constituído na sua maioria por profissionais técnicos de enfermagem, devido os mesmos fornecerem o suporte para os enfermeiros durante os cuidados ao paciente (MACHADO et al, 2015).

Os dados levantados durante a pesquisa corroboram com outros autores, onde a prevalência dos técnicos de enfermagem são maioríssimas que a enfermeiros dos setores, reforçando a importância do trabalho dos técnicos na assistência juntamente com o enfermeiro.

Os colaboradores também foram avaliados em relação ao tempo de trabalho no setor (Gráfico 4), durante a tabulação dos dados concluímos que 59% dos entrevistados possuem tempo de trabalho acima de três anos, 26% entre 1 ano a 3 anos e 15% de 6 meses a 12 meses.

O tempo de atuação do profissional em um setor específico possibilita que o mesmo tenha maior domínio da organização e processo de trabalho, além da experiência que torna as atividades mais eficientes (AUED et al, 2016).

Gráfico 4 – Tempo de serviço na clínica médica e clínica cirúrgica dos participantes da pesquisa.



Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

Profissionais com tempo mais prolongados na profissão costumam se dar melhor com situações diversas, devido as experiências já vividas e adquiridas no decorrer dos anos. Esses profissionais conseguem ser mais organizados, com melhor agilidade, maior ênfase no trabalho, e seus procedimentos conseguem ter mais qualidade.

Em relação ao (Gráfico 5), Os levantamentos dos dados foram separados de acordo com a categoria profissional para melhor análise dos dados e por se tratar de profissionais com diferentes categorias, como mostram os gráficos a seguir (gráfico 5 e 5.1).

No gráfico 5, observamos que 83% dos enfermeiros dos setores afirmaram que tiveram contato com SAE na graduação, e 17% desses enfermeiros revelaram que não tiveram contado.

Gráfico 5: Contato com a SAE durante a graduação dos enfermeiros.



Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

No gráfico 5.1, ainda avaliando o contato dos colaboradores com a SAE na graduação, mostra que durante a formação dos técnicos de enfermagem, 52% afirmaram que nunca tiveram contato com a SAE e 48% afirmaram que tiveram contato durante a formação técnica.

Gráfico 5.1- Contato com a SAE durante a formação dos técnicos de enfermagem.



Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

Em um estudo realizado por Silva, Garanhani e Peres (2015), sobre a sistematização da assistência de enfermagem na graduação, obteve como resultado que durante o período de graduação a SAE foi repassada de forma fragmentada, dificultando o aprendizado. Também, observou-se que os alunos ao ouvir sobre exame físico e anamnese não conseguiram associar o mesmo a SAE, tornando-os assim fora do processo de enfermagem.

O mesmo autor concluiu que, o processo de conhecimento sobre a SAE durante a formação acadêmica é de fundamental importância, pois possibilita os profissionais de enfermagem uma fundamental ferramenta no processo de trabalho.

Nos aspectos relacionados ao contato com a SAE nas clínicas médicas e cirúrgicas (Gráfico 6). Podemos observar através dos resultados onde 17% responderam que tinham contato com SAE durante o exercício da profissão no setor, e 83% afirmaram não ter contato e nem trabalham com a SAE, transformando tal resultado contraditório por se tratar do mesmo ambiente de trabalho. Contudo, concluímos que há uma falha de informação e até de conhecimento sobre o que é a SAE, como e quando deve ser implementada.

Gráfico 6: Plano assistencial de enfermagem nas clínicas médicas e cirúrgica.



Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

De acordo com a resolução 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências, com base no artigo 4º:

Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.(COFEN , 2009)

Gráfico 6.1- Plano assistencial de enfermagem nas clínicas médica e cirúrgica.



Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

No que diz respeito ao contato da equipe técnica de enfermagem com a SAE nas clínicas médicas e cirúrgica, constatamos que 52% da equipe afirmaram não ter contato e 48% disseram que sim. O técnico de enfermagem tem como função executar o processo de enfermagem no que lhe compete, bom base no Decreto Nº 94.406, de 8 de junho 1987, Artigo 10 é de competência do Técnico de enfermagem:

Assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem, na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica, na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde, na execução dos programas referidos nas letras *i* e *o* do item II do art. Executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto, integrar a equipe de saúde (COFEN, 2009).

O técnico de enfermagem tem sua participação na programação da Assistência de enfermagem que apesar do seu amparo legal na prática do cuidado, ele mantém suas atividades de forma limitada, por não ter o devido conhecimento do que realmente é o processo de enfermagem e por achar que a SAE seja somente realizar os cuidados de enfermagem de rotina.

No (Gráfico 7) Quando questionados se havia dificuldades na implementação da SAE 50% respondeu sim, e 50% não. É notório que existe certa dificuldade na implementação da SAE, causando assim uma falha no processo de enfermagem (PE) essa dificuldade pode está associada a diversos fatores, tornando um desafio para o enfermeiro elaborar e executar o PE.

Gráfico 7- Dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implementação da SAE.



Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

Em um estudo realizado por Grando e Suse (2014) Considerando as dificuldades relatadas na prática cotidiana das enfermeiras, relata que a maioria dos problemas que dificultam a SAE e todo o processo de enfermagem podem está associado à falta de liderança do enfermeiro, ausência do comprometimento, sobrecarga de trabalho e ainda falta de insumos.

O gráfico 7.1 Ainda sobre as dificuldades encontras na implantação da SAE, evidencia a dificuldade dos técnicos de enfermagem na implementação ou execução da SAE, 76% disseram não e 24% disseram sim.

Gráfico 7.1- Dificuldades encontradas pelos técnicos de enfermagem na implementação da SAE.



Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

O enfermeiro no aspecto legal do exercício da profissão é responsável por organizar, planejar, implantar e executar a SAE e o PE. Por sua vez, o técnico de enfermagem tem sua atribuição participar de toda programação da assistência de enfermagem.

Tais informações não corroboram com os resultados obtidos no questionário abaixo, onde foram questionados sobre quais seriam as dificuldades encontrada no setor, em suma maioria alegaram que o obstáculo estaria na falta de insumos e sobrecarga de trabalho.

O (gráfico 8) avalia se a instituição hospitalar facilita a implementação do Processo de Enfermagem (PE), obtivemos como resultados que 56% dos entrevistados responderam que a instituição não facilita a implementação do PE, e 44% responderam que sim.

Gráfico 8 - A instituição facilita a implementação do processo de enfermagem



Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

Para Kirchesch (2016), para a implantação e implementação da SAE de maneira eficiente, é preciso que haja a presença de algumas características referentes ao profissional e as instituições de saúde. Onde as instituições de saúde devem estar participando diretamente desse processo, ao realizar uma gestão dos serviços em que haja um dimensionamento de pessoal compatível com o exigido da demanda, evitando a sobrecarga da equipe, disponibilização de materiais e insumos em quantidades suficientes, para que o serviço seja feito de forma adequada nos setores, e a capacitação da equipe de enfermagem sobre o tema.

Em relação ao (gráfico 9), questiona-se aos profissionais de enfermagem se a instituição oferece capacitação, palestras, rodas de conversa entre outros sobre o processo de enfermagem, onde 56% dos profissionais respondem que sim, enquanto 44% responderam que não.

Gráfico 9 – Capacitação sobre o processo de enfermagem oferecida a equipe de enfermagem.



Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

De acordo com Soares et al (2015), os profissionais direcionam a carência de capacitação como uma das limitações para a implantação e execução da SAE, sendo a falta de conhecimento do enfermeiro a principal causa do descompromisso em algumas instituições de saúde e da inexistência em outras, fazendo com que esse desconhecimento ocasione desinteresse e a falta de adesão do método assistencial.

QUAIS FATORES DIFICULTAM A IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE).

Nesta temática foi direcionada para encontrar quais os principais fatores que dificultam a implementação da SAE. Percebe-se, que para a maioria dos profissionais entrevistados, a maior dificuldade encontra-se na sobrecarga de trabalho, alegando que a quantidade de profissionais não supre o número de pacientes nos setores, impossibilitando fornecer uma assistência de qualidade:

“A falta de colaboradores, uma sobrecarga de trabalho que acaba dificultando” (Agulha).

“A demanda de pacientes, é um número muito elevado da quantidade de pacientes para colocar em prática o projeto em si. Porque é muito importante para o paciente, mas quando se tem uma demanda muito grande, requer tempo e a gente não tem esse tempo, é um corre-corre que não tem como a gente pegar um paciente, fazer uma evolução, questionar paciente e tentar fazer, dificilmente consegue” (Algodão).

“[...] às vezes a gente fica só em 3, às vezes a gente fica só em 4, agora mesmo a gente ta ficando só em 4, que eu estou com 16 pacientes. Então fica difícil dar os cuidados adequados, se eu tivesse um banho no leito hoje, não ia ter tempo, se não como eu ia ter tempo pra fazer os outros serviços” (Soro).

“A demanda que é muito grande, aqui são

60 pacientes para 1 enfermeiro. A diminuição de funcionários que também 3 a 4 técnicos para 2 clínicas também é quase impossível” (Scalp).

Na pesquisa de Castro et al (2016), os resultados obtidos através dos profissionais, apontou que a sobrecarga de trabalho é a dificuldade que mais prevalece, a grande demanda de pacientes também foi bastante citada pelos entrevistados, o que impossibilita a operacionalização da SAE.

“[...] Além de enfermeira, fico na parte administrativa, nutrição, um pouco psicóloga, às vezes faxineira e também às vezes sou eu que cuido da parte assistente social quando ela não está. Então é difícil fazer o trabalho da enfermagem por causa das outras coisas que tenho que fazer, porque não tem no hospital e a clínica tem que suprir, a enfermeira tem que suprir a necessidade [...] (Atadura).

A ineficiência do trabalho nas instituições públicas acaba gerando uma sobrecarga de trabalho maior, principalmente para os enfermeiros os setores, percebe-se que a sobrecarga é o ponto mais citado

por todos os profissionais de enfermagem, o que gera na equipe conflitos, desmotivação e queda de produção e qualidade do serviço. Vale ressaltar que para o profissional prestar um cuidado de qualidade as instituições necessitam ofertar um ambiente e ferramentas de trabalho de qualidade.

“É a questão de gestão que precisa de alguém pra ta em cima implementando normas. É um processo de trabalho pra ser realizado de forma correta, e também a questão de insumos, que não adianta ter uma instrução de trabalho, alguma coisa que nos ampare, se a gente não tem material para realizar aquele procedimento” (Jelco).

“As condições de trabalho, porque faltam muitas coisas, e às vezes cobram da gente, mas a gente não tem culpa, a gente trabalha com o que a gente tem. As vezes falta medicação, seringa e até luvas” (Seringa).

Ramos, Spiegel e Assad (2018) relatam que com o passar dos anos, as instituições hospitalares receberão menos recursos, tornando um desafio para a gestão hospitalar, gerando uma falha cada vez maior nos serviços. Os autores comentam que é responsabilidade da gestão dos hospitais se planejar e controlar o consumo de insumos.

Com base nos resultados da pesquisa em questão, podemos notar que existe uma falha no planejamento como citado nas narrativas acima, é imprescindível que no meio hospitalar haja falta de insumos básicos, impossibilitando o funcionamento no tratamento dos pacientes. É de responsabilidade dos gestores assegurar boas condições de trabalho e suprir as necessidades encontradas.

QUAIS AS FINALIDADES DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE).

Neste contexto, a questão foi direcionada na busca de conhecer se a equipe de enfermagem saberia descrever as finalidades do Processo de Enfermagem. Os entrevistados responderam em grande maioria que tinham consciência da finalidade do PE, mas poucos conseguiram descrever de forma satisfatória e adequada:

“para o paciente é o melhor conforto, uma maior recuperação, evitar complicações da doença, evitar úlceras, evitar complicações com relação há acessos, complicações de modo geral. E facilitar o tratamento desse paciente, a fim de que ele possa recuperar o mais breve possível. Também dentro da sistematização entra a parte do acompanhante, para que o acompanhante possa também nos ajudar nessa assistência, porque se ele tiver o conhecimento, ele vai poder nos ajudar até mesmo na hora desse paciente ir para casa, seguir com o tratamento” (Algodão).

Outro entrevistado relata que, o PE além de ter como objetivo a recuperação do paciente, a SAE tem a finalidade também na organização do trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem:

“O objetivo é o paciente em si, dar uma assistência bem organizada, na realidade. Porque quando a gente faz esse procedimento, ele necessita de tempo, quantidade de pacientes tudo aleatório, e quando você faz a SAE, não! Você vê o paciente cefalocaudal, tudo organizado para desenvolver um bom trabalho. Você verifica a situação que o paciente chega e até que ele vá para casa”. (Scalp).

COREN (2015), diz que o processo de enfermagem em sua principal função é prestar o cuidado, onde se deve ofertar uma estrutura nas quais sejam supridas as necessidades individualizadas das pessoas, indivíduos, famílias e dos grupos. Esse trabalho deve ser feito de modo intencional, buscando alcançar uma meta, organizado e sistematizado, buscando ser feito em etapas para atingir seu objetivo, flexível e interativo, sendo realizado em conjunto com toda a equipe de enfermagem.

Gráfico 11 - Conhecimento sobre as finalidades do processo de enfermagem.



Fonte: Própria do questionário aplicado (2019).

No gráfico 11, foi questionado aos profissionais de enfermagem se eles sabiam quais as finalidades do processo de enfermagem, onde 100% deles responderam que sim.

Ribeiro e Podoveze (2018), explicam que a SAE e o PE podem trazer vários benefícios para equipe e paciente, onde eles aumentam a qualidade da consulta de enfermagem; facilitam a documentação do trabalho do enfermeiro e o seu raciocínio clínico, aumentam a autonomia do enfermeiro em seu processo de trabalho.

4- CONCLUSÃO

Conclui-se que os profissionais da equipe de enfermagem dos setores da clínica médica e clínica cirúrgica apresentam conhecimentos defasados sobre a SAE, principalmente os técnicos de enfermagem, sendo um dos pontos negativos.

Os enfermeiros demonstraram ter conhecimento científico adequado sobre o PE, pois receberam capacitação e ensino científico durante a graduação, mas apresentam dificuldades em realizar todas as etapas do processo devido à sobrecarga do trabalho, o que leva a falta de tempo para realização da avaliação do paciente. Enquanto os técnicos de enfermagem entrevistados não possuem conhecimento científico sobre a SAE. A maioria deles tem noção de que o cuidado prestado tem a finalidade de recuperação e bem-estar do paciente, mas não sabem que esses cuidados realizados por eles fazem parte do PE.

Muitos fatores levam a falta de afeição na utilização da SAE, como por exemplo, a falta de interesse tanto pela instituição, quanto pelos profissionais de enfermagem na implantação da SAE nos setores hospitalares, o que acaba gerando um serviço fragmentado, desorganizado e algumas vezes até prejudicial ao paciente. A falta de capacitação da equipe de enfermagem, a falta de profissionais capacitados, o serviço realizado de forma desorganizada, o acúmulo de serviços, acabam fazendo com que a SAE venha ser só mais uma “ferramenta sem algum” pelos profissionais.

A partir dos resultados obtidos na pesquisa, para qualificar o indivíduo na prática assistencial direta ou indireta é necessário que haja uma educação continuada, é essencial maiores investimentos em capacitações intra-hospitalares, para que aconteça uma elaboração correta das ações voltadas principalmente na implementação da sistematização da assistência de enfermagem, tornando o serviço mais hábil, devendo ser realizadas com periodicidade.

REFERÊNCIAS

ALVIM, André Luiz Silva. O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. Rev. Oficial do Conselho de Enfermagem, 2013. Acesso em: 02 de janeiro de 2019. Disponível

em:<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/531/214>>.

ANDRADE, Selma Regina de; PICCOLI, Talita; RUOFF, Andriela Backes; RIBEIRO, Janara Caroline; SOUSA, Fernando Miguel de. Fundamentos normativos para a prática do cuidado realizado pela enfermagem brasileira, 2016, Florianópolis. Acesso em: 14 de Out de 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0228>. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1082.pdf> >.

AUED GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dallaire C, Ribas EN. Clinical competences of Nursing assistants: a strategy for people management. Rev Bras Enferm [internet]. 2016;69(1):130-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>.

BULECHEK, G.C et al. NIC- Classificação das intervenções de Enfermagem. 6 ed. Editora:Elsevier, 2016.

CASTRO, Révia Ribeiro; ALVINO, Antônia Liria Feitosa Nogueira; ROUBERTE, MOREIRA, Emilia Soares Chaves; PESSOA, Rafaella; OLIVEIRA, Rafaelle Lopes de. Compreensões e desafios acerca da sistematização da assistência de enfermagem. 2016, Rio de Janeiro. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(5): e10461. Acesso em: 02 de Out de 2019. Disponível em:<< DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.10461>>>

COFEN. Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Acesso em: 02 de Out de 2019. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>

RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017. Brasília. Acesso em: 13 de Out de 2019. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>

.RESOLUÇÃO COFEN Nº 372/ 2002- REVOGADA PELA

RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE- nas instituições de saúde Brasileira.

Acesso em: 02 de Out de 2019. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2722002-revogada-pela-resolucao-cofen-n-3582009_4309.html>

COREN. Processo de enfermagem: guia para a prática, São Paulo, 2015. Acesso em: 19 de out. de 2019. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>>

COSTA, Kleber de Souza; FREITAS, Genival Fernandes de; HAGOPIAN, Ellen Maria. Homens na enfermagem: formação acadêmica posterior à graduação e trajetória profissional. 2017, Recife. Rev enferm UFPE on line. Acesso em: 02 de out de 2019. Disponível em:<<DOI:10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201712>>.

DEBONE, Mayara Cristina; PEDRUNCCI, Elisângela da Silva Nunes; CANDIDO, Maristela do Carmo Peterossi; MARQUES, Sueli; KUSUMOTA, Luciana. Diagnósticos de enfermagem em idosos com doença renal crônica em hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2017 jul- ago;70(4):833-9. Ribeirão Preto-SP. Acesso em: 24 de out. de 2019. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0800.pdf>>

FIGUEIREDO, Paula Pereira de; FILHO, Wilson Danilo Lunardi . A não implementação do processo de enfermagem: Reflexão apoiada em conceitos de deleuze e guattari. 2014, Florianópolis. Acesso em: 02 de Out de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01136.pdf>

GARCÍA, César Carrillo; RUÍZ, María del Carmen Solano; ROCHE, María Emilia Martínez; GARCÍA, Carmen Isabel Gómez. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. 2013, Espanha. *Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dez. 2013*;21(6):1314-20. Acesso em: 02 de Out de 2019. Disponível em:<<DOI:10.1590/0104-1169.3224.2369>>.

GIEHL, Carline Tamara; COSTA, Arlene Eli Kunz da; PISSAIA, Luis Felipe; MORESCHI, Claudete. A equipe de enfermagem frente ao processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem, 2016. *Revista de Enfermagem e Atenção à saúde*. Acesso em: 20 de Out. de 2019. Disponível em:<<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1621>

GRANDO; Tamara; ZUSE; Carmen Lucia. Dificuldades na instituição da sistematização da assistência de enfermagem no exercício profissional – revisão integrativa. 2014, *Revista contexto & saúde ijuí editora unijuí v. 14 n.*

26 p. 28-35. Acesso em: 04 de out de 2019. Disponível em:<< <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2014.26.28-35>>>.

KIRCHESCH, Cryshna Leticia. Estratégias para implementar a sistematização da assistência de enfermagem nos serviços de saúde: revisão integrativa, 2016. Acesso em : 17 de Out. de 2019. Disponível em:< <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1100>>

LOPES, Lúcia Marlene Macário; SANTOS, Sandra Maria Pereira dos. Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. 2010, Coimbra. Acesso em: 13 de fevereiro de 2019. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-181.pdf> >.

MACHADO, Maria Helena; FILHO, Wilson Aguiar; LACERDA, Wagner Ferraz de; OLIVEIRA, Eliane de; LEMOS, Waldirlando; WERMELINGER, Mônica; VIEIRA, Monica; SANTOS, Maria Ruth dos; JUNIOR, Paulo Borges de Souza; JUSTINO, Everson; BARBOSA; Cintia. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm. Foco* 2015; 6 (1/4): 11-17. Acesso em: 02 de out de 2019. Disponível em:

<<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>>>.]

MENESES, Alexandra Ribeiro Coelho; GOIABEIRA, Yara Nayá Lopes de Andrade ; MENEZES, Elielza Guerreiro; LIMA, Alice Bianca Santana; JARDIM, Mara Julyete Arraes; NETO, Manoel Luiz. Dificuldades dos acadêmicos de enfermagem na aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem.

Rev. Fun Care Online. 2019 jan/mar; 11(1):181-185. Acesso em: 02 de jan. de 2019. Disponível em: DOI:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.181-185>. Acesso em:<

[file:///C:/Users/27002790/Downloads/6879-40209-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/27002790/Downloads/6879-40209-2-PB%20(1).pdf)>

MOSER, Denise Consuelo; SILVA, Gelson Aguiar da; MAIER, Suellen Rodrigues de Oliveira; BARBOSA, Leonardo Costa; SILVA, Tatiana Gaffuri da. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros. 2018, Rio de Janeiro. Rev. Fun Care Online. Acesso em: 02 de Set. de 2019. Disponível em: DOI:< <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.998-1007>>

QUEIROZ, Dayane Lemes de; SOUZA, José Carlos. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem. 2012, Campo

Grande, MS. Acesso em: 02 de out de 2019. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v16n16p103-126>,>>

RAMOS, Luana Carolina Farias; SPIEGEL, Thais; ASSAD, Daniel Bouzon Nagem. Gestão de materiais hospitalares: uma proposta de melhoria de processos aplicada em hospital universitário. 2018, Rio de Janeiro. Rev. Adm. Saúde - Vol. 18, Nº 70. . Acesso em: 17 de Out de 2019. Disponível em:<< <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.83>>>.

RIBEIRO, Grasielle Camisão; PADOVEZE, Maria Clara. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem, 2018. Rev Esc Enferm USP. Acesso em: 18 de Out. de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03375.pdf>

SILVA, Josilaine Porfírio da; GARRANHANI, Mara Lucia; PERES, Aida Maris. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. 2015, Londrina-PR, Rev. Latino-Am. Enfermagem. Acesso em: 03 de out de 2019. Disponível em:

< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00059.pdf>.

SOARES, Mirelle Inácio; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues; CAMELO, SILVIA Helena Henriques; TERRA, Fábio de Souza. Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização da assistência de enfermagem, 2016. Acesso em: 18 de Out. de 2019. Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt_administracion3.pdf>

TANNURE; M.C, PINHEIRO; A.M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem : Guia Prático. 2ed. Janeiro : Guanabara Koogan, 2011

Capítulo 11



10.37423/230407611

MENTE E CORPO: EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA ROTINA DE PESSOAS COM SINTOMAS ANSIOSOS

Fabrine Silva Freires

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP

Bianca Amorim

FACULDADE INDEPENDENTE DO NORDESTE - FAINOR

Lívia Mara Gomes Pinheiro

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP

Iaggo Raphael David

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP



Resumo: O presente estudo apresenta uma discussão sobre os efeitos da atividade física na rotina de pessoas com sintomas ansiosos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, especificamente uma revisão de literatura sobre o tema, por meio das bases de dados: Scielo, Pubmed, Google Acadêmico. A partir das discussões apresentadas, concluiu-se que os artigos analisados reconhecem que a atividade física somada a mudanças na alimentação, contribui para diminuir ou eliminar sintomas ansiosos. Além disso, pesquisas da revisão de literatura demonstram que os indivíduos mais sedentários são acometidos em maior grau por sintomas ansiosos. O profissional de educação física neste contexto pode contribuir para melhor qualidade de vida das pessoas com avaliação e acompanhamento adequados.

Palavras-chave: Ansiedade. Atividade física. Saúde.

INTRODUÇÃO

A ansiedade é uma reação do organismo frente a uma situação de ameaça ou perigo físico ou psicológico (MULLER, 2022), gerando alterações fisiológicas e comportamentais no indivíduo. Alguns dos sintomas provocados pela ansiedade são: irritabilidade, preocupação excessiva, medo, inquietação, palpitações (MARQUES, 2021). A exposição a rotinas exaustivas e estressantes, excesso em horas trabalhadas, conflitos de modo geral podem provocar reações negativas alterando o funcionamento fisiológico simpático de forma sustentada, fazendo com que sintomas ansiosos se desenvolvam e de forma sustentada e se torne patológico (SILVA, 2010).

É sabido que a prática regular de atividade física (AF) proporciona vários benefícios para a saúde física e mental. De acordo com Muller (2022), a prática de AF permite uma ativação e modulação no Sistema Nervoso Autônomo (SNA), fazendo com que gere alterações como, aumento da frequência cardíaca, tensão, sudorese, que são alterações corriqueiras na vida de um indivíduo ansioso, entretanto, com a prática regular de AF, ocorre a modulação no SNA que já estará familiarizado, permitindo melhores respostas em meio a situação. Segundo dados publicados pela OMS em 2020, “recomenda-se que adultos fazem atividade física moderada de 150 a 300 minutos ou de 75 a 150 minutos de atividade física intensa semanalmente, quando não houver contraindicações”, portanto realizar ao menos 30 a 60 minutos diariamente, já promoverá resultados positivos, principalmente, para diminuição dos sintomas ansiosos.

Para os indivíduos que convivem com sintomas ansiosos, a AF diária influenciará diretamente na produção do neuro-hormônio (endorfina), que provoca no indivíduo a regulação do humor, sensação de bem-estar e felicidade, e juntamente a diminuição da ação dos hormônios estressores (adrenalina e cortisol) (DELLA, 2022). A prática regular de AF tem sido utilizada como parte terapêutica para a diminuição dos sintomas ansiosos. Portanto, o presente trabalho tem por objetivo avaliar os efeitos da prática regular de atividade física na rotina diária de indivíduos com sintomas ansiosos.

MÉTODOS

Foi elaborada uma revisão de literatura sobre os efeitos da atividade física na rotina diária de pessoas com sintomas ansiosos, com o objetivo de avaliar os benefícios causados pela prática regular de atividade física na rotina. A busca foi realizada nas bases de dados “SciELO, PUBMED/MedLine e Google Acadêmico”. Os termos utilizados para a busca nas bases de dados foram os seguintes: “Exercício Físico”; “Atividade física”; “Qualidade de Vida”; “Rotina Diária”; “Transtorno de Ansiedade”;

“Sintomas Ansiosos”.”. Foram utilizados os mesmos termos em inglês: “Exercise”; “Physical Activity”; “Quality of Life”; “Daily Routine”; “Anxiety Disorder”; “Anxious Symptoms”.

A estratégia de busca utilizada no PUBMED/MedLine foi (((((Exercise) OR (Physical Activity)) AND (Anxiety Disorder)) OR (Anxious Symptoms)) AND (Quality of Life)) OR (Daily routine))). Foram inseridos os filtros de artigos publicados nos últimos 10 anos, apenas em humanos. Foram inseridos artigos observacionais, casos clínicos, estudos de caso controlado, estudos de comparação e estudos clínicos. A literatura cinzenta não foi inserida. A partir da busca em questão, foi encontrado um total de 3.160 artigos. A partir da leitura do título, resumo observação dos artigos foi construída a presente revisão de literatura, utilizando somente os artigos pertinentes ao objetivo da revisão de literatura.

REVISÃO DE LITERATURA

ATIVIDADE FÍSICA

O estilo de vida do ser humano vem sendo mudado juntamente com o avanço tecnológico, logo a rotina se torna um pouca mais facilitada, entretanto é possível notar também que a partir desta facilidade de locomoção e da resolução de atividades diárias, o ser humano acaba por adotar uma rotina mais sedentária que influenciará diretamente na qualidade de vida (BEZERRA, 2020; PONS MALHEIROS, L.; DE OLIVEIRA, 2022). A prática de atividade física regular e seus benefícios para a saúde é vista como importante aliada contra as consequências que parecem ser bastante claras, e sendo um dos fatores para terem maiores probabilidade de desenvolverem doenças crônicas degenerativas. Esses resultados são debatidos frequentemente entre os profissionais na área da saúde e amplamente documentados na literatura atual (FARIA JÚNIOR, 2009).

A AF em toda sua amplitude apresenta efeitos benéficos em relação à saúde, além de retardar o envelhecimento e prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, as quais são derivados do sedentarismo, sendo um dos maiores problemas e gastos com a saúde pública nas sociedades modernas nos últimos anos. Tudo isso tem sido causado principalmente pela inatividade física e conseqüentemente influenciada pelas inovações tecnológicas e más hábitos alimentares (GUEDES, 2012; BOTTCHEER, 2019; PARRIS, 2022).

A adoção de um estilo de vida onde inclua hábitos saudáveis promoverá inúmeros benefícios a saúde do indivíduo, tanto no aspecto físico quanto mental, e a prática regular de AF é considerável para a

obtenção de tais benefícios (FERREIRA, 2021). De acordo com a OMS praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma, o tipo de AF a ser praticada deve ser a que o indivíduo melhor se adapte, o importante é que se pratique regularmente (OMS, 2020).

De acordo com Bottcher e colaboradores, alguns dos benefícios adquiridos sobre a pratica de AF a ser citados são: redução dos níveis de colesterol LDL e triglicérides, elevação dos níveis do bom colesterol, o colesterol HDL, diminuição na glicose sanguínea, retardo a progressão da intolerância à glicose, aumento dos receptores de insulina e manutenção do peso corporal, auxílio no controle da obesidade e dos níveis glicêmicos em diabéticos, na prevenção de fraturas e aumento da densidade óssea, aumento da força muscular e da resistência cardiorrespiratória, melhora no humor e qualidade do sono, na disposição, na redução de estresse e ansiedade, como também no tratamento da depressão.

SINTOMAS ANSIOSOS

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) pode ser compreendido pelo surgimento de alguns sintomas que provocam alterações físicas e mentais no indivíduo. De acordo com o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), a TAG classifica-se por tais sintomas: nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. E para que o indivíduo seja classificado como portador desta patologia, é necessário que haja uma avaliação clínica específica. Já quando se trata de sintomas ansiosos, o indivíduo pode demonstrar sintomas relativamente iguais, entretanto não se tem um diagnóstico (ARAÚJO, 2007).

Os sintomas ansiosos podem acontecer de maneira natural e eventual, de forma controlada e não prejudicial. O exemplo a ser dado é a espera de algo que ainda vai acontecer ou a espera de alguém, isso provoca algumas reações ansiosas que são consideradas normais no indivíduo. De acordo com Marks (1987), os sintomas ansiosos fazem parte dos sentimentos normais de uma pessoa, tornando-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

Assim, é considerado um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, sendo caracterizada por sensações subjetivas de antecipação, medo ou apreensão associadas com graus de grande excitação e reatividade autônoma (SHARMA, ANDRIUKAITIS & DAVIS, 1995). Se essas reações forem constantes e em altos níveis, pode ocasionar disfunções psicofisiológicas, como: angústia,

sensação de luta ou fuga, sudoreses, tontura, produção excessiva de alguns hormônios geradores de estresse, baixa produção de outros e afins (BATISTA, 2016; BALEOTTI, 2018; CORREA, 2019).

A INFLUÊNCIA DOS SINTOMAS ANSIOSOS NA ROTINA DO INDIVÍDUO

Uma das principais características dos sintomas ansiosos são as alterações físicas e psicológicas no indivíduo, que logo influenciará em sua rotina. Alguns estudos mostram que indivíduos mais ansiosos tendem a ter mais dificuldade em se socializar, em manter relacionamentos saudáveis (familiar, amoroso, afetivo). Os sintomas ansiosos se caracterizam como um sentimento que muitas vezes se torna algo vago que a pessoa sente, de modo desagradável, sendo relacionados com o medo, apreensão ou até desconfiança sentida advinda da tensão, desconforto e, principalmente, antecipação do sentimento de perigo contínuo de algo estranho ou desconhecido, em que há sensações de preocupação constantes, de forma que é gerada uma insegurança contínua e desconfiança em tudo e todos. (CASTILLO, 2000; DE ANDRADE 2020; CRUZ, 2020).

O indivíduo ansioso tende a ter uma rotina mais desgastante, situações simples que acontecem no dia a dia podem influenciar na ativação de gatilhos emocionais, gerando sinais e sintomas que podem ser observados pelas pessoas que cercam o indivíduo (SOUZA, 2021). Alterações no humor, na disposição, na qualidade do sono e até mesmo na forma de se alimentar, fazem parte da rotina de um ansioso (FUSCO, 2020; CARDOSO, 2021). Estas alterações se dão por disfunções na produção hormonal, como na produção de serotonina, adrenalina e noradrenalina, no eixo-hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), cortisol (LIMA, 2020).

O eixo HPA faz parte do sistema endócrino, responsável pela produção ou inibição de alguns hormônios. O HPA tem relação direta com a produção de cortisol (hormônio do estresse), suas respostas fisiológicas ocorrem de forma neuroendócrina. O hipotálamo, funciona como regulador da função hipofisária, está localizado entre o tálamo e, acima da hipófise, e a principal função é manter a homeostase do organismo. Desta maneira, uma desregulação provoca uma má funcionalidade na disposição de informações que são enviadas ao sistema endócrino, provocando a produção ou a inibição hormonal. De acordo com Vilela e Jurena, 2014, “Após um evento estressante, o hipotálamo libera o hormônio liberador da corticotrofina (CRH), que é transportado para a hipófise anterior, onde estimula a secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). Este é liberado e transportado para a glândula adrenal. Nela há produção e liberação do glicocorticoide cortisol, entre outros hormônios”.

O estresse provocado por situações corriqueiras do dia a dia acaba provocando sintomas que afetam fisiologicamente o indivíduo, segundo Nazaré e colaboradores, "O estresse crônico pode deprimir o sistema imune, tornando-o mais suscetível a gripes e outras infecções. Normalmente, o sistema imune responde à infecção liberando várias substâncias que causam inflamação. Estresse prolongado sustenta um nível de cortisol continuamente elevado, fazendo com que o sistema de defesa se mantenha suprimido".

Conhecido como "hormônio do estresse", o cortisol é uma das substâncias mais importantes para o funcionamento do organismo. Isso porque, além de controlar o estresse, ele ajuda a manter a pressão arterial, os níveis ideais de açúcar no sangue, dentre outros benefícios.

Segundo Bueno e Gouvêa (2011), o cortisol é uma hormona corticosteroide proveniente da família dos esteroides. À medida que o corpo percebe o estresse, as glândulas produzem o hormônio e o liberam na corrente sanguínea. Este comportamento é uma resposta natural do organismo a situações de grande tensão.

Níveis normais são liberados logo que acordamos pela manhã ou durante a prática de atividades físicas. Eles se tornam excessivos quando o corpo produz o cortisol em grande escala e por um longo período. Em outras palavras, quando vivemos sob circunstâncias estressantes por semanas, meses ou anos.

Através de diversos estudos realizados tanto em humanos quanto em animais acredita-se que as concentrações plasmáticas de cortisol permaneçam aproximadamente constantes durante toda a vida adulta, porém em casos de indivíduos que tem rotinas agitadas ou histórico de depressão há a incidência de níveis elevados de cortisol plasmático (VAZ, 2013).

As diferentes reações diante de situações de estresse se dão devido a alguns acontecimentos, onde a interação que se dá entre o sistema nervoso central e o sistema nervoso autônomo e o sistema límbico, os quais, com suas ações, ativam o eixo hipotálamo-hipófise, o que conduz a liberação no sangue do hormônio adrenocorticotrófico, o qual leva as glândulas adrenais a produzir hormônios, como androsterona, cortisol e andrógenos adrenais, levando o organismo a se colocar em situação de atenção. No entanto, é importante destacar que, no que se refere a situações estressoras, o cortisol em excesso é o que se destaca, conduzindo a respostas negativas do organismo (CHAGAS, 2019).

O estresse gerado em níveis elevados e prolongados ocasionam disfunções no sistema imune, deixando o indivíduo suscetível a doenças infecciosas, exaustão física e emocional, portanto quando

o indivíduo se expõe a situações estressantes, e que possui dificuldade de controle do agente estressor, estará suscetível a tais reações supracitadas. No estudo de Santos e colaboradores, onde exemplifica a rotina de estudantes do curso de medicina, o resultado da pesquisa demonstra o quanto a rotina acaba sendo cansativa, pois é um curso que possui uma grande exigência e dedicação de tais alunos, abdições e afins. Portanto, é imprescindível que a rotina seja coerente as necessidades do aluno, mas que haja um equilíbrio entre suas obrigações e o lazer, para que eles não tenham problemas futuros.

A serotonina, mais conhecida como o hormônio da felicidade, é dita pela literatura científica como neurotransmissor, estando tradicionalmente associado a uma grande variedade de comportamentos, incluindo alimentação, regulação do peso e apetite, ansiedade e distúrbios afetivos (TRAJANO, 2018). A adrenalina é um hormônio produzido pelo sistema adrenal, que é liberado na corrente sanguínea pelas glândulas suprarrenais, tem por sua função manter o corpo em alerta, por este fato é considerada de forma popular por desencadear a sensação de “luta ou fuga”. Estudos apontam que a produção persistente deste hormônio afeta o bem-estar do indivíduo, pois estar o tempo todo em estado de alerta provoca tensão muscular, dificuldade de relaxamento, apreensão entre outros efeitos adversos (MARGIS, 2003).

ATIVIDADE FÍSICA E SEUS EFEITOS NOS SINTOMAS ANSIOSOS

Muitos pesquisadores têm dedicado esforços para compreender como a atividade física pode contribuir com a melhor qualidade de vida das pessoas. Além dos pesquisadores citados, outros como Araújo (2007); Toti Et al (2019); Almeida (2021), também tem destacado essas questões.

Araujo et al (2007) ressaltam que os efeitos ansiolíticos são reduzidos com a prática de exercícios físicos, especialmente exercícios aeróbicos como auxiliares das terapêuticas tradicionais no tratamento dos transtornos de ansiedade, mas ressaltam ainda que esse tipo de exercício deve ter intensidade que não ultrapasse o limiar de lactato, sugere ainda cautela na prescrição de exercícios para indivíduos com ansiedade patológica, principalmente em relação aos exercícios anaeróbicos. Isso demonstra que todo tipo de exercício antes de ser prescrito deve contar com acompanhamento e avaliação profissional, visando sempre o bem-estar dos indivíduos.

No mesmo sentido, Toti Et al (2019) ressaltam que ao analisar a associação entre a prática de atividade física no lazer e os sintomas de ansiedade e depressão em jovens universitários foi constatado que de acordo com a pesquisa realizada, os sintomas de ansiedade foram associados aos indivíduos mais

jovens e às mulheres, com relação aos sintomas de depressão, os sintomas de depressão foram associados ao grupo de estudantes universitários que praticam menos de 150 minutos semanais de atividade física no lazer, de forma regular, portanto, mais uma vez fica claro que o acompanhamento profissional é essencial para determinar a quantidade e tempo ideal de atividade física.

Almeida (2021) com sua pesquisa sobre atividade física, ansiedade e pandemia de COVID 19, traz dados importantes. Alerta que o isolamento social, imposto pela pandemia, refletiu diretamente na vida das pessoas, isso refletiu também em questões como alimentação, e sedentarismo o que contribui com a obesidade. Neste sentido, Almeida (2021) ressalta que são muitas as contribuições do professor de Educação Física na Educação escolar, pois é o profissional ideal para propor medidas com objetivo de diminuir os impactos da obesidade de crianças, já que essa é um dos impactos da pandemia, portanto, é importante a conscientização da sociedade, comunidade escolar e família para garantia da saúde e melhor qualidade de vida das crianças.

Um estilo de vida ativo, resultante da prática de atividade física, contribui para a boa condição física, um dos fatores importantes para a prevenção e o tratamento de doenças e para a manutenção da saúde, bem como um instrumento precioso para a melhoria de qualidade de vida das pessoas (ARAÚJO E ARAÚJO, 2000).

Pelas evidências quanto aos efeitos benéficos que produz, a atividade física vem sendo crescentemente inserida em programas de promoção de hábitos saudáveis de vida, de prevenção e mesmo de controle de doenças, considerando que a prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon, mama e diabetes tipo II. Atua no controle de valores pressóricos e, conseqüentemente, da pressão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão, entre outros (WHO, 2004).

De acordo com Murta (2007), os avanços tecnológicos e as pressões sociais e econômicas levaram a um aumento de problemas de ansiedade em adultos nos últimos anos. A prática regular de exercícios físicos pode produzir efeitos antidepressivos e ansiolíticos e proteger o organismo dos efeitos prejudiciais do estresse na saúde física e mental. A atividade física vem sendo crescentemente inserida em programas de promoção de hábitos saudáveis de vida, de prevenção e mesmo de controle de doenças (KAYSER, 2012), considerando que a prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon, mama e diabetes tipo

II. Atua no controle de valores pressóricos e, conseqüentemente, da pressão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão, entre outros (WHO, 2004).

A Atividade Física pode ser um meio alternativo excelente para descarregar ou liberar tensões, emoções e frustrações, acumuladas pelas pressões e exigências da vida adulta. A Atividade Física Aeróbica é a mais indicada para promover melhoras da aptidão física e dos sintomas normalmente observados, mas desde que prescritos no limiar ventilatório, com um tempo baixo ou moderado, ou seja, sem ultrapassar o limiar de lactato, aplicados na forma de um programa de treinamento físico aeróbio progressivo e controlado (LOWEN, 2020).

Acredita-se que a ansiedade tem sido um fator influente na sociedade adulta, aumentando as chances de desencadear prejuízos físicos e emocionais em indivíduos adultos. Baseado, na hipótese de que a prática do exercício físico é relevante no tratamento desse tipo de transtorno, compreendesse que os efeitos do exercício físico são importantes na diminuição dos sintomas de ansiedade em adultos. A Atividade Física se mostrou eficaz no controle dos altos níveis de ansiedade, sendo benéfico para pessoas com estágio de ansiedade mais elevado, normalmente associado a vários fatores externos. Destaca-se que o exercício é cada vez mais reconhecido como uma forma de tratamento eficaz e complementar para a ansiedade.

Portanto, estas práticas de atividades devem ser acompanhadas de acordo com a intensidade do exercício e o nível de aptidão física de cada indivíduo, além de avaliação clínica e psiquiátrica regular. Para saber qual a quantidade de exercício ideal para alcançar um determinado objetivo usam-se algumas medidas tais como o tempo de duração de cada sessão, frequência com que se pratica o exercício, intensidade e total de calorias que foram gastas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indivíduos mais sedentários são acometidos em maior grau por sintomas ansiosos. O profissional de educação física neste contexto pode contribuir para melhor qualidade de vida das pessoas, para demonstrar isso, recorreremos a diferentes abordagens como: importância da atividade física na vida de crianças com obesidade e sintomas ansiosos, atividades físicas em contexto de pandemia como aliada para diminuir depressão e ansiedade e ainda atividades físicas para jovens universitários com sintomas ansiosos entre outras abordagens. Todas elas demonstram a importância desse tipo de atividade.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Yanka Emanuelle dos Santos. Contribuições da educação física para minimizar os impactos da obesidade em escolares das séries iniciais do ensino fundamental durante a pandemia por Covid-19. 2021.
2. ANDRADE, L. & GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das Escalas de Avaliação de Ansiedade. 2000.
3. ARAÚJO, Sônia Regina Cassiano de; MELLO, Marco Túlio de; LEITE, José Roberto.
4. Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 29, p. 164-171, 2007.
5. ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C.G.S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. 2000.
6. ARAUJO, Sônia Regina Cassiano de; MELLO, Marco Túlio de; LEITE, José Roberto. Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 164-171, June, 2007.
7. BALEOTTI, Maria Eulalia. Efeitos da atividade física na ansiedade e depressão: uma revisão bibliográfica. XI Fórum Científico Fema–Anais. Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA)-ISSN, p. 2446-4708, 2018.
8. BARBANTI VJ. Dicionário de educação física e do esport.. Barueri, SP: 2003.
9. BATISTA, J. I.; DE OLIVEIRA, A. EFEITOS PSICOFISIOLÓGICOS DO EXERCÍCIO FÍSICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E
10. DEPRESSÃO. *Corpoconsciência*, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 1-10, 2016.
11. BEZERRA, M. A. A.; ALENCAR, A. S.; PEREIRA, C. C.B.; SILVA, C. R.; BOTTCHEER, L. B.. Comportamento sedentário em universitários de educação física. *Medicus*, v.2, n.1, p.14-20, 2020.
12. BOTTCHEER, Lara Belmudes. Atividade física como ação para promoção da saúde: um ensaio crítico. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, p. 98-111, 2019.
13. BUENO, J. R; GOUVÊA, C. M. C. P. Cortisol e exercício: efeitos, secreção e metabolismo. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*. São Paulo. /2016.
14. CARDOSO ALYNE LIZANE, Campos et al. Efeito do Transtorno da Ansiedade sobre o Comportamento Alimentar: uma revisão sistemática. 2021.
15. CASTILLO, Ana Regina GL et al; Transtorno de Ansiedade. *Ver Bras Psiquiatr* 2000;(Supl II): 20-3
16. CHAGAS, C. C. Os impactos do estresse na qualidade de vida do trabalhador. Rio de Janeiro, 2019.
17. CORREA, Regina. Saúde mental e exercício físico: ingredientes para uma vida melhor. Dissertação de Mestrado. Mestrado Profissional em Exercício Físico na Promoção da Saúde - Universidade Norte do Paraná, Londrina, 21 de março de 2019.
18. CRUZ, Maria Cristina Natasha Lima et al. Ansiedade em universitários iniciantes de cursos da área da saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 5, p. 14644-14662, 2020.

19. DALEY A. Feasibility of an exercise intervention for women with postnatal depression: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 2008.
20. DE ANDRADE, Azarias Machado; PIRES, Emmy Uehara. Avaliação dos níveis de ansiedade dos estudantes da UFRRJ. *Trabalho (En) Cena*, v. 5, n. 1, p. 248-268, 2020.
21. DELLA CORTE J, Santos LC, Chrispino RF, Castro JBP, Cabral EA, Miarka B, et al. Impacto da atividade física sobre os níveis de ansiedade durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. *Rev Bras Fisiol Exerc* 2022;21(1):61 -76.
22. Diretrizes da OMS (Organização Mundial de Saúde) atividade física e comportamento sedentário, 2020.
23. FERREIRA, Cátia Sofia Pacheco. A Prática de Atividade Física e o Distress Psicológico em Adultos. Tese de Doutorado. 2021
24. Fox KR. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr*. 1999.
25. FUSCO, Suzimar de Fátima Benato et al. Ansiedade, qualidade do sono e compulsão alimentar em adultos com sobrepeso ou obesidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, 2020.
26. GUSZKOWSKA M. Wpływ ćwiczeń fizycznych na poziom leku i depresji oraz stany nastroju [Effects of exercise on anxiety, depression and mood]. *Psychiatr Pol*. 2004 JulAug;38(4):611-20. Polish. PMID: 15518309.
27. HETEM LA. Transtornos de ansiedade. São Paulo: Atheneu; 2004.
28. LIMA, Carla Láine Silva et al. Bases fisiológicas e medicamentosas do transtorno da ansiedade. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, p. e808997780-e808997780, 2020.
29. LOWEN, Alexander. Prazer: uma abordagem criativa da vida. 2020.
30. MARGIS, Regina et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 25, p. 65-74, 2003.
31. Marks, I. M. Fears, phobias and rituals. New York, NY: Oxford University Press. 1987.
32. MARQUES, Gabriel Carvalho et al; Efeitos do exercício físico no transtorno de ansiedade: Uma revisão integrativa. *Journal of Multiprofessional Health Research*. 2021.
33. MAXIMIANO, Vinícius da Silva et al; Nível de atividade física, depressão e ansiedade de estudantes de graduação em Educação Física. *Motricidade* 2020, vol. 16, n. S1, pp. 104-112.
34. MULLER, Aline Kemili de Oliveira Relação da ansiedade com o exercício físico : uma revisão analítica. Universidade Estadual Paulista (Unesp), 2022.
35. MURTA, S. G. Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes. 2007.
36. NAZARÉ Oliveira, Eliany; Aguiar, Rômulo Carlos de; Oliveira de Almeida, Maria Tereza; Cordeiro Eloia, Sara; Queiroz Lira, Tâmia. Benefícios da Atividade Física para Saúde Mental Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 50, 2011, pp. 126-130.
37. OLIVEIRA, V. M. de. Depressão e atividade física. 2018.
38. PARRIS, Zac et al. ATIVIDADE FÍSICA PARA SAÚDE, COVID-19 E MÍDIAS SOCIAIS: O QUÊ, ONDE E POR QUÊ?. *Movimento*, p. e28024-e28024, 2022.

39. PONS MALHEIROS, L.; DE OLIVEIRA , A. O COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO EM MULHERES E SEUS IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA: UMA REVISÃO
40. SISTEMÁTICA. Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza, [S. l.], v. 2, 2022
41. SANTOS, Ana Carolina Zanon et al. Aspectos neurológicos da ansiedade: estudo de casos em alunos de medicina. Revista Interdisciplinar Pensamento Científico, v. 4, n. 3, 2018.
42. SHARMA, R., ANDRIUKAITIS, S. & Davis, J. M. Estados ansiosos. 1995.
43. SOUZA, Paulo Henrique Almeida; Cuidado Farmacêutico No Tratamento Da
44. Ansiedade. Paripiranga, 2021.
45. TOTI, Thamires Gomes; BASTOS, Felipe Antonio; RODRIGUES, Phillipe Ferreira. Fatores associados à ansiedade e depressão em estudantes universitários do curso de educação física. Revista Saúde Física & Mental-ISSN 2317-1790, v. 6, n. 2, p. 21-30, 2019.
46. TRAJANO, Caroline da Silva Mucillo. Associação do consumo alimentar e a eficácia de antidepressivo inibidor da recaptação da serotonina em pacientes com transtorno de ansiedade generalizada: estudo preliminar, 2018.
47. VAZ, F. C. et al. Cortisol e atividade física: será o estresse um indicador do nível de atividade física espontânea e capacidade física em idosos? São Paulo, 2013.
48. VILELA, Lúcia Helena Moraes; JURUENA, Mario Francisco. Avaliação do funcionamento do eixo HPA em deprimidos por meio de medidas basais: revisão sistemática da literatura e análise das metodologias utilizadas. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 63, p. 232-241, 2014.
49. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical activity: direct and indirect health benefits. 2004.
50. WERNECK, Francisco Zacaron; BARA FILHO, Maurício Gattãs; RIBEIRO, Luiz Carlos Scipião. Mecanismos de melhora do humor após o exercício: revisitando a hipótese das endorfinas. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v. 13, n. 2, p. 135-144, 2005.

Capítulo 12



10.37423/230407615

APRENDER A CUIDAR DE ESTOMA E AS CONTRIBUIÇÕES DE UM VÍDEO EDUCATIVO

TATIANE COSTA DA COSTA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
MARIA*



Resumo: Objetivo: conhecer a percepção de pacientes colostomizados por causas não oncológicas e seus familiares acerca da forma como aprenderam a cuidar do estoma e da possibilidade de utilização de um vídeo educativo como estratégia de educação em saúde. Métodos: pesquisa qualitativa, realizada por meio de grupo focal com oito pessoas, sendo quatro pacientes e quatro familiares. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Resultados: organizou-se três categorias: Aprendendo a cuidar do estoma; o apoio familiar como potencializador do cuidado e da adaptação; e as possibilidades e limitações no uso do vídeo educativo. Considerações finais: o processo de aprender a cuidar do estoma foi marcado pela escassez de orientações de enfermagem e concretizado no aprender-fazendo, sendo a colaboração da família importante para o cuidado. O vídeo educativo mostra-se como tecnologia útil para educação em saúde, ao apresentar orientações básicas para o cuidado da colostomia, podendo complementar as orientações de enfermagem.

Descritores: Colostomia; Educação em saúde; Tecnologia educacional; Enfermagem; Família.

INTRODUÇÃO

A estomização intestinal constitui-se na confecção de um orifício na parede abdominal, o qual faz uma comunicação do meio interno com o externo e tem por finalidade o desvio do conteúdo fecal, podendo ser temporária ou permanente. Dentre os tipos de estomas intestinais de eliminação encontram-se as ileostomias e as colostomias. A colostomia é um estoma proveniente da remoção da porção do intestino grosso afetado, sendo resultante da terapêutica para o câncer de cólon e reto, doenças inflamatórias do trato intestinal ou traumas colorretais, sendo o tipo de estoma intestinal mais recorrente na população.¹

O câncer colorretal apresenta-se como a causa predominante para a realização de uma colostomia, seguida das causas congênitas. Algumas doenças inflamatórias como a retocolite ulcerativa, a doença de Crohn e condições hereditárias, como por exemplo, a polipose adenomatosa familiar, também, apresentam como principal terapêutica, a colostomia.²

As pessoas portadoras de um estoma passam a ter seu padrão de eliminação intestinal alterado e enfrentam situações que afetam aspectos fisiológicos, psicossociais e espirituais.³ Nessa perspectiva, vivenciam uma realidade decorrente da presença da colostomia, que resulta no uso contínuo de uma bolsa coletora de fezes aderida a parede abdominal. Essa condição altera a imagem corporal e contribui para suscitar sentimentos conflituosos que podem postergar o processo de adaptação e aceitação da doença e de seu novo jeito de viver.⁴

Tendo em vista as situações de fragilidades vividas, tanto pelo paciente, quanto por seus familiares ou, por aqueles que o auxiliam no cuidado, torna-se fundamental a utilização de recursos humanos e tecnológicos que visem facilitar o convívio com as adversidades inerentes a colostomia. Sob essa ótica, a assistência de enfermagem precisa englobar a pessoa com estoma e sua família, utilizando ações de educação em saúde para favorecer o cuidado e o autocuidado.⁵

Logo, destaca-se a importância do enfermeiro enquanto educador em saúde no contexto das pessoas estomizadas, uma vez que este se encontra mais próximo do paciente e de sua família, tanto na hospitalização, quanto no retorno ao seu domicílio, fator que favorece o desenvolvimento de ações que fortaleçam o cuidado e contribuam no processo de reabilitação, minimizando possíveis dificuldades.⁵⁻⁶

O profissional enfermeiro dispõe de recursos técnicos, científicos e relacionais para esclarecer dúvidas e acolher anseios advindos da nova realidade, bem como subsidiar o preparo e a capacitação na busca

pela autonomia, por meio de ações de educação em saúde. A efetividade dessas intervenções decorre da proximidade estabelecida na relação profissional-paciente-família, a qual pode ser efetivada pela formação do vínculo,⁶ repercutindo em confiança, segurança e independência para o cuidado.

A complexidade que compõe a especificidade de cuidar das necessidades do paciente com colostomia e de seus familiares, conforma um espaço propício para a utilização de tecnologias educativas, com vistas à construção do saber compartilhado. Dentre as tecnologias utilizadas, destaca-se o uso de vídeos educativos como uma forma de divulgação, socialização do conhecimento e troca de informações,⁷ bem como de promoção da saúde.⁶

A utilização de vídeos educativos, enquanto tecnologia educacional para o cuidado configura uma das formas de expressão da humanização e da ludicidade do fazer na assistência em saúde da enfermagem, assegurando criatividade às orientações e promovendo a atuação crítico-reflexiva frente às demandas de cuidado.⁷

Com relação à utilização desse recurso tecnológico, destaca-se estudo que objetivou desenvolver e validar um vídeo educativo para famílias que possuem um membro com colostomia por câncer, haja vista as repercussões provenientes do diagnóstico que se associam as mudanças advindas com a estomização. O vídeo desenvolvido foi validado por juízes especialistas e pelo público alvo (famílias de pessoas com um membro portador de colostomia por câncer), sendo reconhecido enquanto uma tecnologia educativa útil no contexto de cuidado da pessoa e da família que vivenciam a colostomia.⁸

A partir dos resultados obtidos no estudo de validação supracitado, entende-se que o referido vídeo educativo,⁸ considerando suas potencialidades para favorecer o cuidado, o autocuidado e a autonomia da pessoa colostomizada por câncer, possa também se constituir em uma ferramenta de educação em saúde para pacientes colostomizados por situações não oncológicas e para seus familiares, embora o conteúdo do vídeo aborde aspectos específicos do adoecer por câncer. Contudo, esta possibilidade de aplicação necessita ser examinada e avaliada por esse grupo de pessoas específicas.

Com base no exposto, definiu-se como pergunta de pesquisa para este estudo: “Qual a percepção de pacientes colostomizados por causas não oncológicas e seus familiares acerca da forma como aprenderam a cuidar do estoma e da possibilidade de utilização de um vídeo educativo como estratégia de educação em saúde?”. Assim, o objetivo do estudo é conhecer a percepção de pacientes colostomizados por causas não oncológicas e seus familiares acerca da forma como aprenderam a

cuidar do estoma e da possibilidade de utilização de um vídeo educativo como estratégia de educação em saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que integra um projeto matricial, o qual objetivou desenvolver, validar, implementar e avaliar uma tecnologia educacional audiovisual, na forma de vídeo, direcionada às pessoas com colostomia e suas famílias. Este estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), referência no atendimento a pessoas estomizadas do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. A unidade dispõe de equipe multiprofissional específica para atuar nessa especialidade, desenvolvendo atividades individuais e coletivas que visam contemplar a integralidade do cuidado ofertado, qualificar e humanizar a assistência em saúde à pessoa com estoma e seus familiares.

Os participantes do estudo foram oito pessoas, sendo quatro pessoas com colostomia por situações não oncológicas e quatro familiares envolvidos no cuidado domiciliar que, voluntariamente, aceitaram o convite para participar da pesquisa.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: apresentar idade igual ou superior a 18 anos, conferindo assim, maioridade legal para decidir sobre a participação no estudo; apresentar colostomia, independentemente do tempo pós-operatório; estar acompanhado de no mínimo um familiar envolvido no cuidado domiciliar. Como critérios de exclusão definiram-se: pacientes portadores de colostomia por câncer e para os familiares foi considerado como critério de exclusão a idade inferior a 18 anos.

Como forma de localizar os possíveis participantes do estudo, foi realizada uma aproximação ao grupo de apoio a pessoas estomizadas do município, o qual tem suas atividades vinculadas a UBS, com participação de aproximadamente 35 pessoas. Essa estratégia facilitou a identificação dos possíveis participantes que correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão. Considerando que a época do estudo participava do grupo 10 pessoas com colostomia por causa não oncológica, estas foram convidadas a participar do estudo, sendo esclarecido o objetivo da pesquisa e demais aspectos éticos relacionados à voluntariedade, anonimato, riscos e benefícios. Mediante aceite, foi agendando um encontro para a realização da atividade grupal conforme a disponibilidade comum de todos os participantes.

A coleta dos dados foi realizada no mês de setembro de 2016, por meio de um formulário com questões sociodemográficas e a realização de um grupo focal. Destaca-se que o encontro para a produção dos dados foi confirmado previamente, conforme acordado com os participantes.

O grupo focal é uma forma de entrevista em grupo, orientado por um guia de temas, o qual permite a comunicação e a relação entre as pessoas, de modo que a informação não seja transmitida em sentido unilateral, caracterizando-se como um processo de interação e troca de ideias entre as diferentes realidades que compõem o grupo. O objetivo precípua desta estratégia é estimular a reação de todos os participantes diante das falas uns dos outros, permitindo com isso um movimento recíproco e participativo, influenciado pela natureza social da interação do grupo.⁹

A realização do grupo focal compreende três fases, das quais é imprescindível a participação de um moderador e de observadores que possuem papel ímpar na realização do grupo, contribuindo com diferentes tarefas. O moderador faz o papel de mediador do grupo, conduz a realização do mesmo e estimula os participantes a dialogar sobre o tema em discussão. Os observadores registram as interações não verbais e controlam o tempo da atividade.⁹

Neste estudo, o grupo focal contou com a participação de um moderador e dois observadores. O ambiente para a realização do grupo focal foi pensado e organizado antecipadamente, objetivando acolher os participantes, sendo as cadeiras dispostas em círculo, com vistas a facilitar a interação grupal e permitir o contato visual entre os participantes. A sala foi reservada exclusivamente para essa finalidade, no intento de evitar interrupção durante o desenvolvimento da atividade.

Seguindo as três fases preconizadas na realização de um grupo focal, no primeiro momento foi realizada uma dinâmica de apresentação, em que os participantes foram convidados a se apresentar com nome e uma característica pessoal que considerassem pertinente para o momento. Essa dinâmica de apresentação permitiu o envolvimento e a aproximação entre os membros do grupo.

Na segunda fase concebeu-se a coleta de dados propriamente dita. Introduziu-se a conversa por meio do guia de temas, sendo organizado em quatro pontos temáticos. O primeiro ponto tratava sobre o cuidado com o estoma em cinco perguntas detalhadas acerca do assunto, foram elas: como aprendeu a cuidar?; com quem aprendeu?; onde aprendeu?; quando aprendeu?; e o que ajudou? As temáticas foram disparadas pelo moderador a fim de facilitar a discussão em grupo.

Após esta etapa, ainda na segunda fase de desenvolvimento do grupo focal, foi realizada a exibição do vídeo educativo desenvolvido, o qual aborda as principais orientações acerca dos cuidados para

higienização e manuseio do estoma e da bolsa coletora, orientações básicas direcionadas a alimentação do paciente com colostomia e depoimentos encenados por atores, que simulam situações de vida do paciente e de familiares que vivenciam a colostomia, intencionando encorajar e tornar mais cooperativa e solidária a adaptação da família diante da colostomia. O vídeo tem duração de oito minutos e 35 segundos, constituído de recurso auditivos e visuais que permitem ao espectador contextualizar e familiarizar-se com os cuidados e produtos utilizados no manejo com o estoma.

Outro ponto abordado na segunda fase do grupo focal direcionou-se a avaliação do vídeo, considerando sua viabilidade enquanto recurso de educação em saúde, detalhado em perguntas relacionadas à tecnologia audiovisual utilizada. Nesse sentido, os participantes foram instigados a dialogar acerca da utilidade do vídeo enquanto um recurso para a educação em saúde, nas situações oriundas pela confecção de um estoma por causas não oncológicas. Além disso, foram feitas as seguintes indagações: o que vocês pensam sobre a linguagem utilizada?; o conteúdo do vídeo?; tempo de duração?; a dinâmica utilizada no vídeo? Ademais, os participantes também foram estimulados a comentar sobre as fragilidades/singularidades da tecnologia audiovisual.

A terceira e última fase da realização da dinâmica do grupo focal foi direcionada a finalização da atividade e aos agradecimentos, sendo, então, oferecido um chá para a confraternização dos participantes. A dinâmica teve duração de aproximadamente 80 minutos. As falas provenientes do grupo focal foram gravadas em sua totalidade e, após transcritas na íntegra para serem submetidas à análise de conteúdo, em torno de três polos cronológicos.¹⁰

O primeiro polo é a pré-análise do material, fase de organização dos dados para tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. O segundo polo compõe a exploração do material, sendo a fase mais longa e minuciosa, com operações de codificação, decomposição ou enumeração e conformação de possíveis categorias. O último polo é o de tratamento e interpretação dos resultados, em que o material oriundo da coleta de dados é tratado de maneira significativa e válida, constituindo as categorias do estudo. Finalizando o processo de análise os resultados encontrados foram discutidos com base em referencial de cotejamento.¹⁰

Respeitando os aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 1.461.655. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato da identidade dos participantes do estudo foi assegurado por códigos de identificação alfanuméricos (P1, F1; P2, F2; P3, F3 e P4, F4), em que a letra “P” refere-se a paciente e a letra “F” familiar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos oito participantes do estudo, quatro eram pessoas portadoras de colostomia, sendo três do sexo masculino, colostomizados por ferimento de arma de fogo e um do sexo feminino, colostomizada por doença de Crohn, com idade de 32, 40, 48 e 66 anos. Quanto ao estado civil, um dos participantes era separado e três eram casados. O tempo de realização do estoma variou de quatro meses a um ano. Quanto à escolaridade, dois possuem ensino fundamental incompleto, um ensino fundamental completo e um ensino médio completo.

Os quatro familiares que se envolviam nos cuidados domiciliares eram do sexo feminino, cônjuges (duas), filha (uma) e sobrinha (uma), com idades de 24, 26, 30 e 59 anos. Como profissão, uma era do lar, uma empregada doméstica, uma era estudante e a outra recepcionista. Com relação à escolaridade, duas têm ensino fundamental incompleto, uma tem ensino técnico e uma graduação em desenvolvimento.

Após a leitura exaustiva do material proveniente da coleta de dados, o conteúdo expresso foi agrupado por similaridade e discordância de informações, emergindo três categorias de análise: Aprendendo a cuidar do estoma; O apoio familiar como potencializador do cuidado e da adaptação e; as possibilidades e limitações no uso do vídeo educativo.

APRENDENDO A CUIDAR DO ESTOMA

Aprender a cuidar do estoma é um processo em que o paciente com colostomia e sua família podem encontrar algumas dificuldades, tanto no que tange ao cuidado dispensado pelos familiares, quanto no autocuidado e na realização das atividades diárias de vida. Essa necessidade emerge no pós-operatório imediato e está associada às transformações fisiológicas do corpo, decorrentes do desvio do trânsito intestinal, e das repercussões nas esferas emocional e social das pessoas.

Diante da necessidade de cuidados com o estoma e ante as mudanças advindas da nova realidade, desafios a serem superados pelos pacientes e por suas famílias se apresentam. Nesse contexto, as orientações educativas de enfermagem constituem-se como um elemento potencializador para assimilação do funcionamento do corpo e apropriação das demandas de cuidado a serem realizadas.⁴

Contudo, as falas dos participantes revelam a insuficiência de orientações como um fator que posterga a compreensão e a adaptação a partir da confecção do estoma, dificultando o cuidado e o autocuidado a ser realizado no domicílio.

Quando ele saiu do hospital, eu não tive orientação de um profissional para me dizer exatamente como eu deveria fazer. Teria sido importante se eu tivesse sido orientada, pois melhoraria a qualidade do tratamento. Mas eu não tive orientação nenhuma. (F2)

Eram as enfermeiras que trocavam a bolsa. Elas nunca me disseram como tinha que fazer. Elas vinham e trocavam para mim, depois eu ia ao banheiro e lavava. (P4)

A carência de informações e orientações educativas por parte da enfermagem influencia significativamente no processo de aprendizagem para o cuidado e o autocuidado, repercutindo em dificuldade para a execução de atividades que podem ser consideradas simples, como a troca e a higienização da bolsa coletora. Nesta perspectiva, somado a insegurança advinda do contexto vivenciado, a redução do período de internação hospitalar no pós-operatório, que, por vezes, limita o desenvolvimento de ações educativas ao paciente e sua família, tendem a tornar o regresso ao domicílio e o cuidado e autocuidado uma tarefa desafiadora.¹¹

Ante a insuficiência de orientações, os pacientes e seus familiares buscam estratégias que subsidiem a execução das atividades de cuidado, como a observação dos procedimentos realizados durante a hospitalização e na unidade básica de saúde. Também, buscam na internet informações que ajudem a suprir as demandas para cuidado da colostomia no domicílio.

Não recebi informações de cuidado no hospital. Quando eu fiz a ficha no posto, eu pegava duas, três bolsas e levava para casa. Eram as enfermeiras do posto que trocavam, mas elas nunca me disseram faz assim ou assim. Eu fui olhando e pegando o jeito. (P3)

A troca e a higienização foram feitas por mim. Eu fui olhando e lendo, olhando alguma coisa na internet, e é como eu tenho feito. Eu descobri sozinha. E é como faço até hoje. (F4)

A gente se adapta aos problemas e vai se moldando, vai aprendendo aos poucos. (P2)

As orientações e informações compartilhadas pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, são facilitadoras no processo de aprendizagem para o cuidado e autocuidado, mas quando não realizadas de forma eficaz, tendem a adiar a construção dos novos conhecimentos e, conseqüentemente, a autonomia das pessoas envolvidas. Assim, cada indivíduo, de acordo com a realidade em que está inserido, busca respostas para suas dúvidas, desenvolvendo formas de atender as necessidades a partir das vivências, de tentativas e erros e pelo conhecimento adquirido no processo do aprender-fazendo.

Contudo, há que se destacar que a comunicação, pautada numa relação de colaboração com paciente e família, na compreensão de suas preocupações e problemas e no incentivo para agir, é uma ferramenta valiosa para os enfermeiros fornecerem suporte informativo e emocional, com vistas a favorecer a adaptação e a autonomia.¹²

O APOIO FAMILIAR COMO POTENCIALIZADOR DO CUIDADO E DA ADAPTAÇÃO

A confecção de um estoma se caracteriza como uma estratégia para manutenção da vida, da qual decorrem várias modificações no contexto de vida da pessoa estomizada e de seus familiares.^{4,13} Após a colostomia o paciente confronta-se com o estranhamento frente as mudanças na apresentação do seu corpo, materializadas na bolsa aderida a pele.¹⁴ Esta alteração poderá ocasionar dificuldades de interação como o meio em que vive e com a própria família, levando, por vezes, ao isolamento social.¹⁵

O medo e a insegurança com relação ao funcionamento da colostomia durante as atividades rotineiras foram revelados pelos participantes do estudo, culminando na necessidade de refletir sobre si e o modo de viver diante das dificuldades, como versa a fala a seguir:

Eu não saía de casa. Se estou com a bolsa cheia de fezes, estou caminhando e estoura, como é que eu vou fazer? É complicado. Então eu ficava em casa! Com o tempo fui pegando o jeito. Agora vou a baile, vou a tudo. Mas para conseguir isso demorou. Minha esposa insistia, queria que eu saísse, mas era complicado. Demorou! (P3)

Ao vivenciar o processo de saúde-doença e a necessidade de viver com uma colostomia, a pessoa, além de aprender a lidar com o estoma, precisa ressignificar sua relação com o próprio corpo¹⁴, demandando um novo tipo de cuidado¹⁵ e novas formas de ver-se no contexto das relações interpessoais e em sociedade. Nesse processo de adaptação percebe-se como imprescindível o apoio e o suporte da família.

A colaboração da família como suporte emocional e respaldo na realização dos cuidados à pessoa estomizada mostra-se singular e de fundamental importância, pois a mesma conhece as peculiaridades, os hábitos, as preferências e as vulnerabilidades do seu familiar, proporcionando fortalecimento e segurança em relação ao cuidado em si, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

A pessoa que está do nosso lado em que ajudar, para gente não se sentir tão sozinho. Acho que o importante é o companheirismo. A gente precisa de uma pessoa disposta a nos ajudar a enfrentar essa situação do lado da gente. (P3)

É muito importante também ter a família ao lado, os cuidados trazidos por ela facilitam a adaptação. (P1)

A família nesse momento é fundamental, como apoio e ajuda nos cuidados. (P4)

A aceitação e adaptação do paciente a sua nova condição de vida é influenciada por fatores internos, como também, pelo suporte e apoio familiar a ele atribuído. A família, considerada fonte de amparo e cuidado, quando envolvida no processo terapêutico, contribui para que o paciente estabeleça uma perspectiva otimista em relação a sua maneira de viver com a colostomia,¹¹ favorecendo a transição entre os desafios que se apresentam e o restabelecimento de uma vida dita como “normal”.

Contudo, as dificuldades em manter um cotidiano estável em decorrência das imprevisibilidades relacionadas à colostomia, tendem a tornar a vida dos pacientes sem garantia de controle total, o que gera preocupação no que tange a vida familiar e social.³ As dificuldades em desenvolver o cuidado a pessoa estomizada e a limitação de fontes de ajuda e suporte, pode colocar o paciente e a família diante de fatores que restrinjam a capacidade de enfrentamento das adversidades.¹⁶

Assim, o papel da família, expresso nas diversas formas de cuidado, torna-se fundamental para a pessoa com colostomia, pois ao fortalecer a autoestima e a autoconfiança, contribui para uma adaptação saudável, refletindo-se em melhora na qualidade de vida.¹⁷

AS POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES NO USO DO VÍDEO EDUCATIVO

As estratégias de educação em saúde exigem a utilização de uma abordagem organizada, de modo que as pessoas possam satisfazer suas necessidades de cuidado e autocuidado específicos. Para isto, as ferramentas educativas utilizadas devem passar por algumas avaliações, com vistas a sustentar e comprovar sua eficácia para utilização no cotidiano da prática assistencial.

Ao apresentar o vídeo educativo aos participantes do estudo, os mesmos o avaliam como um recurso eficiente para o processo de orientações dos aspectos inerentes ao cuidado e autocuidado do estoma, independentemente da situação que conduz a sua confecção. Contudo, destacam que o vídeo precisa estar associado a algumas ações práticas, relacionadas à experimentação do fazer, para garantir a apreensão da totalidade de informações necessárias para realizar o cuidado, como evidenciado nas falas a seguir:

É para dar uma dica mesmo, pois nada melhor do que a prática. Porque de início, uma coisa que a gente nunca fez, é bem difícil de fazer. O vídeo dá uma base mais ou menos do que tem que ser feito, mas a prática é que vai realçar o conhecimento de tudo (F1)

A melhor forma de ensinar é com a prática. A prática é melhor do que a teoria, ao meu ver. Penso que se fosse só pelo vídeo eu não aprenderia, teria que ser as duas coisas associadas, teoria e prática. (P1)

Eu acho que o vídeo, de início, ajuda bastante. Claro que com a prática, alguém pegando o material e demonstrando de verdade fica mais fácil. (F2)

A possibilidade de associar a teoria, ou seja, as orientações verbais e demonstrações presentes no vídeo, à prática da execução do procedimento in loco, preferencialmente com supervisão do enfermeiro, favorece a assimilação e a aprendizagem. Estabelecer a integração entre as dimensões teóricas e práticas no processo educativo são considerados ingredientes essenciais de um programa de ensino, principalmente quando se trata de procedimentos e ações específicas de cuidado.¹

Incentivar o desenvolvimento de habilidades manuais, com vistas a facilitar o cuidado e o autocuidado com o estoma e a bolsa coletora, por meio de ações educativas efetivas, considerando as singularidades dos pacientes e de seus familiares, pode contribuir significativamente para cuidado que será ofertado no domicílio. Ademais, os participantes consideram que a utilização do vídeo em questão nos processos educativos exerce maior influência quando inseridos precocemente, ou seja, no período pré-operatório e pós-operatório imediato.

Ver o vídeo e ter orientações no início facilitaria muito, eu vim para casa sem orientação nenhuma. (P3)

Se tivesse mostrado o vídeo no início, eu não teria passado tanto trabalho, pois teria uma noção de como fazer. (P1)

De início ajuda, sim. Agora, nesse momento, eu assistindo ao vídeo não me ajudou, pois eu já me virei para aprender a cuidar. Se fosse no começo, seria ótimo! Se a gente saísse do hospital e assistisse, sim, seria útil. Agora, depois de tempo, já não ajuda. (F3)

A educação em saúde necessita ser iniciada no período pré-operatório e, quando realizada de maneira eficaz, pode contribuir para minimizar as angústias antes e após o procedimento cirúrgico.¹⁸ Nesse sentido, considerando que para providenciar os cuidados com o estoma, pacientes e familiares precisam receber orientação e apoio contínuos, estes devem começar no pré-operatório e seguir durante a internação, sendo direcionados ao cuidado no domicílio.¹⁹

Portanto, as estratégias utilizadas para este fim necessitam estar voltadas a atender as peculiaridades do público-alvo e as necessidades de cuidado e autocuidado apresentadas. Com relação ao vídeo educativo utilizado nesse estudo, a linguagem, a dinâmica e o tempo de duração foram mencionados pelos participantes como facilitadores do processo educativo.

A linguagem do vídeo é clara, bem clara. Tem uma forma bem simples, e bem fácil entender. (F1)

Eu achei a dinâmica do vídeo boa, ele mostra o básico e ficou bem claro. Não acho que faltou alguma coisa, deu para saber um pouquinho de cada coisa, da alimentação, da troca da bolsa e dos cuidados. Deu bem para orientar, foi bom e ficou claro! (F2)

O tempo do vídeo é bom, porque explicou bem as coisas. Foi organizado de forma simples e adequado. Vale em qualquer situação, independentemente de ser por câncer ou não. (P4)

A produção audiovisual, por utilizar uma metodologia que alia informação visual e auditiva, de maneira dinâmica e que estimula a aprendizagem pelo poder da imagem, é considerada importante para o incremento tecnológico educativo na assistência de enfermagem, bem como, um excelente recurso de comunicação e aprendizagem.⁷ Ademais, permite viabilizar o acesso a várias informações organizadas de modo a atender as diversas necessidades do paciente e de sua família, fazendo com que estes tenham participação ativa no processo de saúde doença.⁶

Isto posto, torna-se importante destacar um estudo que desenvolveu material com recursos de aprendizagem baseado em vídeo, voltado para cuidadores de crianças portadoras de colostomia, e avaliou sua eficácia em termos de conhecimento e habilidade alcançada. Os resultados comprovaram que o vídeo foi eficaz para aumentar o conhecimento e a habilidade dos cuidadores.¹⁸ Tal resultado corrobora o encontrado na presente investigação e sinaliza para a aplicabilidade dessa tecnologia na prática assistencial da enfermagem.

No contexto da educação em saúde voltada ao preparo para a alta hospitalar, o enfermeiro, como agente facilitador desse processo pode colaborar para que os indivíduos adquiram segurança e desenvolvam habilidades para a realização do cuidado e preservação da autonomia. Tendo em vista que o cuidado e o ensino são processos fundamentais na prática da enfermagem, a utilização do vídeo educativo constitui-se em uma forma de ampliar e fortalecer a assistência aos pacientes colostomizados e seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer como os pacientes e seus familiares aprenderam a cuidar e a manejar o estoma. A falta de orientações no ambiente hospitalar evidencia uma lacuna nas estratégias de educação em saúde utilizadas pelos profissionais no momento da alta, tanto aos familiares como à pessoa com colostomia. Dessa forma, é válido propor momentos de sensibilização a esses profissionais e espaços de educação continuada para o desenvolvimento de habilidades que visem o planejamento da alta do paciente recém colostomizado.

Na realidade vivenciada pelos participantes do estudo, percebe-se as dificuldades advindas da confecção do estoma e da necessidade do uso da bolsa coletora. O apoio por parte dos familiares é considerado essencial para adaptação e aceitação, recuperação da autoestima, favorecendo o retorno as atividades sociais e de trabalho e a qualidade de vida.

Quanto à tecnologia educativa utilizada no estudo, conclui-se que o vídeo tem validade educativa também para pacientes com colostomia por causas não oncológicas e seus familiares. Nesse sentido, mostra-se útil desde que seja apresentado precocemente ao público alvo, ou seja, no pós-operatório imediato, antes da alta hospitalar, como reforço às orientações recebidas da equipe de saúde, mas não substituindo ou dispensando-as. Ainda, ressalta-se a importância de que o uso da tecnologia educativa audiovisual esteja associado às demonstrações práticas e ao incentivo do manuseio dos materiais utilizados na higienização, na aderência da bolsa coletora e nos cuidados com a pele, estimulando os pacientes e seus familiares a realizarem os procedimentos.

Os resultados do presente estudo demonstram que o vídeo educativo oferece subsídios que podem auxiliar o planejamento de estratégias de educação em saúde a serem utilizadas pelos enfermeiros, com vistas a potencializar a autonomia e a qualidade de vida das pessoas estomizadas e, conseqüentemente, de suas famílias.

Como limitações do estudo destaca-se a amostra restrita a apenas um grupo focal, formado por pacientes com colostomia e sua família, não sendo possível a realização de um segundo grupo, uma vez que os participantes não aderiram ao convite. Considerando que a ileostomia é um tipo de estoma de eliminação intestinal, para o qual os cuidados se assemelham com os da colostomia, a inclusão de pacientes com essas características pode constituir um novo grupo focal e potencializar a avaliação do vídeo.

REFERÊNCIAS

- 1 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
- 2 Cunha RR, Ferreira AB, Backes VMS. Características sócio-demográficas e clínicas de pessoas estomizadas: revisão de literatura. Revista estima [Internet]. 2013[acesso em 2017 dez 06];11(2). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/327/0>
- 3 Sarabi N, Navipour H, Mohammadi E. Relative tranquility in ostomy patients' social life: a qualitative content analysis. World journal of surgery [Internet]. 2017[cited 2017 June 13];41(8):2136-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28321552>
- 4 Mota MS, Gomes GC, Petuco VM. Repercussões no processo de viver da pessoa com estoma. Texto & contexto enferm [Internet]. 2016[acesso em 2017 abr 10]; 25(1):e1260014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-1260014.pdf
- 5 Ardigo FS, Amante LN. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. Texto & contexto enferm [Internet]. 2013[acesso em 2017 abr 10];22(4):1064-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/24.pdf>
- 6 Razera APR, Buetto LS, Lenza NFB, Sonobe HM. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. Cienc cuid saúde [Internet]. 2014[acesso em 2017 abr 10];13(1):173-8. Disponível em:
<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19659>
- 7 Ikeda ALC, Cruz FBJ, Rosa LM, Anders JC, Radünz V, Fermo VC. Vídeo educativo na fase pré-transplante de células-tronco hematopoiéticas. Ver enferm UFSM [Internet]. 2016[acesso em 2017 abr 10];6(4):507-17. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21520>
- 8 Rosa BVC. Desenvolvimento e validação de um vídeo educativo para famílias de pessoas com colostomia por câncer [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2015.
- 9 Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 13a ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
- 10 Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 11 Sousa CF, Brito DC, Branco MZPC. Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. Enferm foco (Brasília) [Internet]. 2012[acesso em 2017 jun 13];3(1):12-5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/213/134>
- 12 Moraes JT, Silva AE, Silva MDM, Guimarães RO, Ferraz GB. A percepção de cirurgiões sobre o cuidado em estomias. Journal of health scienci [Internet]. 2017[acesso em 2017 jun 13];19(1):14-8. Disponível em: <http://pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/3211/3509>
- 13 Tao H, Songwathana P, Isaramalai SA, Wang Q. Supportive communication to facilitate chinese patients' adaptation to a permanente colostomy: a qualitative case study approach. Gastroenterol

nurs [Internet]. 2016[cited 2017 June 17];39(5):366-75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27684635>

14 Marques ADB, Amorim RF, Landim FLP, Moreira TMM, Branco JGO, Moraes PB, et al. Consciência corpórea de pessoas com estomia intestinal: estudo fenomenológico. Rev bras enferm [Internet]. 2018[acesso em 2018 fev 13];71(2):418-24. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0391.pdf

15 Mota MS, Gomes GC. Mudanças no processo de viver do paciente estomizado após a cirurgia. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013[acesso em 2017 jun 13];7(12):7074-81. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12378/15131>

16 Rosa BVC, Girardon-Perlini NMO, Begnin D, Rosa N, Stamm B, Coppetti LC. Resiliência em famílias de pessoas portadoras de colostomia por câncer: um olhar a partir do sistema de crenças. Ciênc cuid saúde [Internet]. 2016 [acesso em 2017 jun 13];15(4):723-30. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/34739/18459>

17 Mendes AS, Ribeiro MA, Santana ME. Qualidade de vida de indivíduos com estomias intestinais. J nurs health [Internet]. 2013[acesso em 2018 fev 13];3(1):126-35. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3709/3020>

18 Rorato AMRS, Lima SBS, Silveira LD, Santiago AS. O uso da internet e do lúdico como ferramentas para a educação em saúde nas orientações perioperatórias. Rev saúde digital e tecnologias educacionais [Internet]. 2016 ago/dez[acesso em 2017 jun 13];1(2):36-43. Disponível em: periodicos.ufc.br/resdite/article/download/19593/30261

19 Dabas H, Sharma KK, Joshi P, Agarwala S. Video teaching program on management of colostomy: evaluation of its impact on caregivers. J indian assoc pediatr surg [Internet]. 2016[cited 2017 June 13];21(2):54-6. Available from: <http://www.jiaps.com/text.asp?2016/21/2/54/17693>

Capítulo 13



10.37423/230407616

A (IN)SATISFAÇÃO E (DES)MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA UNIDADE MUNICIPAL DA ILHA DE COTIJUBA-PA.

JAQUELINE FERREIRA DIAS

FACULDADE PAN AMAZONICA -FAPAN

JESSYCA ELAINE GONÇALVES DA SILVA

FACULDADE PAN AMAZONICA -FAPAN

Camilo Eduardo Almeida Pereira

*UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ-
UEPA*

Karina Raissa Rodrigues de Jesus

FACULDADE PAN AMAZONICA -FAPAN

Danielle Cordeiro da Cunha

FACULDADE PAN AMAZONICA -FAPAN

Miquéias Bailão Teixeira

UNIVERSIDADE DA AMAZONIA - UNAMA

Rose Danielle Couto de Campos da Silva

FACULDADE PAN AMAZONICA -FAPAN

Ellen Rejane Lima da Conceição Rodrigues

FACULDADE PAN AMAZONICA -FAPAN

Livia Brena Marreira de Aquino

UNIVERSIDADE DA AMAZONIA - UNAMA

Silvana Silva de Souza

FACULDADE PAN AMAZONICA -FAPAN

Resumo: O objetivo deste artigo é analisar a satisfação dos profissionais de saúde da Unidade Municipal de Saúde da Ilha de Cotijuba - PA. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, Participaram deste estudo 13 profissionais de saúde da Ilha de Cotijuba em 2018, cujos dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Com os resultados obtidos, os eixos de análise adotados, no qual apontam a influência de diversos fatores que interferem na satisfação dos profissionais de saúde desde salário, condições de trabalho, motivação, trabalho em equipe, gestão na ótica dos participantes. Ressalta-se com este estudo a importância de trabalhar a satisfação dos profissionais de saúde na área da Atenção Básica, pois é essencial para o desenvolvimento e sucesso de qualquer instituição.

Palavras-chave: Satisfação. Motivação. Profissionais de Saúde.

INTRODUÇÃO

A motivação e a satisfação são duas questões que assumem especial interesse para as organizações, uma vez que potencializam o desempenho dos seus colaboradores. Motivação é um impulso, um sentimento que nos faz agir de modo a atingir determinado objetivo, já a satisfação representa uma atitude positiva vinculada a um fator emocional¹

Estudo sobre o ambiente laboral dos trabalhadores da saúde na estratégia saúde da família, faz um alerta para fato de não se tratar com devida atenção a valorização do profissional nas instituições, o que tem corroborado com a elevação de problemas relacionados à falta de motivação e insatisfação dos trabalhadores, acarretando no adoecimento dos mesmo².

No ambiente de trabalho são muitos os condicionantes que fazem parte das atividades laborais que podem influenciar no processo saúde- doença do trabalhador. Essas condições estão atreladas a estrutura físicas das unidades de saúde, salário insatisfatório, falta de reconhecimento, instabilidade no emprego, falta de interação, estresse, número reduzido de recursos humanos, demanda de atendimento, autonomia para resolutividade de problemas³⁻⁴.

Nessa perspectiva, um dos campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) é saúde do Trabalhador, o qual, por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora pressupõe que seja promovida a saúde por meio de ambientes e processos de trabalho saudáveis, estando a ligada a Atenção Primária à Saúde (APS), pois essa se mostra como um conjunto de ações pautadas para prevenção e promoção a saúde, principalmente por ser porta aberta do sistema, e atua na perspectiva de território vivo, levando em consideração o determinantes sociais em saúde e os aspectos epidemiológico⁵⁻⁶.

Nesse sentido, os profissionais da saúde ocupam uma posição crucial para a população, pois auxiliam os indivíduos, famílias e comunidades para a manutenção da saúde. Todavia, os mesmos compõem um grupo vulnerável, em decorrência da alta complexidade que envolvem as demandas de atendimento, somado as questões estruturais do SUS, como o subfinanciamento dos recursos para APS, que pode gerar conflitos organizacionais, interferindo na satisfação e adoecimento dos trabalhadores da saúde.

Tratando-se sobre as condições organizacionais dos trabalhadores da saúde, dentre os elementos chave e decisivos enfrentados pelos profissionais da saúde, em todos os níveis técnico e superior, envolvem: a jornada de trabalho diferenciada e desigual; heteronomia salarial e a ausência de Plano

de Cargos, Carreira e Salários (PCCS); os critérios arbitrários para ascensão funcional, sobrecarga de trabalho, devido às dificuldades gerenciais e à precariedade das condições de trabalho e exposição aos riscos ocupacionais⁷.

Outro aspecto que precisa ser levado em consideração para insatisfação dos profissionais de saúde da APS é a diferença que existe entre o ambiente rural e urbano, em termos de investimentos, desenvolvimento social e econômico, observa-se que o trabalho realizado pelo profissional de saúde na região das ilhas são diferenciados da área metropolitana, e isso ocorre por uma série de fatores que vão desde questões relacionadas às estruturas físicas dos locais de trabalho, localização dos postos de trabalho, investimentos de modo geral e o perfil da demanda da população atendida⁸.

As populações rurais apresentam, em geral, índices de saúde e de determinantes sociais piores que os urbanos, além de problemas de saúde mais frequentes. Outro aspecto é a taxa de cobertura da APS, levando em conta o perfil demográfico dessa população⁹. Logo, é preciso ter uma política de atenção diferenciada, a fim de criar estratégias condizente com peculiaridades das comunidades rurais, permitindo que o trabalhador de saúde tem uma atuação qualificada para lidar com população das ilhas. Diante desse panorama, esse estudo tem como objetivo analisar a satisfação e a motivação dos profissionais de saúde da Unidade Municipal de Saúde da Ilha de Cotijuba – PA

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido na unidade municipal de saúde da Ilha de Cotijuba-PA. Pode-se considerar a Ilha de Cotijuba como ribeirinha, pois a mesma apresenta a maior parte de seus moradores vivendo do extrativismo, principalmente do turismo, frutos do açazeiro, da pesca e da agricultura.

Participaram do estudo 13 profissionais de saúde, sendo Médicos, Enfermeiros e técnicos de enfermagem, utilizou-se como critério de inclusão trabalhadores que tinha um vínculo empregatício de no mínimo 6 meses com a unidade de saúde, foram excluídos os que estavam de férias ou afastado do trabalho por algum motivo. Amostra do estudo ocorreu por saturação, ou seja, ocorrência de redundância ou repetição de informações por parte dos entrevistados, de forma a não acrescentar informação nova para temática estudada.

A coleta de dados ocorreu por entrevista semiestruturada no qual tivemos a preocupação de realizá-la em local fechado com a presença apenas do pesquisador e do participante. Para manter o anonimato, identificou-se os discursos e as entrevistas utilizando-se códigos alfanuméricos, os quais

foram compostos da letra E de “Entrevista” e o número sequencial. Adotamos roteiro prévio sobre a temática, sendo que mesmo era dividido em dois eixos, o primeiro o perfil do participante e o segundo apresentava a seguintes perguntas: Para você como é trabalhar em unidade de saúde situada na ilha? O que você entende sobre o contexto de satisfação profissional? Você está satisfeito com seu ambiente de trabalho? Em sua opinião o que é preciso modificar para ter mais satisfação no ambiente de trabalho? Para você um profissional insatisfeito pode interferir na assistência presta ao usuário?

Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas e posteriormente realizadas transcrições literais dos dados coletados. No qual, foram realizados recortes dos discursos dos participantes, a fim de alcançar o núcleo de compreensão, que foram organizados e agregados em eixos temáticos, conforme análise de Bardin¹⁰. O estudo foi previamente autorizado pelo parecer do Comitê de Ética da Universidade Paulista (UNIP) sob o parecer 2.963.560. Esse estudo respeitou os princípios éticos de acordo com resolução 466/12 (CNS/MS)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participantes tinham uma predominância de faixa etária de 30-45 anos. Quanto ao sexo, o feminino (61,53%) e masculino (38,47%), conforme o quadro 1. As profissões variaram entre técnicos de enfermagem (69,24%), enfermeiros (15,38%) e médicos (15,38%). Em relação ao tempo de serviço há um predomínio de 6 meses a 5 anos (61,53%). Os quais possuíam mais de um emprego Sim (46,16%), Não (53,84%). Estuda e trabalha responderam, Sim (38,47%), Não (61,53%), de acordo com quadro 1.

Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa – A Satisfação dos Profissionais de Saúde da Unidade Básica da Ilha de Cotijuba -PA, 2018.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES		
Sexo	Quantidade	%
Feminino	8	61,53%
Masculino	5	38,47%
Total	13	100%
Faixa etária	Quantidade	%
30- 45	8	61,53
46- 61	5	38,47
Total	13	100%
Profissão	Quantidade	%
Técnico de Enfermagem	9	69,24
Enfermeiros	2	15,38
Médicos	2	15,38
Total	13	100%
Tempo de Serviço	Quantidade	%
6 meses -5 Anos	8	61,53
6 anos- 11anos	3	23,07
12 Anos-17Anos	2	15,38
Total	13	100%
Possui mais de um Emprego	Quantidade	%
Sim	6	46,16
Não	7	53,84
Total	13	100%
Estuda e Trabalha	Quantidade	%
Sim	5	38,47
Não	8	61,53
Total	13	100%

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Em relação a satisfação dos profissionais de saúde da Ilha de Cotijuba emergiram os seguintes quatro eixos temáticos : A Satisfação dos Profissionais de Saúde da Ilha de Cotijuba, O sentimento dos participantes em relação aos benefícios do trabalho, Fatores que interferem na satisfação segundo os profissionais de saúde da Ilha de Cotijuba, A influência da satisfação dos profissionais de saúde na assistência prestada ao usuário, na ótica dos participantes.

EIXO 1. A SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ILHA DE COTIJUBA-PA.

Neste primeiro eixo destaca-se o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o contexto de satisfação, a satisfação com o ambiente de trabalho e a satisfação com a equipe de trabalho. O entendimento de satisfação no quadro 2 demonstra que os participantes consideram como um

conjunto que engloba diversos fatores: condições de trabalho, piso salarial, equipe bem treinada, estar satisfeito com que faz, isso é de suma importância para que o profissional possa desenvolver suas atividades com qualidade para a população.

Quadro 2. O conhecimento dos profissionais de saúde sobre satisfação profissional.

FOCO DO EIXO TEMÁTICO	PARTICIPANTE	DEPOIMENTO
O entendimento dos participantes sobre satisfação	E1	<i>“O contexto é quando o profissional consegue atingir o seu patamar e reproduzir coisas boas para o paciente, trazer para dentro da unidade um trabalho humanizado. Para que isso aconteça, você tem que ter condições de trabalho.”</i>
	E7	<i>“É trabalhar com condições técnicas, estruturais e um processo de trabalho organizado, para que possamos conseguir resultados com metas de controles para resolutividades rápidas. Porém, hoje a nossa característica é totalmente desorganizada.”</i>
	E12	<i>“Na prática a satisfação é um conjunto que começa a partir de ter condição de trabalho, uma equipe bem treinada.”</i>
Satisfação com o ambiente de trabalho	E1	<i>“No momento não, porque as coisas não estão funcionando como deveria, pois, ainda falta muita coisa, por conta da politicagem tem muitos desfalques e no final das contas quem paga é o usuário.”</i>
	E12	<i>“Estou satisfeito, falta alguns ajustes, mas eu sei porque quando a gente fala de serviço público, sempre vem aquela situação de trabalhar de qualquer jeito, de trabalhar com o que tem, mas o ambiente aqui na unidade de saúde, ele não é tão ruim.”</i>
Satisfação com a equipe de trabalho	E11	<i>“Sim, só que é difícil lidar com conflitos, sempre vão ter conflitos devido as pessoas serem difícil.”</i>
	E12	<i>“Me sinto incluso, até porque tudo que eu faço tenho certeza, você pode ver que meu nome tá aqui, pouca gente usa o nome identificado.”</i>
	E13	<i>“Olha eu gosto muito, é como se fosse uma segunda família.”</i>

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Sabe-se que a satisfação no trabalho está relacionada as conquistas das organizações, ao desempenho no trabalho, a saúde mental e física, além da longevidade. Para alcançar essa satisfação no ambiente de trabalho é necessário prover condição laborais, que está associado à oferta de recursos humanos, materiais e ambientais, e os participantes evidenciam esses fatores como condicionantes para obtenção da satisfação¹¹.

Não podemos desconsiderar que a satisfação no ambiente laboral sofre influência da subjetividade dos profissionais que estão envolvidos, no processo de trabalho, desta maneira é preciso fazer uma

análise dos determinantes pessoais, da gestão e da equipe para que se possa chegar em um diagnóstico preciso da satisfação dos trabalhadores.

É um dos conflitos que gera a insatisfação do profissional da Unidade de Saúde da Ilha de Cotijuba é justamente a interação com a gestão, pois a mesma interfere de forma inapropriada no processo de trabalho, bem como há uma ingerência nos recursos materiais e uma desvalorização do trabalhador. Essa interação inadequada ocorre pela alta rotatividade de gestores, por influência político-partidária, sendo que muitos desses não são preparados para o cargo, propiciando uma discrepância quanto à liderança necessária para conduzir processos de mudança e executar políticas de saúde¹².

Diante da colocação supracitada, para que se tenha qualidade de vida no ambiente de trabalho, o colaborador necessita ter uma infraestrutura adequada para o bem-estar no seu 'habitat' laboral; cabendo à administração fazer o planejamento, relacionando o que se pretende realizar em um determinado espaço e o que é realmente necessário para que o funcionário seja alocado com dignidade nesse ambiente¹³.

É importante destacar, que os conflitos podem levar os profissionais de uma equipe, a trabalhar de forma desmotivada e reduzir a qualidade dos atendimentos prestados à população. Ressalta-se a importância de trabalhar com a gestão de conflitos na área da APS, uma vez que a equipe necessita de um apoio matricial para saber lidar com as demandas do usuário, família, comunidade e equipe. Assim, a educação permanente é ferramenta potente para a compreensão fenomenológica dos conflitos existentes, facilitando a resolutividade, uma vez que a solução emerge do trabalho em equipe, gerando uma autoestima¹⁴.

A imagem que o indivíduo tem de si mesmo como profissional é global, abraça diversos campos e pode influenciar suas atitudes e comportamentos no ambiente laboral. Um dos aspectos afetados pelo autoconceito é a satisfação dos trabalhadores em relação a equipe; assim sendo, pode-se afirmar que essa percepção de alguma forma influenciará a efetividade das unidades de desempenho, uma vez que se parte do princípio de que a imagem que as pessoas possuem de si mesmas, irá afetar suas percepções sobre o mundo que as cerca¹⁵.

EIXO2: O TRABALHO NA CONCEPÇÃO MULTIDIMENSIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ILHA DE COTIJUBA-PA.

A própria rotina de trabalho pode se caracterizar como um simples meio de sobrevivência. Nessa interpretação sobre o trabalho, é desprezado e desconsiderado as expectativas, os sentimentos, a motivação e a qualidade de vida dos profissionais de saúde nas organizações, refletindo negativamente em sua autoestima e no seu desempenho na instituição¹⁶.

Assim, eixo 2 tem como objetivo desvelar a concepção do trabalho que não é apenas a sobrevivência, mas sim uma interação de sentimentos, motivação e interação interpessoal da equipe de saúde, podendo ser demonstrado no quadro 3 que trabalha com o foco do sentimento da atividade exercida; o sentimento da motivação para o trabalho e o sentimento do trabalho em equipe.

Quadro 3. A opinião dos participantes sobre os seus sentimentos e benefícios no trabalho

FOCO DO EIXO TEMÁTICO	PARTICIPANTE	DEPOIMENTO
O sentimento da atividade exercida	E1	<i>“Ser humano para com o outro.”</i>
	E2	<i>“Ajudar o próximo, pois ele não é o amor da sua vida, mas é o amor de alguém, eu fico maravilhada em ajudar.”</i>
	E5	<i>“Eu gosto de ver o progresso do paciente com aquele tratamento que passei, e ver que deu certo, praticar aquilo que aprendi.”</i>
	E7	<i>É muito gratificante ,pois é uma área muito carente e atende a população ribeirinha, é gostoso é prazeroso a equipe composta da unidade é muito competente integra é um conjunto todo harmônico</i>
	E9	<i>Minha maior motivação no trabalho é saber que todo dia tem uma história diferente pra contar, as novidades assim o</i>
		<i>atendimento uma pessoa com uma história diferente que a gente tenta solucionar e isso é gratificante para mim.”</i>
O sentimento da motivação para o trabalho	E5	<i>“Sim, aqui ainda é bom mais tem outros lugares que não e isso interfere na minha qualidade de vida porque não tem como separar as coisas. E a muitos médicos enfermeiros se suicidando por conta da carga emocional.”</i>
	E12	<i>É bom pois estamos fora do transito fora da correria do dia a dia ,tem ocorrências ,mas é muito menor em comparação a cidade. Eu adoro as ilhas</i>
	E10	<i>Bom eu acho mais calmo em relação a cidade de Belém, é bem mais calmo</i>
	E2	<i>É um ambiente diferente que não estava acostumada, não tem um quantitativo igual de Belém é somente o povo da ilha são pessoas que criam vínculos com você eu gosto disso ,me reconhecem no barco nas ruas</i>

	E8	<i>“Trabalhar em uma zona rural do interior é a melhor escolha para qualquer profissional, pois muitas vezes os profissionais não querem ir para áreas distante”</i>
	E12	<i>“Minha maior motivação no trabalho é saber que todo dia tem uma história diferente pra contar, as novidades assim o atendimento uma pessoa com uma história diferente que a gente tenta solucionar e isso é gratificante para mim.”</i>
O sentimento do trabalho em equipe	E11	<i>“Como falei no início, eu estou super feliz trabalhando com minha equipe, a gente não tem só uma equipe, a gente tem várias equipes, cada plantão a gente tem uma equipe diferente, a gente trabalha em equipe.”</i>
	E13	<i>“Sim eu estou satisfeita com minha equipe, mas sempre tem algo a melhorar, eu acho que falta interação e melhorar a relação interpessoal.”</i>

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

O sentimento de benevolência dos participantes está ligado em ajudar o usuário, configurando como uma das principais motivação desses profissionais que atuam na Ilha. Isso nos mostra que os profissionais têm como princípio o cuidar, para que o paciente possa alcançar a saúde. A linha de cuidado prestada pelos os trabalhadores de saúde têm como base a humanização, quando se trabalha com esse tipo de linha de cuidado, os resultados sempre são mais satisfatórios para todos os atores sociais envolvidos, em decorrência do estabelecimento do vínculo usuário-profissional-família-comunidade.

A humanização é associada à qualidade do cuidado, que incluir a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários. Desta maneira, foi criada Política Nacional de Humanização, que desde 2003 vem objetivando não apenas estabelecer normas e procedimentos, mas sim a construção sociais das boas práticas humanizadas, envolvendo um conjunto de fatores como: condições de trabalho, modelo de assistência, formação permanente dos profissionais, direitos dos usuários e avaliação do processo de trabalho, em prol do estabelecimento da cidadania na construção de uma nova cultura do modo de agir, provendo uma motivação motriz ¹⁷.

Já em relação ao sentimento da motivação para o trabalho, os participantes expuseram estarem motivados, principalmente pelos fatores relacionados a ilha, que vão desde a ausência do trânsito até a paisagem bucólica da mesma. Essa motivação pode ser explicada a luz da metodologia top-down, que afirma que para compreender o todo é preciso entender os subsistemas e os componentes, ou

seja, o ambiente externo exerce influência nas emoções, humor e no afeto do trabalhador, proporcionando um clima agradável ou não.

Nesta perspectiva, é preciso compreender a representação social que os profissionais de saúde tem para a população ribeirinha, bem como a dinâmica do processo organizacional que precisa ser diferenciada do meio urbano, visto que os determinantes sociais em saúde dos ribeirinhos giram em torno das dinâmicas multidimensional das águas do rio, exercendo influência na econômica, cultura, alimentação e transporte dessa população.

Essa representação social é uma das principais motivações dos profissionais de saúde que atuam na ilha, proporcionado pelo cuidado longitudinal, no qual há uma interação entre os saberes para o estabelecimento do plano terapêutico singular, contribuindo para o vínculo entre profissional-usuário-comunidade, fazendo com que haja um sentimento de reciprocidade por parte do usuário, expressando atitudes de respeito, gratidão e valorização para com os profissionais.

Para que a pratica do cuidado longitudinal realizada pela equipe possam ser consolidada, é preciso estabelecer um equilíbrio dos saberes e a valorização dos profissionais, é importante haver uma horizontalização e respeito das práticas, onde cada membro possa contribuir harmoniosamente, sem que haja uma interposição de opinião, assim os profissionais necessitam estabelecer uma comunicação dialética e efetiva, visando sempre as práticas humanizadas.

Entretanto, no contexto da saúde alguns obstáculos podem interferir de maneira negativa na realização do trabalho integrado, tais como: profissionais não cooperativos, estruturas organizacionais rigidamente hierarquizadas, desigualdade social entre os membros da equipe; alta rotatividade dos profissionais nos serviços, recursos humanos insuficiente e mão de obra desqualificada¹⁸.

Esses fatores supracitados influenciam diretamente na motivação dos trabalhadores, que pode ter consequência na assistência prestada para o usuário, família e comunidade. Observa-se que a motivação é essencial para que o trabalhador tenha melhor desempenho e comprometimento com suas atividades laborais. Assim, a organização que enfatiza a motivação de seus colaboradores apresenta, por conseguinte, maior produtividade e, além disso, propicia também um ambiente de trabalho mais agradável e uma melhor qualidade de vida para seus funcionários¹⁹.

Desta forma, é imprescindível a harmonia do trabalho em equipe, pois a equipe não se restringe apenas a um conjunto de indivíduos, mas sim vem do coletivo, visando a transformação do processo

organizacional do trabalho, facilitando a compreensão e a interação dos diferentes saberes, valorizando e motivando cada profissional da equipe.

EIXO 3: A INFLUÊNCIA DA SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO USUÁRIO, NA ÓTICA DOS PARTICIPANTES

Sobre o eixo temático a ser discutido, é importante salientar os fatores que potencializam a satisfação profissional e deste modo esclarecer a influência do profissional motivado, satisfeito e valorizado na prática da assistência em seu cotidiano de trabalho, bem como os benefícios que este diferencial proporciona em seu ambiente laboral e na comunidade. Conforme o quadro 5.

Quadro 5: A influência da Satisfação dos profissionais de saúde da Ilha de Cotijuba-PA, na assistência prestada ao usuário.

FOCO DO EIXO TEMÁTICO	PARTICIPANTE	DEPOIMENTO
DESMOTIVAÇÃO	E1	<i>Já estive muito motivada, já lutei muito pela comunidade, há um nível de competitividade, discórdia muito grande entre os profissionais concursados versus contratados e ainda existe essa indiferença uns se prevalece mais do que os outros, você não pode ser questionador se for polêmico está fora.”</i>
	E9	<i>Já estive muito motivada, já lutei muito pela comunidade, há um nível de competitividade, discórdia muito grande entre os profissionais concursados versus contratados e ainda existe essa indiferença uns se prevalece mais do que os outros, você não pode ser questionador se for polêmico está fora.”</i>
	E11	<i>“Às vezes sim, às vezes não, pois tento conversar colocar que seguimos normas e rotinas e todo mundo tem seus direitos e deveres e tem a hierarquia que tem que ser seguida, [...] então tem pessoas que são difícil de lhe dar, temos que bater de frente. Com isso ficamos insatisfeitos porque tentamos colocar o certo e os profissionais não entendem e as vezes pensam que estão com marcação, não é dessa forma”.</i>
ATENDIMENTO	E4	<i>É muito gratificante, pois é uma área muito carente e atende a população ribeirinha, é gostoso, e prazeroso, a equipe composta da unidade é muito competente integra, é um conjunto todo harmônico”.</i>
	E7	<i>“A vantagem é que a gente não tem o volume de pacientes que tem na cidade e a gente pode organizar os serviços”.</i>
	E12	<i>“Bom é mais tranquilo do que no PSM, mas precisa de alguns ajustes como condições de trabalho uma equipe bem treinada para atender bem o usuário e também tem as dificuldades de acesso”.</i>

ACOLHIMENTO	E5	<i>“É um ambiente diferente que não estava acostumada, não tem um quantitativo igual de Belém. É somente o povo da ilha são pessoas que criam vínculos com você eu gosto disso me reconhecem no barco, nas ruas”.</i>
	E8	<i>“Estou gostando muito, pois muitas pessoas falam que estão satisfeitas com o nosso atendimento e isso é muito gratificante, mas precisa trabalhar em cima da estratégia pois está deixando a desejar”</i>

Fonte: elaborado pelos autores, 2018.

A desmotivação no trabalho implica segundo os participantes, em um atendimento de baixa qualidade, sendo este relacionado por diversos fatores, entre eles conflitos existentes na equipe de saúde, conflitos relacionados a hierarquia no trabalho e de cunho pessoal ou administrativo segundo as falas dos entrevistados. Todavia, a insatisfação de certo modo é atrelada as condições de trabalho em alguns momentos por desvalorização do profissional evidenciada por baixos salários e falta de insumos necessários para o atendimento mencionados e discutidos anteriormente.

Na dinâmica dos estabelecimentos de saúde o trabalho em equipe é essencial para o bom desenvolvimento das atividades na assistência. Deste modo, elementos são essenciais para promover a colaboração e comunicação multiprofissional, como o diálogo e a escuta, desta forma vínculos são criados entre os profissionais tornando o ambiente de trabalho mais produtivo.²¹

A falta de ética, respeito e solidariedade entre os membros da equipe de saúde favorece um clima de conflitos constantes e desmotivação entre os profissionais, visto que a valorização profissional executada por todos os membros da unidade básica de saúde e comunidade são essenciais para a assistência de qualidade.²²

No que concerne o atendimento aos usuários do serviço, os profissionais se mostram satisfeitos com o quantitativo de pessoas atendidas na unidade básica de Cotijuba em relação a Belém. Ressaltam o ambiente diferenciado em que atuam, como a população ribeirinha e as mais carentes. Todavia, destacam a dificuldade de acesso como fatores a serem discutidos no desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade na saúde. Em relação a dificuldade de acesso as UMS na região das ilhas, a localização geográfica é um dos fatores que contribuem para o agravamento à assistência prestada aos usuários

O Estado ainda não cobre um serviço de saúde universal e igualitário como preconiza o SUS, observando-se assim em relação ao que é esperado pelo Sus e o que realmente a população vivência

no seu cotidiano, nota-se a negligência dos serviços de saúde acarretando prejuízos socioeconômicos a população das ilhas.²³

Diante das falas relacionadas ao foco acolhimento, podemos observar a satisfação dos profissionais da unidade de saúde relativo a este aspecto, a criação de vínculos com a comunidade torna na percepção do profissional um modo de valorização profissional. A comunicação torna-se efetiva na assistência pelo feedback entre profissional e usuário, esta relação favorece a melhoria no sistema devido a participação ativa da sociedade em relação as falhas e aos acertos.

O acolhimento expressa a relação entre profissionais da saúde e usuários, é de suma importância para ampliar e reorganizar os serviços no acesso a atenção básica, bem como uma relação humanizada para quem busca os serviços de saúde. O vínculo com o usuário favorece a qualificação da assistência prestada, de forma que haja positivamente na saúde do indivíduo e na coletividade²³.

A equipe de saúde tem que procurar adotar uma abordagem humanizada e acolhedora, no sentido de viabilizar as resoluções dos problemas, esclarecendo as dúvidas da população ribeirinha, mesmo que todos seus problemas não sejam resolvidos, porém o usuário vai sentir-se valorizado e amparado, fortalecendo cada vez mais o vínculo de confiança entre os profissionais e usuários²⁴.

Porém, para que ocorra a consolidação do acolhimento é preciso que seja acompanhado das demais diretrizes do HumanizaSUS, no entanto pela análise dos depoimentos fica evidente que não tem uma infraestrutura para realização da ambiência, bem como existem falhas que não permite uma gestão participativa e uma congestão, o que poderia possibilitar uma maior resolutividade dos problemas existentes na ilha, visto que o usuário e o trabalhador teria participação efetiva nas tomadas de decisões, proporcionando a valorização do trabalhador.

CONCLUSÃO

É necessário abordar a qualidade de vida dos trabalhadores nas unidades de saúde, associando os aspectos que influenciam na satisfação e na motivação, fazendo com que o maior patrimônio da instituição, o trabalhador, tenha condições para desempenhar com eficácia suas funções, de modo que todos saiam beneficiados, gestor, funcionário, e principalmente os usuários do SUS. Quanto maior for à mudança, melhor será o retorno na produtividade e qualidade da assistência prestada para a população.

Assim, os administradores da gestão pública precisam implementar a participação efetiva dos trabalhadores e usuário, permitindo uma tomada de decisão em conjunto, principalmente quanto

trata-se da região das ilhas que apresentam determinantes sociais em saúde diferenciados, e os melhores atores sociais conhecedores dessa problemática são os que vivem e convivem com essa realidade

REFERÊNCIAS

1. Bicho PSPF. A Motivação e a Satisfação dos Profissionais de Saúde numa Instituição Hospitalar de Especialidade Oncológica. 249 f. Dissertação [Mestrado em Gestão de Recursos Humanos] – Universidade Europeia, Carnide. 2015.
2. Trindade L.L, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais na atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde.[Texto Contexto Enferm, Florianópolis], JanMar.22(1): 36-42., 2013
3. Mauro MYC, Paz AF, Mauro CCC, Pinheiro MAS, Silva VG. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. Esc Anna Nery Rev. Enferm abrjun.14(1): 13-18.,2010.
4. Cardoso RA DS, Almeida M D L. Motivação e satisfação no trabalho da enfermagem: percepção de profissionais de uma unidade de internação clínica de um hospital público de Foz do Iguaçu, Paraná, (2009). Disponível em: [<http://www.foz.unioeste.br>]. [Acesso em: 15 mar. 2018].
5. Oliveira Junior RG, Santos E O, Ferraz C A A. Labor E M. Hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Rev. bras. Saúde ocup, São Paulo.36(123): 40-55.,2015.
6. Viana SPM. A Estratégia Saúde da Família em área rural no Estado do Rio de Janeiro: Relato de uma experiência.24f. [Trabalho de Conclusão de Curso]-Universidade Aberta do SUS Nova Friburgo/RJ, 2016.
7. Régis LFL, Porto IS. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem:situação de insatisfação no trabalho. Rev. esc. enferm. USP [online].45(2): 334- 341. ISSN 0080-6234. 2011.
8. Elias AM, Navarro LV. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev. Latino-am Enfermagem.14(4) :517-25, jul./ago., 2006.
9. Capilheira MF, Santos I S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. Rev. Saúde Pública, São Paulo.40(3) : 436-43., 2006.
10. Bardin LL. Análise de conteúdo. São Paulo: Presses Universitaires de France, 2011.
11. Fonseca RMP. Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho .152 f. Dissertação [Mestrado em Gestão e Economia da Saúde] - Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra. 2014.
12. Fernandes JC, Cordeiro BC. O Gerenciamento De Unidades Básicas De Saúde No Olhar Dos Enfermeiros Gerentes. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(1):194-202, jan., 2018.
13. Leite CE, Cortez BR, Marinho CJM, Matsumoto, A. A influência do ambiente organizacional na satisfação dos colaboradores de uma concessionária de veículos seminovos no distrito federal.XII congresso nacional de excelência em gestão e III Inovarse responsabilidade social aplicada. Rio de janeiro,2016.

14. Furtado ECA. Gestão de conflitos em unidades básicas na região leste de saúde do DF .31 f. (Trabalho de conclusão de curso) - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
15. Duarte SCM, Stippi MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos Adversos E Segurança Na Assistência De Enfermagem. Rev.Bras Enferm, 68(1):144-54., Rio De Janeiro.,2015.
16. Miranda C. O desafio em manter funcionários motivados: os fatores motivacionais para o trabalho. 83 f. Monografia (MBA em gestão de recursos humanos) – Escola Superior Aberta do Brasil - ESAB, Vila Velha /ES.,2009.
17. Goulart BNG, Chiarl BM. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. Rev.Ciência. saúde coletiva.15 (1): 255-268., Rio de Janeiro.,2010
18. Broca PV, Ferreira MA. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. Escola Anna Nery Rev. Enf, Rio de Janeiro.19(3):467-474.,2015.
19. Andrade RM. Qualidade de vida no trabalho dos colaboradores da empresa Farben S/A indústria química. Monografia, 52 f. (Pós-graduação em gestão empresarial) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012.
20. Souza GC, Peduzzi, M, Silva JAM, Carvalho BG. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional. Rev. Esc Enferm USP. São Paulo,.50 (4): 642-649.,2016.
21. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery.22(4) Rio de Janeiro.,2018.
22. Daubermann DC, Tonete VLP. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. Acta Paul Enferm. São Paulo. 25(2): 277- 283.,2012.
23. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica a saúde. Rev. Texto Contexto enf. 22 (1):132-140.Florianópolis.,2013.
24. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Satisfação do usuário da Atenção em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. Rev. Ciência e Saúde Coletiva.22(6):1829-1844, Rio de Janeiro.,2017

Capítulo 14



10.37423/230407630

ASPECTOS CLÍNICOS E GEOEPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO MUNDIAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Cynthia Cardozo Dias Lima

Universidade Federal do Maranhão

Adriana Gomes Nogueira Ferreira

Universidade Federal do Maranhão

Ana Lucia Fernandes Pereira

Universidade Federal do Maranhão

Richard Pereira Dutra

Universidade Federal do Maranhão

Floriacy Stabnow Santos

Universidade Federal do Maranhão

Lívia Maia Pascoal

Universidade Federal do Maranhão

Marcelino Santos Neto

Universidade Federal do Maranhão



Resumo:

Objetivo: Analisar as evidências científicas relacionadas aos aspectos clínicos e geopidemiológicos da tuberculose no contexto mundial. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cuja coleta de dados foi realizada junto à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e nas bases de dados PUBMED, Embase e SCOPUS. Utilizou-se os descritores: “Tuberculosis”, “Spatial analysis”, “Spatio-temporal analysis”, “Epidemiology”, “Global Health” aplicando os operadores booleanos “AND” e “OR.” Foram incluídos artigos originais disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol publicados entre 2014 e 2021, sendo excluídos dissertações, teses e editoriais. **Resultados:** Amostra composta por 12 artigos, publicados em distintos cenários pelo mundo com destaque para os países da América do Sul, dos quais 75% analisaram a distribuição espacial e/ou espaço-temporal dos casos de tuberculose. Foi constatada distribuição espacial heterogênea dos casos, maior prevalência da doença no sexo masculino, baixa escolaridade, baixa renda, zona urbana e forma clínica pulmonar. **Conclusão:** As características clínicas e geopidemiológicas da tuberculose evidenciadas apontam para cenários marcados por intensas desigualdades sociais e suscitam ações de controle e vigilância da doença por meio de intervenções sociais de saúde efetivas direcionadas às populações vulneráveis.

Palavras-chaves: Tuberculose; Aspectos Clínicos e Geopidemiológicos; Mundo.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, que tem como agente etiológico o bacilo *Mycobacterium tuberculosis* e na maioria das vezes afeta os pulmões (TB pulmonar), mas pode afetar outros órgãos. Quanto à sua prevalência, é mais frequente em adultos (cerca de 90%), acometendo mais homens do que mulheres e tem afetado cerca de um quarto da população mundial (WHO, 2022). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que 10,6 milhões de pessoas foram diagnosticadas com TB no ano de 2021, representando um aumento de 4,5% de 10,1 milhões em 2020. Vale ressaltar ainda que a taxa de incidência apresentou um aumento de 3,6% em 2020 e 2021, que pode ter sofrido interferências causadas pela COVID-19 nos serviços de saúde relacionadas ao atendimento dos pacientes com TB (WHO, 2022).

Classificada como uma das principais causas de morte por todo o mundo, a TB é um problema de saúde mundial. Diante desse contexto, a Estratégia END TB Global propõe para o fim da TB algumas diretrizes pertinentes e globais para desencadear expressivas mudanças que levem a sua erradicação até o ano de 2035. Essa Estratégia aponta para a necessidade de incorporação das diretrizes propostas nos serviços de saúde que prestam atendimento a estes usuários, assim como os serviços dos programas de informações para que sejam aprimorados. Além disso, são necessários recursos humanos compatíveis com a demanda de atendimentos e o controle quanto ao tratamento como preconizado (WHO, 2022).

É importante salientar que essa Estratégia tem por base três pilares, que contemplam metas e objetivos voltados para a qualidade dos serviços centrados no paciente, desenvolvimento de políticas de qualidade voltadas para o cuidado e prevenção da TB e intensificar esforços para realização de pesquisas e inovações (WHO, 2022). Apesar de todos os esforços para o controle da TB, alguns fatores são responsáveis pela sua disseminação como as fortes desigualdades sociais, pobreza, desemprego, condições insalubres (LIMA *et al.*, 2019).

Diante da perspectiva de avanço na pesquisa, as técnicas de análise espacial são importantes para uma compreensão da distribuição das doenças que são de notificação compulsória. Essas técnicas demonstram como a patologia se distribui nas áreas específicas a serem exploradas, através de um mapeamento do estudo, o que permite traçar metas específicas para a prevenção e controle da TB.

Nessa perspectiva, o geoprocessamento é uma ferramenta imprescindível para identificar dados espacialmente relacionados à saúde (BONIFÁCIO *et al.*, 2019). A análise espacial em saúde é uma

importante ferramenta para tomada de decisão e planejamento, capacitar os gestores de saúde para elaborar políticas e programas de controle da TB. Ademais, a análise espacial permite coletar, processar e manipular dados espaciais, possibilitando o mapeamento das doenças (SANTOS *et al.*, 2017).

Considerando a necessidade de consolidar conhecimentos acerca da TB em distintos cenários pelo mundo, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre aspectos clínicos e geoepidemiológicos da TB globalmente.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, que reúne e sintetiza resultados de pesquisa sobre os aspectos clínicos e geoepidemiológicos da TB em contexto mundial. Para tal, foram utilizadas cinco etapas: formulação da pergunta norteadora, realização da busca e seleção dos estudos, extração dos dados, análise crítica e apresentação da síntese do conhecimento extraído da literatura (WHITTEMORE *et al.*, 2005).

Foi utilizada a estratégia PICO proposta por Aromataris e Munn (2020), onde P corresponde ao problema (Tuberculose); I-interesse (aspectos clínicos e geoepidemiológicos) e Co-contexto (mundo). Sendo assim, a questão norteadora foi: Quais as evidências científicas acerca dos aspectos clínicos e geoepidemiológicos da TB em contexto mundial?

A busca na literatura foi realizada durante o mês de junho de 2022 nas seguintes bases de dados: *PubMed*, *Embase*, *Scopus*, e no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) conforme estratégia de busca no quadro abaixo.

Quadro 1 – Estratégias de Busca nas bases de dados utilizadas no estudo

Base de dados	Estratégia de busca
PUBMED	(Tuberculosis) AND (Spatial analysis OR (Spatio-temporal analysis) AND (Epidemiology) AND (Global Health)
EMBASE	('tuberculosis*' AND ('clinical evolution' OR 'prognosis'/exp OR 'prognosis' OR 'prognostic factors')) OR 'spatial analysis'/exp OR 'spatial analysis' OR

	'spatio-temporal analysis'/exp OR 'spatio-temporal analysis') AND 'epidemiology*' AND ('global health'/exp OR 'global health')
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY ("TUBERCULOSIS") AND TITLE-ABS-KEY ("Spatial analysis") OR TITLE-ABS-KEY ("Spatio-temporal analysis") AND TITLE- ABS-KEY ("epidemiology") OR TITLE-ABS-KEY ("global health"))
Biblioteca Virtual de Saúde	tuberculosis AND spatial analysis OR spatio-temporal analysis AND epidemiology OR global health

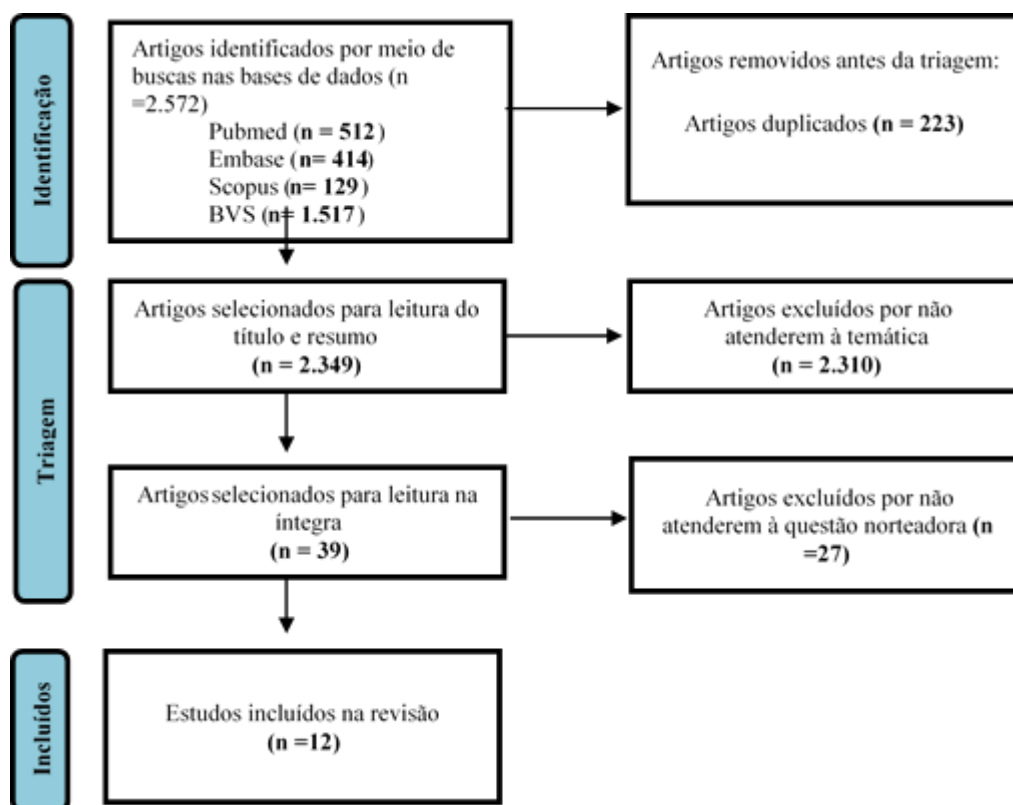
Fonte: Autores (2022).

Para seleção dos artigos, estabeleceu-se como critérios de inclusão estudos originais disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol publicados entre 2014 e 2021. Elegeram-se como critérios de exclusão teses, dissertações e editoriais. Para seleção dos artigos foi utilizado o aplicativo *Rayyan* (OUZZANI *et al.*, 2016)

A estratégia concernente ao processo de seleção dos artigos foi estabelecida pelo *Preferred Reporting Items for systematic reviews and meta-analyses* (PRISMA) (ONOFRE *et al.*, 2021) de acordo com a Figura 1. A qualidade científica e metodológica, foi fundamentada em um protocolo previamente estabelecido e preconizado pelo Joanna Briggs Institute (BRIGGS, 2015). Ele contém uma lista de perguntas para cada tipo de estudo com as seguintes opções de resposta: sim e não, não se aplica, ou não está claro se estudos com até duas respostas negativas são considerados estudos de qualidade para manter pontuações iguais ou superiores a 75% de resposta.

RESULTADOS

O fluxograma abaixo traz o decorrer metodológico da fase de busca dos estudos por base de dados. Foram identificados 2.572 artigos nas bases de dados, que após análise do título, resumo e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram pré-selecionados 39 artigos para leitura na íntegra e, após análise, 12 artigos foram incluídos na amostra final desta revisão.

Figura 1. Representação esquemática da estratégia de seleção dos estudos.

Fonte: Adaptado de Page et al (2021)

No quadro 2 estão dispostos os dados no que tange à disposição dos artigos quanto Autor/Ano, cenário, período e fonte de dados, Periódico, Tipo de Estudo, e o score final da avaliação crítica da qualidade metodológica.

Quadro 2 – Artigos incluídos na revisão integrativa segundo o autor/ano, tipo de estudo, análise crítica da qualidade metodológica.

ID	AUTOR ANO	CENARIO PERIODO FONTE DE DADOS	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	ANALISE CRÍTICA DA QUALIDADE METODOLÓGICA
A1	LIMA et al. (2021)	Belém-PA, SINAN 2013- 2016	Revista Nursing	Estudo ecológico	87,5%*
A2	SANTOS et al. (2020)	Portugal, 2002 a 2016 Administração Central do	Revista Europeia de Saúde Pública	Estudo ecológico	87,5%*

		Sistema de Saúde do Ministério da Saúde Português			
A3	SANTOS et al. (2020)	Sergipe-AL, 2001 a 2017 SINAN	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo ecológico	75%*
A4	BRUCE et al. (2020)	Manaus-AM, 2009 a 2018 SINAN	BMC	Estudo ecológico	87,5%*
A5	HAJOJ et al. (2015)	Arábia Saudita, 2009 a 2010 Registro nacional de TB mantido pelo ministério da saúde	Plos One	Análise retrospectiva	100%
A6	VASQUEZ et al. (2015)	Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas (HNMCR) 2013 a 2014	Acta Pediátrica Hondureña	Descritivo, híbrido e transversal	87,5%*
A7	GUTIERREZ et al. (2020)	Tonala Jalisco (México), 2013 a 2015, base de dados do Sistema de Vigilância da Secretaria de Saúde, complementada com informações do Instituto Nacional de Estatística e Geografia	JIDC	Análise exploratória	87,5%*
A8	ALENE (2019)	Etiópia, 2016 a 2017, Sistema de Informação de Gestão da Saúde (HMIS) no Ministério da Saúde da Etiópia	Plos One	Estudo ecológico	100%

A9	MESQUIT A et al. (2021)	Ceará-CE, 2013 a 2018 SINAN	Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública	Estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa	87,5%*
A10	TELAROLI JUNIOR et al. (2017)	Araraquara, São Paulo, 2002 a 2011 SINAN	São Paulo Medical Journal	Epidemiológico de incidência de natureza exploratória e analítica.	87,5%*
A11	SHOLZI et al. (2022)	Paraná-PR, 2014 a 2018 SINAN	BMC	Estudo transversal	87,5%*
A12	ALENE et al. (2021)	Hunan-China, 2013 a 2018 Instituto de Controle da Tuberculose da Província de Hunan, China.	MDPI	Estudo ecológico	87,5%*

*No checklist, algumas respostas foram classificadas como não se aplica ou não está claro.

Fonte: Autores, 2022

Ao analisar as produções científicas verificou-se que a maioria foi publicada em inglês, 92% e 8% em português. Segundo o cenário, houve predominância de estudos realizados no continente sul-americano, especificamente no Brasil (59%) seguidos do continente asiático (25%), Europeu (8%) e continente norte americano (8%).

Quanto à fonte de dados, os estudos realizados na América do Sul utilizaram os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN). Os estudos realizados no continente Asiático utilizaram dados do registro nacional de TB mantido pelo Ministério da Saúde e também pelo Instituto de Controle da TB. No continente Africano, a fonte de dados foi através do Sistema de Informação de Gestão da Saúde (HMIS) do Ministério da Saúde. No continente europeu, os dados foram adquiridos através da administração Central do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde e da América do Norte pelo Sistema de Vigilância da Secretaria de Saúde, complementada com informações do Instituto Nacional de Estatística e Geografia.

Quanto ao tipo de estudo, 50% tiveram delineamento ecológico, 17% transversal, 17% retrospectivo e 17% exploratório. As cinco categorias mais exploradas neste estudo foram a incidência, aspectos clínicos, seguidos do número de notificações, prevalência e número de óbitos pela patologia.

No quadro 3 os artigos foram distribuídos segundo os objetivos, técnicas de análise, variáveis clínicas e epidemiológicas, os principais achados e as limitações. Ao analisar os objetivos dos estudos, 75% dos artigos tiveram a proposta de estudo voltada para a análise e a distribuição espacial e/ou espaço-temporal dos casos de TB, os demais tiveram como propostas fatores sócio demográficos, epidemiologia e aspectos clínicos.

Em relação às técnicas de análise espacial empregadas foram identificadas: Método Bayesiano Empírico Global e Local, Moran Global e Local e Estatística de Varredura.

Com relação às variáveis, estas foram descritas no âmbito clínico epidemiológico e sociodemográfico. Foi constatada maior prevalência da doença no sexo masculino, sendo a forma clínica mais expressiva a tuberculose pulmonar. No que se refere às limitações, verificou-se que boa parte dos estudos utilizaram dados secundários.

Quadro 3 – Artigos incluídos na revisão integrativa segundo as técnicas de análise, variáveis clínicas e epidemiológicas, principais achados e limitações e/ou viéses.

ID	OBJETIVOS	TÉCNICAS DE ANÁLISE	VARIAVEIS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS	PRINCIPAIS ACHADOS	LIMITAÇÕES E/OU VIÉSES
A1	Descrever Indicadores epidemiológicos da TB e analisar a distribuição espaço-temporal.	Método Bayesiano Empírico Global e Local e regressão linear simples	Taxa de incidência; mortalidade; forma clínica; coinfeção TB/HIV; cura e abandono.	O perfil dos casos estudados revelou predomínio do sexo masculino, (62%). Em relação à forma clínica, a mais prevalente foi a TB pulmonar (83,5%), no que diz respeito aos desfechos de tratamento, 75% dos casos evoluíram para cura. Os casos de coinfeção TB/HIV mostraram-se instáveis ao longo dos anos, sendo crescentes de 2013 a 2015 e decrescentes de 2015 a 2016, com baixa proporção de abandono ao tratamento.	Esse estudo foi limitado por utilizar fonte de dados secundários, que podem apresentar deficiências de informações, seja pela subnotificação dos dados ou preenchimento adequado, o que pode ter ocasionado possíveis perdas de geo-codificação.
A2	Descrever a variação espacial e temporal nas hospitalizações por TB pulmonar (PTB), identificar áreas geográficas críticas em nível municipal e caracterizar clusters de hospitalizações de PTB	Estatísticas descritivas, análise de cluster espaço-temporal e tendências temporais.	Variáveis sociodemográficas e clínicas – sexo, idade, tempo de internação (LOS), diagnóstico (principal ou secundário), ano de internação e município.	TB concentrou-se em Portugal nas principais cidades onde são comuns os sem-abrigo, a pobreza, a migração, o abuso de substâncias ilícitas e outros fatores de risco relevantes e frequentemente sobrepostas nos mesmos grupos populacionais urbanos. A maioria dos municípios com as maiores taxas são da zona rural, com exceção nos anos de 2002, 2004 e 2007 onde as áreas urbanas apresentaram a taxa máxima.	Diferenças nos serviços de atenção primária à saúde e diferenças no perfil dos pacientes (características sociodemográficas e complexidade clínica). Novos estudos, baseados em informações mais abrangentes, devem ser desenvolvidos.

				Globalmente, os municípios de Lisboa e Porto apresentaram o maior número de episódios de internações de PTB (Lisboa, n 1/4 3530 e Porto, n 1/4 1556) e as maiores taxas de internações de PTB.	
A3	Analisar o padrão epidemiológico e espacial da TB em crianças e adolescentes no estado de Sergipe durante o período de 2001 a 2017	Os dados coletados foram tabulados e analisados através do programa estatístico Epi Info Versão 3.5.1 e Microsoft Excel 2010. Realizou análise univariada e bivariada aplicando as medidas de frequência.	Dados socioeconômicos (idade, gênero, procedência, nível socioeconômico, antecedente de vacinação BCG e estado nutricional), comorbidade associada, contato com sintomático respiratório ou enfermo tuberculoso, e registro do diagnóstico (clínico, epidemiológico) imunológico, radiológico, terapêutico).	80% dos pacientes pertencem a um estado social pobre. A presença de formas graves predomina em menores de cinco anos. Em 85% dos casos de TB se apresentam como TB pulmonar, apenas 15 a 20% dos casos se apresenta como TB extrapulmonar. Adolescentes principalmente; os casos de TB extrapulmonar predominante em crianças menores. os achados demonstraram que desde 2014 (82,1%) a taxa de cura em crianças e adolescentes não têm sido alcançadas como preconiza a OMS.	A abordagem da enfermidade Em menores de 15 anos é difícil pela falta de conhecimento claro do problema e os inconvenientes no diagnóstico. Devido a pouca contagiosidade destes casos, é normal que o Programa Nacional de Controle de TB se concentre na identificação das fontes de contágio, entre os adultos.
A4	Analisar as variações de tendência temporal em áreas de risco para TB concomitante e caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos casos em um município hiperendêmico da região amazônica do Brasil.	Método de decomposição denominado Seasonal-Trend by Loess (STL), Microsoft Office Professional Plus 2016, em Excel software Google Earth Pro®, estatística de varredura.	Idade, sexo, raça/cor, escolaridade, renda, perfis clínicos e operacionais (tipo de caso, tipo de registro, ficha de doença, resultados clínicos, estado de coinfeção TB-HIV, estado de TB-diabetes, alcoolismo, dependência.	Na análise espacial dos 873 casos, 27 foram excluídos por serem diagnósticos, residentes na zona rural e/ou campos de endereço não preenchidos na notificação. Distribuição espacial da TB em Manaus as maiores taxas de incidência foram identificadas na região (sul), que poderia se aproximar desses índices a condições sociodemográficas como taxa de desemprego e baixa proporção de famílias vinculados à rede de esgoto, em média quatro foram infectados com TB pulmonar e extrapulmonar concomitante por 100.000	As falhas nas notificações do Sinan para casos de TB neste estudo. Isso mostrou um alto índice de campos incompletos, essas limitações refletem a falta de informações para os estágios descritivos da TB e georreferenciamento.

				<p>peças por ano, e a tendência de tempo anual aumentou em 9,7%.</p>	
A5	<p>Determinar os fatores sociodemográficos e as manifestações clínicas associadas à TB Extrapulmonar (EPTB) em nível nacional.</p>	<p>Testes de suscetibilidade de primeira linha com o kit comercial MGIT SIRE (Becton Dickinson, MD, EUA)</p>	<p>Sexo, idade, nacionalidade, outras formas raras, urogenital, pleural, osteoarticular, SNC, abdominal, linfonodos</p>	<p>Durante o período do estudo, 381 isolados extrapulmonares foram registrados de todas as nove províncias do país. Observou-se maior proporção de pacientes do sexo masculino (57,5%) em relação à população feminina. As faixas etárias dos casos cadastrados mostraram predominância de pacientes jovens (16–29 anos-37,5% e 30–44 anos-33,9%). A nacionalidade dos pacientes claramente apresentou maior número de cidadãos sauditas (58,8%).</p>	<p>A amostragem foi limitada apenas aos casos de EPTB com cultura positiva isolada por um período de 12 meses e não foi coletada uma história clínica detalhada dos pacientes para analisar os fatores de risco. A data de chegada dos pacientes não sauditas ao país não estava disponível para descartar o período de ativação da doença e não foi realizado um acompanhamento adicional dos casos.</p>
A6	<p>Identificar as formas clínicas e o perfil epidemiológico em crianças diagnosticadas com TB.</p>	<p>Foram analisados no pacote de software estatístico R© (https://www.r-project.org/) a análise geográfica, criação de mapas e armazenamento de geoinformações foi utilizado o software ArcGIS© 10.2.2.</p>	<p>Município, endereço, instituição, localização da bactéria no organismo, data do diagnóstico, data de início do tratamento, rodada de tratamento, tipo de paciente, estado do paciente e número de pessoas infectadas pelo caso original.</p>	<p>27(48,2%) eram do sexo feminino e 29(51,8%) do sexo masculino. Havia 12 (21%) crianças entre 2-24 meses, 7(12,5%) tinham 3-6 anos, 14(25%) casos entre 7-11 anos e 23(41%) casos tinham mais de 12 anos. As formas clínicas da TB foram TB pulmonar (n= 38(68%), TB extrapulmonar (n=18(32%)) e 18% (10 casos) estavam coinfectados pelo HIV.</p>	<p>Subnotificação dos casos em algumas regiões. Casos podem ser perdidos por notificação de rotina</p>

A7	Descrever as características epidemiológicas e os padrões espaciais da incidência de TB em Tonalá, Jalisco (México) de 2013-2015	Estatística I de Moran, modelo de regressão de Poisson e estatística Bayesiana,	Formas de TB (incluindo TB pulmonar confirmada bacteriologicamente), TB pulmonar com baciloscopia negativa diagnosticada clinicamente, TB extrapulmonar clinicamente diagnosticada, baciloscopia, cultura de escarro e radiografia, e TB pulmonar recidiva confirmada bacteriologicamente, TB após recidiva, TB após falha no tratamento e TB após perda de seguimento.	Os casos de TB eram principalmente indivíduos entre 31 e 45 anos. A maioria dos casos relatados durante o período de observação foi de pacientes do sexo masculino, e a maioria dos casos teve principalmente envolvimento pulmonar; no entanto, houve alguns casos com linfonodo e doença intestinal. A maioria dos casos era pulmonar (72%); no entanto, houve vários casos de linfonodo (13%) e doenças intestinais (5%). Apenas dois casos de infecção ocular foram relatados (1%). Em 2014, a maioria dos casos incluía TB pulmonar (76%).	A precisão de nossas estimativas é determinada principalmente pela qualidade dos dados do HMIS. Notavelmente, as baixas taxas de notificação de casos de TB em alguns distritos podem não refletir a verdadeira carga da doença nesses distritos. A falta de serviços de saúde pode ser uma barreira para que os pacientes de TB sejam notificados pelo sistema nacional de vigilância da TB.
A8	Investigar as distribuições espaciais da TB notificada em todo o território da Etiópia e quantificar o papel do acesso aos cuidados de saúde, fatores ambientais, sociodemográficos e comportamentais associados à aglomeração da TB.	O software ArcGIS 10.5 Teste não paramétrico Qui-quadrado de Pearson (Wilks' G 2) software Microsoft Office Excel, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, e Epi Info 7.2 O coeficiente de correlação de postos de Spearman (ρ)	Faixa etária (ano), sexo, raça/cor da pele, educação, características clínicas pulmonar, extrapulmonar, pulmonar+ extrapulmonar	O resultado desta pesquisa mostrou que a TB estava espacialmente aglomerada na Etiópia e que havia relações significativas entre incidência de TB notificada e acesso aos cuidados de saúde e conhecimento sobre TB. A aglomeração espacial alta-alta da TB notificada foi observada em distritos localizados nas regiões de fronteira e com alta prevalência de HIV, A aglomeração de baixo-baixo foi observada em distritos da região da Somália, uma região com falta de acesso aos cuidados de saúde e infraestrutura básica, transmissão de TB e a taxa de incidência de MDR-TB foram significativamente associadas à urbanização.	Capacitação profissional da equipe de saúde no nível básico, ratificando a importância do preenchimento adequado da ficha de notificação de TB, bem como a melhoria da qualidade dos estudos e relatórios baseados em dados secundários.

A9	Descrever as tendências espaciais e epidemiológicas das incidências de TB de 2013 a 2018 na Ilha de Marajó, região Amazônica, Pará, Brasil.	Análise estatística.	Sexo, idade, escolaridade, ocupação, localização da TB, instituição de saúde onde foi feito o diagnóstico e presença de outras doenças infecciosas.	<p>Maioria dos casos novos de TB identificados na Ilha do Marajó está na faixa etária entre 20 e 39 anos (334; 45%); média de 37 anos ($\mu = 37,29 \pm 18,59$); mínimo de 0 anos (menos de 1 ano) e máximo de 99 anos; a maioria é do sexo masculino (487; 65%); e a raça “parda” é predominante com 611 (82%) casos, 201 (27%) com escolaridade entre 1ª e 4ª série do ensino fundamental Quanto às características clínicas da TB, a maioria foi diagnosticada como pulmonar (686; 92%), seguida de extrapulmonar (43; 5,8%). Dentro da Ilha do Marajó, destacamos o município de Soure que se destaca com</p> <p>alta incidência de TB, recidiva e reinternação.</p>	O fato de as fichas de notificação não serem preenchidas adequadamente representa uma limitação deste estudo.
A10	Caracterizar os casos de TB notificados em um município da região sudeste do Brasil, no período de 2002 a 2011, com base em variáveis demográficas e clínicas, bem como no tipo de instituição de saúde onde o diagnóstico foi realizado.	Análise estatística.	Sexo, idade, escolaridade, ocupação, localização da TB, instituição de saúde onde foi feito o diagnóstico e presença de outras doenças infecciosas. baciloscopia, cultura de escarro e radiografia.	No período 2007-2011, a incidência de TB foi 22% menor do que no período 2002-2006, a maioria dos casos foi do sexo masculino (72,61%) e entre os adultos entre 30 e 59 anos com profissões não especializadas e baixa escolaridade., Quanto à localização da TB, 94,8% dos casos eram pulmonares, enquanto os demais eram extrapulmonares, seu perfil epidemiológico é semelhante ao de outras regiões menos desenvolvidas econômica e socialmente do Brasil. Houve redução no número de diagnósticos realizados na atenção básica e aumento na atenção hospitalar pública entre os dois períodos.	Devido à alta taxa de abandono do tratamento da TB e à falta de informações precisas sobre a escolaridade. Essas ocorrências podem ter comprometido os achados quanto ao perfil epidemiológico e clínico, com maior carência de informações no segundo período.

A11	Identificar o consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre presos diagnosticados com TB e os determinantes espaciais e tendências temporais do fenômeno no sul do Brasil.	Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25. Regressão Prais-Winsten, método robusto Seasonal-Trend by Loess (STL by Loess), a estatística Getis-Ord Gi*(análise espacial). Estatística de varredura.	sexo, idade, raça, escolaridade, coinfeção TB/HIV, diabetes mellitus, transtornos mentais e informações sobre o perfil clínico da TB (como admissão, tipo e se foram realizados: radiografia, baciloscopia de escarro, histopatologia e testes moleculares).	Foram notificados 1.099 casos de TB entre a população carcerária do Paraná. O uso de tabaco foi o mais relatado (n = 460; 41,8%; IC 95%: 0,38–0,44), seguido de drogas ilícitas (n = 451; 41,0%; IC 95%: 0,38–0,43) e álcool (n = 179; 16,3%; IC 95%: 0,14–0,18). Em relação às características sociodemográficas, a maioria era do sexo masculino, com idade entre 18 e 29 anos e baixa escolaridade (< 8 anos de escolaridade).	Não há muitos dados disponíveis no Brasil e as pesquisas na área ainda são incipientes considerando a dificuldade em discutir esse fenômeno nas instituições de segurança pública.
A12	Investigar a distribuição espacial da TB e identificar fatores socioeconômicos, demográficos e ambientais na província de Hunan, China.	Estatística I de Moran e a estatística Getis-Ord. Modelos de regressão de Poisson, abordagem Bayesiana.	Informações demográficas e clínicas, como idade, sexo, ocupação, endereço, data de início dos sintomas de TB, data de diagnóstico, resultados de baciloscopia, tipo de TB, histórico de TB tratamento e resultados do tratamento.	O estudo identificou alguns fatores de risco de nível ecológico que desempenham um papel importante na aglomeração espacial da TB na província de Hunan. Por exemplo, indicadores de acesso à saúde, como a baixa prevalência de uso de anticoncepcionais, foram significativamente associados à incidência de TB. A incidência de TB na província de Hunan era sazonal. As condições de inverno que levam ao aumento das atividades internas e aglomeração, caracterizada por ambientes mais frios com baixa umidade e exposição reduzida ao sol podem explicar o pico subsequente da incidência de TB no final da primavera/ início do verão.	A subnotificação de casos de TB seria uma limitação importante que impacta na identificação de clusters e fatores de risco. No entanto, de acordo com o recente relatório de TB da OMS, a China foi um dos países com níveis mais baixos de subnotificação.

4 DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil epidemiológico dos estudos A1, A2, A5, A6, A7, A9, A10, A11 sobre TB no contexto mundial, constatou-se que os homens foram os mais afetados. As lacunas em detecções encontradas em relatórios de notificações dos casos mostraram-se maiores em homens (MASSABNI et al., 2020). Tal realidade pode ser explicada neste estudo em razão da posição assumida pelo homem na sociedade, que na maioria das vezes é o principal provedor de sua casa e as instituições que prestam serviços de saúde acabam por limitar o acesso desses homens ao atendimento por serem instituições abertas em horário comercial, realidade que corrobora segundo Neves et al., (2018), para a maior prevalência de TB em homens.

Foi possível compreender também a prevalência da patologia frente aos índices de desenvolvimento humano. Sobre isso, no estudo A3, pode-se verificar que municípios com baixa densidade populacional e baixo índice de desenvolvimento humano apresentaram maiores índices de TB em crianças entre 0 a 9 anos dados evidenciados por Julio et al., (2019), ao constatarem uma situação socioeconômica desfavorável em crianças.

Importante mencionar que os estudos A1, A9, A10 e A11 demonstram que indivíduos com baixa escolaridade, baixa renda e que vivem em locais sem infraestrutura são mais suscetíveis a contrair a TB, como destacado por A2, A3, A4 e A8. Essas características são confirmadas por Lin et al., (2022), afirmando que esse grupo é mais vulnerável às doenças negligenciadas, como a TB, apontando para a necessidade de melhora no nível de desenvolvimento econômico e no nível de serviços de saúde. É possível evidenciar que a desigualdade no que se refere a distribuição da renda, os fatores socioeconômicos estão diretamente relacionados com o acometimento da TB (SANTOS et al., 2018).

Em se tratando da zona de residência, a rural apresentou uma considerável frequência de casos nos estudos A1, A2 e A9, possivelmente pelas precárias condições estruturais e falta de saneamento básico (OLIVEIRA et al., 2022). A TB era considerada como doença rural nos últimos anos, porém, com aumento da urbanização desordenada essa realidade se modifica. Os estudos A3, A6, A7 e A8 obtiveram uma maior frequência de casos de TB na região urbana. Esse cenário revela uma nova situação epidemiológica e sanitário da população que sugere um padrão de transmissão preocupante devido a pobreza e baixa qualidade de vida (LIMA et al., 2019).

A argumentação em torno do assunto aponta para a importância de compreender a exclusão social materializada nos bairros periféricos como fator determinante no acometimento da TB. Nesse

sentido, refletir nesse cenário aponta para a necessidade de políticas públicas que tenham como objetivo promover a igualdade social e acesso universal aos serviços básicos de saúde, de forma a reduzir as desigualdades e garantir a qualidade de vida para todos os cidadãos, independentemente do local em que vivem.

Dentre as formas clínicas da TB, a que mais acomete as pessoas mundialmente é a pulmonar (A1, A3, A4, A6, A7, A8, A9, A10). Aragão et al., (2020), por meio de uma análise epidemiológica no Maranhão, obtiveram como resultado alta incidência dos casos de TB pulmonar em relação a TB extrapulmonar. Essa alta prevalência do tipo pulmonar deve-se ao fato de que as vias aéreas ou respiratórias são o principal condutor do *M. tuberculosis*, e na maioria das vezes se depositam nos pulmões desencadeando às lesões granulomatosas que caracterizam a doença, causando a TB pulmonar (FIGUEIREDO JUNIOR et al., 2021).

No tocante ao tratamento, o estudo A1 mostrou que a maioria dos casos evoluíram para cura, o que representa uma baixa proporção de abandono ao tratamento, já no estudo A3 os achados demonstraram que desde 2014 a taxa de cura em crianças e adolescentes não têm sido alcançadas como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), mesma constatação quanto ao abandono do tratamento (WHO,2022).

Entre os presidiários, a resistência a medicamentos (TB-DR) foi predominante entre os fumantes e usuários de drogas ilícitas e os estilistas tendem a abandonar o tratamento com mais frequência (A11). A população encarcerada apresenta maior risco para adoecer devido à falta de condições estruturais e devido ao fato de apresentarem diversas comorbidades, contribuindo assim para o adoecimento como: TB, exposição a comportamentos adversos à saúde, como o uso de álcool, tabaco e outras drogas corroborando com o que afirma (SILVA et al., 2019).

Em relação a falha de tratamento o estudo A12 apresenta como resultado o aumento no número de pacientes com falha no tratamento onde de 89 casos em 2013 para 557 casos em 2018 e, da mesma forma, os números que mudaram para o tratamento de TB resistente à rifampicina e à isoniazida (TB-MDR) aumentaram de 63 em 2013 para 413 em 2018.

Para o controle da TB é importante que ocorra o diagnóstico precoce, sobre esse aspecto, nos estudos A7 e A10, há uma constatação da realização da baciloscopia, cultura de escarro e radiografia. No estudo A11, radiografia, baciloscopia de escarro, histopatologia e testes moleculares, na pesquisa em A12 foi realizada a baciloscopia. Esse diagnóstico, principalmente quando realizado precocemente, é um dos pilares mais importantes no controle da doença (BRASIL, 2022).

Há nesse sentido uma variação quanto ao número de diagnósticos da doença em relação a realização de testes moleculares no período de 2019 a 2021, tendo impactos negativos nas notificações de TB. Notadamente em 2021 foi evidenciado um aumento de 12,9% na realização dos exames para diagnóstico de TB em comparação com o ano de 2020 (BRASIL, 2022).

Por meio de métodos variados utilizados na realização da análise espacial em diferentes países do mundo, os estudos abordaram sobre prevalência, incidência, tempo de internação, fatores de risco, infraestrutura, áreas com baixa aquisição econômica, escolaridade, características clínicas, presença de outras patologias, ocorrência dos casos da doença.

Dentre as técnicas de análise de tendência e distribuição espacial, observou-se que o artigo A3 utilizou índice de Moran Local este método permite analisar as mudanças nas séries históricas, pode haver uma tendência crescente, decrescente ou estacionária (KIM et al., 2000). A estatística de varredura utilizada no estudo A4 e A11 foi idealizada por Kulldorff e Nagarwalla (1995), a qual tem por finalidade a detecção de agrupamentos de risco no espaço. Nesta análise os aglomerados de risco foram constatados por meio de janelas circulares, com raio variável em torno do centróide de cada setor correspondente ao município analisado (KULLDORF; NAGARWALLA, 1995).

O método de Moran utilizado nos estudos A7 e A12 para avaliar a associação global do conjunto de dados. Este método contém informações de padrões espaciais e identificação de autocorrelação entre unidades de análise ecológica (CHIARAVALLOTI-NETO, 2016).

O estudo A12 destaca que as condições de inverno causam aumento das atividades internas e aglomeração, ambientes frios com baixa umidade e exposição reduzida ao sol podem explicar o pico subsequente da incidência de TB no final da primavera/início de verão, desta forma este estudo evidenciou que a incidência de TB é sazonal, esta realidade foi evidenciada no estudo de GIACOMET et al., (2021) que obteve um comportamento sazonal da TB.

O tratamento e a prevenção da TB continuarão a beneficiar o crescimento econômico geral. Determinantes fundamentais importantes da epidemia de TB que precisam ser abordados incluem pobreza, desigualdade e insegurança alimentar. Especificamente, a prevenção eficaz da TB exigirá ações que resultem na redução da pobreza, com melhoria da nutrição, melhores condições de vida e trabalho, bem como estratégias para mitigar o impacto da migração, envelhecimento populacional e doenças crônicas como diabetes, que são fatores de risco para TB como reitera a organização mundial de saúde (WHO, 2022; BRASIL 2019; BRASIL ,2022).

Em relação a taxa de incidência A1, A2, A4, A8, A9 e A11 foram registrados altas taxas de novos casos de TB. A maior incidência De TB em áreas com significativa desigualdade no que se refere a distribuição de renda, apresenta uma relação significativa entre a incidência da patologia e as variáveis que representam diferenças significativas no que se refere às condições de vida, moradia, bens próprios, distribuição de renda, aglomeração de pessoas, sinaliza que a carência de condições socioeconômicas predispõe o adoecimento e destaca a necessidade de fortalecer os programas de contenção segundo a realidade de cada região, visando a redução do acometimento social de TB (BERTOLOZZI et al., 2020; SILVA et al., 2020).

É importante destacar nesta revisão integrativa, que, por se tratar de estudos com delineamento ecológico, estes estiveram sujeitos à ocorrência de viés de agregação, também conhecido como “falácia ecológica”, fenômeno em que a observação da existência de uma relação entre duas variáveis no nível agregado não implica, necessariamente, que essa relação se mantenha no nível individual (ROUQUAYROL; SILVA, 2018).

Salienta-se então, que as inconsistências ou viés de dados provenientes de informações obtidas por bases secundárias através das notificações registradas para casos de TB demonstram um alto índice de campos incompletos, gerando subnotificações.

CONCLUSÃO

Este estudo proporcionou um conhecimento significativo sobre os aspectos clínicos e geoepidemiológicos da tuberculose no mundo, observou-se uma distribuição espacial heterogênea dos casos, maior prevalência da doença no sexo masculino, baixa escolaridade, baixa renda, zona urbana e forma clínica pulmonar. Estes achados podem auxiliar no gerenciamento e planejamento de políticas públicas no âmbito de saúde, subsidiando a tomada de decisões pelos gestores destes serviços.

Os métodos geoespaciais identificados nesta revisão configuram-se como ferramentas indispensáveis para a compreensão da dinâmica social da doença, por fornecerem subsídios para implementação de estratégias de controle e vigilância, além de apontarem a necessidade de superação das desigualdades socioespaciais.

Pesquisas devem ser empreendidas para identificar possíveis mudanças no padrão epidemiológico da tuberculose, reduzindo assim a vulnerabilidade da transmissão e posterior desenvolvimento da doença.

REFERÊNCIAS

- ALENE, K. A. et al. Spatial clustering of notified tuberculosis in Ethiopia: a nationwide study. *Plos One*. v. 14, n. 8, p. 1-11, 2019. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0221027>.
- ALENE, K. A. et al. Spatiotemporal Patterns of Tuberculosis in Hunan Province, China. *International Journal of Environmental Research And Public Health*. v. 18, n. 13, p. 6778, 2021. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18136778>.
- AL-HAJOJ, S. et al. Exploring the Sociodemographic and Clinical Features of Extrapulmonary Tuberculosis in Saudi Arabia. *Plos One*. p.1-11, 2015. DOI:10.1371/journal.pone.0101667
- ARAGÃO, F.B.A et al. Análise epidemiológica da tuberculose em São Luís - MA. *Medicina (Ribeirão Preto)*. v.53, n.3, p. 252-259, 2020. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/165165> Acesso em: 14 jul.2022.
- BONIFÁCIO, S. R.; LOPES, E. L. Mapeamento de agravos de saúde: uma aplicação da técnica de georreferenciamento com o uso do software Google Earth. *International Journal of Health Management Review*. v.5, n. 2, 2019. <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v5i2.162>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>. Acesso em: 14 jul. 2022.
- BERTOLOZZI, M.R. et al. A ocorrência da tuberculose e sua relação com as desigualdades, sociais: Estudo de revisão Integrativa na Base PubMed. *Esc Anna Nery*. vol 24, n.1, 2020, DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0367
- BRUCE, A.T.I. et al. Temporal trends in areas at risk for concomitant tuberculosis in a hyperendemic municipality in the Amazon region of Brazil. *Infect Dis Poverty*. p.2-14, 2020. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00732-0>
- CHIARAVALLOTI-NETO, F. O Geoprocessamento e Saúde Pública. *Arq. Ciênc. Saúde*. 23(4):1-2, 2016.
- FIGUEIREDO JUNIOR, A.M. et al. Análise da incidência de tuberculose nos estados da região norte do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Científico*. v.24, p. 1-7, 2021.
<https://doi.org/10.25248/REAC.e7041.2021>
- GIACOMET, C.L. et al. Tendência temporal da incidência de tuberculose e sua distribuição espacial em Macapá-AP. *Revista de Saúde Pública*. v. 55, p. 1-12, 2021. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003431>

GUTIERREZ, E.A. et al. First exploratory spatial distribution analysis of tuberculosis and associated factors in Tonalá, Mexico. *J Infect Dev Ctries.* v.14, n.2, p. 207-213, 2020. DOI:10.3855/jidc.11873

JOANNA, Briggs. Institute Reviewer'S. Manual.The Joanna Briggs Institute. 2015. Disponível em: <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2022.

JULIO, M.E.C. et al. Estudo Comparativo dos Critérios para o Diagnóstico da Tuberculose Pulmonar Infantil. *Revista Residência Pediátrica.* p.1-8, 2019. DOI: 10.25060/residpediatr-2021.v11n2-150.

KIM, H. J. et al. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics in Medicine, New York,* v. 19, n. 3, p. 335- 351, 2000.disponivel em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10649300/> acesso em: 20 jul. 2022

KULLDORFF, M; NAGARWALLA, N. Clusters de doenças espaciais: detecção e inferência Estatística *Med.* 1995;8:799–810.

LIN, Y.et al. Space-Time Distribution Characteristics of Tuberculosis and Its Socioeconomic Factors in Southern China from 2015 to 2022.*Dovepress.* p.2603–2616, 2022.

<https://doi.org/10.2147/IDR.S356292>

LIMA, I.B et al. Indicadores Epidemiológicos e Distribuição Espaço-Temporal da Tuberculose em Município Endêmico. *Nursing (São Paulo).* v. 24, n. 279, p. 6075–6086, 2021. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i279p6075-6086>

LIMA, S.V.M.A. et al. Spatial and temporal analysis of tuberculosis in an area of social inequality in Northeast Brazil. *BMC Public Health.* v. 19, p.2-9, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7224-0>

MASSABNI, A. C.; BONINI, E. H. Tuberculose: História e Evolução dos Tratamentos da Doença. *Revista Brasileira Multidisciplinar.* v. 23, n. 2, p. 107-123, 2020. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i2.780>

MESQUITA, C.R. et al. A Clinical-Epidemiological and Geospatial Study of Tuberculosis in a Neglected Area in the Amazonian Region Highlights the Urgent Need for Control Measures. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* v. 18, p. 2-15, 2021.

<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18031335>.

NEVES, D.C.O. et al. Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose nas Regiões de Integração do Estado do Pará, Brasil no período entre 2005 e 2014. *Rev. Pan- Amaz Saúde.* v. 9, n. 3, p. 21-29, 2018. <https://doi.org/10.5123/S2176-62232018000300003>

OLIVEIRA, O. et al. Intra-urban variation in tuberculosis and community socioeconomic deprivation in Lisbon metropolitan area: a Bayesian Approach. *Infectious Diseases of Poverty.* p. 2-9, 2022. <https://doi.org/10.1186/s40249-022-00949-1>

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. Rouquayrol epidemiologia & saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

ONOFRE, R. S; LOPES, F.C; AROMATARIS, E; LOCKWOOD, C. How to properly use the PRISMA Statement. BMC. v.10, n.117, 2021. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01671-z>

OUZZANI, M. HAMMADY, H. FEDOROWICZ, Z. ELMAGARMID, A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev. v.5, n.1, p.210, 2016.

PAGE, M. J. et al. O comunicado do Prisma 2020: uma diretriz atualizada para relatórios de revisões sistemáticas. BMJ. n.71, 2021.

SANTOS, J.A; SANTOS, D.T; ARCENIO, R.A; NUNES, C. Space–time clustering and temporal trends of hospitalizations due to pulmonary tuberculosis: potential strategy for assessing health care policies. European Journal of Public Health. v. 31, n. 1, p. 57-62, 2020. DOI:10.1093/eurpub/ckaa161

SANTOS, B.A. et al. Tuberculose em crianças e adolescentes: uma análise epidemiológica e espacial no estado de Sergipe, Brasil, 2001-2017. Ciência & Saúde Coletiva. v. 25, n. 8, p.2939-2948, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020258.25692018

SANTOS, B.O. et al. Análise espaço-temporal da incidência de tuberculose na atenção primária. Pará Research Medical Journal. p. 01-06, 2017. DOI: 10.4322/prmj.2017.021

SANTOS, J.N. et al. Factors associated with cure when treating tuberculosis in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 2011-2014. Epidemiol. Serv. Saúde. v. 27, n.3, p. 1-10, 2018.

<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300015>

SILVA.P.H.S. et al. Aspectos sociodemográficos e clínicoepidemiológicos da tuberculose em um município do nordeste brasileiro. Revista Eletrônica Acervo Saúde. v.12, p.1-10, 2020.

<https://doi.org/10.25248/reas.e1916.2020>

SILVA, B.N. et al. Fatores predisponentes de tuberculose em indivíduos privados de liberdade: revisão integrativa. Archives of Health Sciences. v.26, p. 67-71, 2019. DOI: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1051

SCHOLZE, A.R. et al. The burden of alcohol, tobacco and others drugs among incarcerated population diagnosed with tuberculosis: time trends and spatial determinants in Southern Brazil. BMC Public Health. v.22, p.2-12, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13408-1>

TELAROLLI JUNIOR, R; LOFFREDO, L.C. M; GASPARETTO, R. M. Clinical and epidemiological profile of tuberculosis in an urban area with high human development index in southeastern Brazil. Time series study. Sao Paulo Medical Journal. v. 135, n. 5, p. 413-419, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0260210317>.

VÁSQUEZ.D.L.S.; LÓPEZ, L.E.J. Formas clínicas y perfil epidemiológico de tuberculosis en niños, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas. Acta Pediátrica Hondureña. v. 4, n. 2, p. 298-306, 2015. Disponível em: <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol4/pdf/APHVol4-2-2013-4.pdf> Acesso em: 16 jul.2022.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. Nursing Research. v. 54, n.1, p.56-62, 2005.

WHO. World Health Organization. Global tuberculosis report 2022


[internet]. Geneva:WorldHealthOrganization,2022 disponível em:

<https://www.paho.org/en/news/27-10-2022-tuberculosis-deaths-and-disease-increase-during-covid-19-pandemic#:~:text=Geneva%2C%2027%20October%202022%3A%20An,Organization's%202022%20Global%20TB%20report.>



MULTIDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE: A NECESSIDADE DA INTEGRAÇÃO

VOLUME III

 conhecimentolivre.org/home

 contato@conhecimentolivre.org

 [editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE