

TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE





Editora Poisson

Tópicos em Ciências da Saúde Volume 17

1ª Edição

Belo Horizonte Poisson 2020 Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais Msc. Davilson Eduardo Andrade

Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas Msc. Fabiane dos Santos

Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy

Msc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T674

Tópicos em Ciências da Saúde-Volume 17/ Organização Editora Poisson - Belo Horizonte - MG: Poisson, 2020

Formato: PDF

ISBN: 978-65-86127-77-5

DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5

Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia

- 1. Saúde 2. Medicina 3. Enfermagem
- I. Título.

CDD-610

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

www.poisson.com.br

contato@poisson.com.br

Capítulo 1: O olhar do idoso sobre as ISTS: Uma revisão integrativa
Maria Cecília Queiroga dos Santos, Thaynara Tavares Oliveira Ramos, Lara Maria Alves de Carvalho, Ana Letícia Alves de Carvalho, Brenda Sales Lins, Ana Claudia Torres de Medeiros
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.01
Capítulo 2: Condutas de fisioterapia em pacientes idosos com pneumonia14
Nathalie Barreto Saraiva Vilar, Janayne de Sousa Oliveira, Maria Luiza Almeida Bastos, Mariza Araújo Marinho Maciel, Maria Vieira de Lima Saintrain
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.02
Capítulo 3: Qualidade de vida dos idosos inseridos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vinculo-SCFV: Uma experiência da prática da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) na cidade do Recife/PE
Ednalva Mariano da Silva, Rossana Carla Rameh-de Albuquerque
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.03
Capítulo 4: Fatores contribuintes ao suicídio em pessoas idosas: Uma revisão integrativa
Ana Elisa Pereira Chaves, Bruna Henriques Chaves, Giovanna Raquel Sena Menezes, Kalyna Rakelly Batista de Araújo, Leandro Carlos Silvério, Tatiana Fátima Soares Regalado
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.04
Capítulo 5: Obesidade sarcopência em idosos: Um potencializador do estresse oxidativo e de biomarcadores inflamatórios. Complicadores e/ou promotores de doenças crônicas inflamatórias
José Ewerton Tenório da Silva, Caroline Junqueira Barcellos Leite
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.05
Capítulo 6: Voluntariado com pessoas adultas e idosas em situação de rua: Relato de experiência 37
Catherine Aravena Valero
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.06
Capítulo 7: Reabilitação psicossocial na velhice: Uma experiência possível44
Vanessa Alonso, Roseli Rezende

DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.07

Capítulo 8: Formação do cuidador informal de idosos: Uma ação na atenção básica de saúde
Marcelo Amaro Manoel da Silva, Fernanda Maria Francischetto da Rocha Amaral
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.08
Capítulo 9: Caracterização de hanseníase em idosos na região metropolitana de Recife, 2005-2014
Bárbara Maria Lopes da Silva Brandão, Alice Maria Barbosa da Silva, Maria Isabelly de Melo Canêjo, Tayná Maria Lima Silva, Juliana Maria Otaviano Maia, Fábia Alexandra Pottes Alves
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.09
Capítulo 10:Incidência da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) em ummunicípio da Amazônia Brasileira, no período de 2015 a 2019
Guilherme Henrique Nascimento Alves, Davi Caldas dos Santos, Rainny Beatriz Sabóia de Oliveira, Helen Carla Sabóia de Oliveira, Leandro de Assis Santos da Costa, Nara Macedo Botelho
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.10
Capítulo 11: Perfil epidemiológico das exposições provocadas por potenciais transmissores da raiva em humanos do município de Tucuruí/Pará
Geovana de Nazaré Gonçalves Cardoso, Keise Helaine Moreira da Silva Pinto, Cláudia Cristina Pinto Girard
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.11
Capítulo 12: O cuidado dos enfermeiros às lesões de pele em pacientes críticos em um Hospital Público na cidade de Campina Grande – PB72
Isabella Maria Filgueira Guedes Piancó, Tamillys Macedo Cordeiro, Isabella Barros Almeida, Chirlaine Cristine Gonçalves
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.12
Capítulo 13: Impacto psicossocial e qualidade de vida em jovens acometidos por acne
Isabela Morais Martins, Anna Paulla Alves, Maysa Nascimento Pereira, Natália Pacheco Lanzoni
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.13

Márcia Keller Alves, Patrícia da Rosa Schmaedek, Keli Vicenzi, Ana Carolina Terrazzan

DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.14

Capítulo 15: A atenção no pré natal: Repercussões no empoderamento da mulher para o aleitamento materno
Edith Monteiro de Oliveira, Frederico Monteiro de Oliveira, Mariana Cabral Maselli, Jéssica Monteiro Rodrigues, Solange de Jesus Santos, Manuela Gomes Campos Borel, Denise Barbosa de Castro Friedrich, Thainara Lopes da Silva
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.15
Capítulo 16: As repercussões do climatério e menopausa na vida das mulheres e a assistência de enfermagem
Suély Paulina de Oliveira Silva, Thayana Germana do Nascimento Lopes, Raquel Vilanova Araujo, Maria do Amparo Veloso Magalhães, Vânia Maria Alves de Sousa
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.16
Capítulo 17: Intervenções de enfermagem para prevenção e controle das complicações relacionadas ao puerpério
Andressa Cristina dos Santos Silva, Hyllary Barbosa Macêdo, Raquel Vilanova Araújo
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.17
Capítulo 18: Representações sociais de profissionais da saúde sobre o abortamento
Camilla do Nascimento Jordão, Juliana da Silva Nogueira Carvalho, Jones Sidnei Barbosa de Oliveira, Evely Ferreira Lins, Manoel Adauto Cunha Monteiro, Sandra Valongueiro Alves, Cleuma Sueli Santos Suto
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.18
Capítulo 19: Visita domiciliar de qualidade
Andressa Lúcia Braga Ferreira, Patrícia Dias Barreto Marinho, Aliny Correa Viana, Everton Andrade Pimentel, Lindalva Ribeiro de Melo, Luarya da Silva Guimarães
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.19
Capítulo 20: Avanços e desafios na implantação do e-SUS-Atenção Básica137
Jairo Porto Alves, Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz, KlerybiaThayse Gama França, Lidiane Monteiro da Silva, Cláudia Santos Martiniano
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.20

Capítulo 21: Demanda do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU: Uma revisão integrativa141
Gabriela Oliveira Parentes da Costa, Josué Alves da Silva, Ricardo Clayton Silva Jansen, Catiane Raquel Sousa Fernandes, Michelle Kerin Lopes, Ranieri Arimatea Costa
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.21
Capítulo 22: Educação permanente para cirurgiões dentistas da atenção primária no município de João Pessoa: Um relato de experiência
Terezinha Paes Barreto Trindade, Julyane Feitoza Coêlho
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.22
Capítulo 23: Medidas de conforto para pacientes com câncer de pulmão avançado – uma cartilha didática
Joselaine Dantas, Maurício Wesley Perroud Júnior, Luciana Campanatti Palhares, Carmen Silvia Passos Lima
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.23
Capítulo 24: Modificações cerebrais na aprendizagem motora: Uma revisão de literatura
Karoline Olivia da Silva Carneiro, Laura Emmanuela Lima Costa, Cleuma Sueli Santos Suto, Carle Porcino, Lucas da Silva Santos
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.24
DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.24 Capítulo 25: Análise química do teor de ácido acetilsalicílico (AAS) em medicamentos
Capítulo 25: Análise química do teor de ácido acetilsalicílico (AAS) em medicamentos
Capítulo 25: Análise química do teor de ácido acetilsalicílico (AAS) em medicamentos
Capítulo 25: Análise química do teor de ácido acetilsalicílico (AAS) em medicamentos 170 Tarcísio Rezene Lopes, Joice Rosa Mendes, Kleison Alves de Souza, Lara Souza Pereira, Joseane Damasceno Mota, Joseneide Alves de Miranda, Nadjma Souza Leite, Thiago Brito de Almeida
Capítulo 25: Análise química do teor de ácido acetilsalicílico (AAS) em medicamentos
Capítulo 25: Análise química do teor de ácido acetilsalicílico (AAS) em medicamentos 170 Tarcísio Rezene Lopes, Joice Rosa Mendes, Kleison Alves de Souza, Lara Souza Pereira, Joseane Damasceno Mota, Joseneide Alves de Miranda, Nadjma Souza Leite, Thiago Brito de Almeida DOI: 10.36229/978-65-86127-77-5.CAP.25 Capítulo 26: Aspectos gerais da transexualidade

Capítulo 1

O olhar do idoso sobre as ISTS: Uma revisão integrativa

Maria Cecília Queiroga dos Santos Thaynara Tavares Oliveira Ramos Lara Maria Alves de Carvalho Ana Letícia Alves de Carvalho Brenda Sales Lins Ana Claudia Torres de Medeiros

Resumo: A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) causa uma debilitação do sistema imunológico, deixando o usuário susceptíveis a doenças oportunistas. Com isso, em decorrência do aumento da longevidade e das facilidades oferecidas atualmente, práticas sexuais inseguras tornam os idosos mais vulneráveis a contaminarse, especialmente pelo HIV. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo reunir os conhecimentos envolvidos nos estudos mais recentes acerca das IST em idosos. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os descritores "doenças sexualmente transmissíveis", "saúde do idoso" e "envelhecimento". Foram recuperados artigos completos, incluindo ensaio, resultado de pesquisa, reflexão ou revisão de literatura, produzidos entre 2015 e 2019, nos idiomas inglês, português e espanhol, hospedados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na PubMed. A coleta de dados ocorreu entre os meses março e abril de 2020. A partir dos resultados de busca, todos os resumos foram lidos, sendo excluídos os artigos que não atenderam aos critérios de inclusão e aqueles que apresentaram repetidos. Obteve um total de sete artigos que foram analisados. Ainda é perceptível o preconceito com a população idosa, onde são taxados como assexuados, desprovidos de libido e por conseguinte, distantes da realidade epidemiológica das doenças sexualmente transmissíveis.

Palayras-chave: Envelhecimento; Saúde do idoso; HIV/AIDS; Conhecimento.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fator inerente a todos os indivíduos, mas a maneira como será vivenciado está diretamente ligada ao estilo de vida que cada pessoa, além da consideração dos fatores genéticos e ambientais nesse processo (LENDZION et al., 2002).

Logo é marcado por diferentes perspectivas, que traz consigo a preocupação, assumindo uma dimensão heterogênea de possíveis eventos. Alguns os caracterizaram como uma diminuição geral das capacidades da vida diária, outros o consideram como um período de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência no seio familiar. Outros, ainda, exaltam a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Qualidade de vida engloba o domínio da percepção do indivíduo em relação à sexualidade, uma variável complexa devido à sua multidimensionalidade. A sexualidade pode ser expressa através da interação com os outros e se manifestar nas relações sociais através do corpo e da afetividade. Também pode ser descrito como uma "maneira de existir no mundo através do Eros, que permeia a vida humana cotidiana", sendo a sexualidade diferenciada do sexo e como uma forma de expressão humana (UCHÔA et al., 2016).

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) causa uma debilitação do sistema imunológico, deixando o usuário mais susceptível a doenças oportunistas (SANTOS *et al.*, 2016). Segundo Brito *et al.*, (2016), a percepção que a sociedade tem da pessoa idosa envolve mitos e tabus, o que influencia as práticas de saúde junto à população.

Nessa perspectiva, ainda há muito que se fazer, haja vista a necessidade de vislumbrar o idoso em todas as suas dimensões, reconhecendo a sexualidade como algo possível de se viver na velhice (BRITO *et al.*, 2016).

A longevidade, o desenvolvimento tecnológico e a melhora no estilo de vida atualmente concorrem para que a sexualidade seja mais amplamente expressada e vivenciada entre a população de idosos. Assim, em decorrência do aumento da longevidade e das facilidades oferecidas atualmente, práticas sexuais inseguras tornam os idosos mais vulneráveis a contaminar-se, especialmente pelo HIV (BURIGO *et al.*, 2015).

Dornelas *et al.* (2015) em seu estudo, encontraram um aumento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) em idosos. Considerando-se que esse aumento, segundo os autores, deve-se tanto pelo envelhecimento de indivíduos soropositivos em terapia antirretroviral, quanto por novos casos.

Segundo *The Kirb Institute* (2014) na Austrália, enquanto as taxas gerais para ITS específicas para idosos são muito mais baixas do que para os grupos mais jovens, o número de IST notificáveis que não o HIV entre pessoas com 60 anos ou mais aumentou em 46% entre 2009 e 2013.

No Brasil, em junho de 2016 foram notificados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação 2199 casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais. Tal afirmação realça a necessidade de sensibilização sobre a realidade da vida sexual deste segmento populacional.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo reunir os conhecimentos envolvidos nos estudos mais recentes acerca das IST em idosos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), de cunho qualitativo, que possui como objeto de estudo as Infecções Sexualmente Transmissíveis em idosos. A revisão integrativa permite a sintetização de resultados de pesquisas anteriores, realizadas por outros autores e mostra as conclusões da literatura sobre um fenômeno específico. Uma vez reunidos, os dados permitem conclusões sobre determinado tema CROSSETTI (2012); MENDES; SILVEIRA; GALVÃO (2008). O estudo pautou-se na questão norteadora: Quais são as principais percepções dos idosos sobre as IST?

Para responder tal questionamento foram recuperados artigos completos, incluindo ensaio, resultado de pesquisa, reflexão ou revisão de literatura, produzidos entre 2015 e 2019, nos idiomas inglês, português e espanhol, hospedados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na PubMed.

Foram excluídos artigos repetidos e que não tivessem doença sexualmente transmissível/infecções sexualmente transmissíveis, saúde do idoso e envelhecimento, como assuntos principais.

A coleta de dados ocorreu entre os meses março e abril de 2020. Nesta etapa consultou-se o website Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para seleção dos descritores que melhor pudessem responder ao objeto de estudo. Dessa forma foram utilizados os seguintes descritores e suas intersecções: Envelhecimento e seus sinônimos nos idiomas português, inglês e espanhol: envelhecimento, elderly ou envejecimiento. Combinados com saúde do idoso, health of the elderly ou salud del anciano e doenças sexualmente transmissíveis, sexually transmitted diseases, enfermedades de transmisión sexual. A partir dos resultados de busca, todos os resumos foram lidos, sendo excluídos os artigos que não atenderam aos critérios de inclusão e aqueles que apresentaram repetidos. Na última etapa de coleta de dados foi realizada a síntese qualitativa, na qual os artigos foram lidos na íntegra, sendo mais uma vez excluídos, quando necessário (FIG 1).

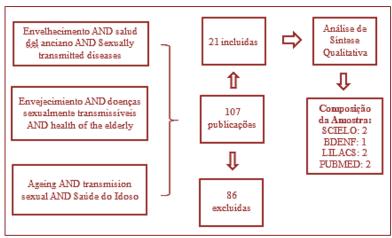


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos.

Fonte: Elaboração própria.

3. RESULTADOS

As publicações selecionadas foram organizadas por ano, autor(a), título e periódico no quadro 1.

Quadro 1 – Artigos publicados sobre envelhecimento, doenças/infecções sexualmente transmissíveis e saúde do idoso, por ano, autor(a), tipo de estudo e nome do periódico, hospedados no portal BVS. Campina Grande, PB, Brasil, 2020.

Autor	Base de dados	Revista de Publicação	Tipo de Estudo	Ano de Publicação
Carvalho et al.	LILACS	Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis	Estudo Retrospectivo	2017
Silva; França; Hernandez	LILACS	Estudos e Pesquisa em Psicologia	Estudo de Campo	2017
Lyons et al.	Medline	Australian and New Zeland Journal of Public Healt	Estudo de Transversal	2017
Souza et al.	LILACS	Revista de Enfermagem da UFPE	Estudo Descritivo Exploratório Qualitativo	2016
Uchôa et al.	Scielo	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Estudo Observacional Analítico Quantitativo	2016
Dornelas <i>et al</i> .	Scielo	Ciência e Saúde Coletiva	Revisão Sistemática da Literatura	2015
Raglan; Lawrence; Schulkin	MedLine	Revista Women's Health	Revisão da Literatura	2014

Tabela 1. Artigos publicados sobre envelhecimento, doenças sexualmente transmissíveis e saúde do idoso, por ano, autor(a), tipo de estudo e nome do periódico, hospedados no portal BVS.

Autor	Base de dados	Revista de Publicação	Tipo de Estudo	Ano de Publicação
Carvalho et al.	LILACS	Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis	Estudo Retrospectivo	2017
Silva; França; Hernandez	LILACS	Estudos e Pesquisa em Psicologia	Estudo de Campo	2017
Lyons et al.	MedLine	Australian and New Zeland Journal of Public Healt Estudo de Transversal		2017
Souza et al.	LILACS	Revista de Enfermagem da UFPE	Estudo Descritivo Exploratório Qualitativo	2016
Uchôa <i>et al.</i>	Scielo	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Estudo Observacional Analítico Quantitativo	2016
Dornelas <i>et al.</i>	Scielo	Ciência e Saúde Coletiva	Revisão Sistemática da Literatura	2015
Raglan; Lawrence; Schulkin	MedLine	Revista Women's Health	Revisão da Literatura	2014

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Percebe-se que a maior parte dos artigos encontrados são nacionais, o que pode demonstrar um interesse na temática que se configura de modo recente e recorrente, pois a data de publicação dos artigos se concentram nos últimos três anos, variando na forma de se abordar o objeto de estudo, possibilitando uma visão ampla sobre uma mesma temática.

4. DISCUSSÃO

De 2003 a 2013, foram notificados 224 casos novos de AIDS na população estudada, com predomínio do sexo masculino. Embora tenha ocorrido certa oscilação na incidência, ao se comparar o início e o final do período estudado observou-se decréscimo de 68% na notificação destes novos casos (CARVALHO, 2017).

Silva, França, Hernandez (2017) observaram em seu estudo que a maioria dos participantes (96,6%) afirmou ser favorável ao uso do preservativo. No entanto, as medidas referentes ao uso efetivo de preservativo nas relações sexuais com a (o) esposa (o), com a parceira (o) sem compromisso ou com a (o) namorada (o) apresentaram valores médios baixos, indicativos de não utilização dessa prevenção. Ou seja, apesar da declaração de atitude favorável ao uso de preservativos, não costumavam usá-los.

Lyons *et al.*, (2017), em seu estudo com idosos australianos com 60 anos ou mais encontrou que, embora os participantes tenham um bom conhecimento das causas e sintomas gerais das ISTs, eles estavam menos conscientes sobre a proteção oferecida pelos preservativos, tornando possível, portanto, que algumas pessoas mais velhas acreditem que, se usassem o preservativo, não precisariam de testes de IST. Conhecimento limitado sobre diferentes modos de transmissão também foi relatado.

Nesse mesmo estudo, as mulheres demonstraram melhor conhecimento que os homens. Uma possível razão apontada para esse fenômeno seria a maior probabilidade dessa população realizar uma maior quantidade de visitas aos profissionais de saúde e ser exposta à educação em saúde.

Em contraste, um estudo realizado por Souza *et al.*, (2016), no município de Teresina/PI, Brasil, mostrou que a população estudada encontrava-se em risco para a o HIV/AIDS, uma vez que a maioria dos idosos que relataram ter vida sexual ativa, não se protegiam mesmo sabendo que o preservativo é o meio mais

seguro para evitar a contaminação. Foi perceptível que o grupo estudado tinha baixo nível de conhecimento em relação ao HIV/AIDS.

A disfunção sexual torna-se mais comum em indivíduos idosos e podem estar associados consequências adversas, podendo continuar uma vida sexual satisfatória quando de encontro a orientações adequadas. Apesar disso, muitos profissionais de saúde relatam que não fazem exames de disfunção sexual, ou que são afetados por estereótipos que os idosos não possuem vida sexual ativa e, tendo em vista o que foi discutido, os autores concordam com os demais apresentados no que tange ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, os quais ocorrem com frequência crescente entre idosos e o risco de infecção aumenta com as mudanças de parceiros após o divórcio ou a morte de um parceiro (RAGLAN; LAWRENCE; SCHULKIN, 2014).

Abarcando todos esses aspectos, Uchôa *et al.* (2016), em seu estudo observaram que a maioria dos idosos relatou não terem sido preparados na juventude para iniciar a vida sexual, tinham reduzido conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis e suas formas de prevenção, não sabiam distinguir sexo de sexualidade, identificando a família e religião como fatores inibitórios da mesma. Cerca de um terço relataram, ainda, ter alguma disfunção sexual e mais da metade não buscava orientação médica. Citaram que os profissionais da saúde estão preparados para abordar o tema, porém, eles são quase a última fonte de informação consultada quando o assunto é sexualidade, mostrando uma falha na busca pelas informações e na capacidade dos profissionais em realizar uma busca ativa e abordar esse assunto.

De acordo com Santana (2016), o envelhecimento populacional é um fato, somado a vulnerabilidade dos indivíduos com 50 anos ou mais, a infecções sexualmente transmissíveis, leva ao profissional de saúde a responsabilidade de planejamento de ações que visam à disseminação de informação voltada à educação sexual deste público, pois estão sexualmente ativos e necessitam postularem-se preventivamente para redução de infecções e transmissibilidade.

Muitos são os desafios encontrados no manejo dessas situações, nota-se que esse grupo de pessoas está, em grande parte, excluído das políticas públicas de promoção da saúde no contexto das IST, além disso a falta de reconhecimento desse risco pelos próprios idosos, ou então por profissionais de saúde, influencia diretamente na falta de diagnóstico de IST ou muitas vezes em diagnóstico tardio, elevando a possibilidade de evolução das doenças (DORNELAS et al., 2015).

5. CONCLUSÃO

Esse estudo demonstrou que a dificuldade de aderir aos métodos preservativos na população idosa é relacionada ao pouco conhecimento dos mesmos sobre a temática, especialmente em território nacional. Esse fenômeno pode estar relacionado com a falta de investimentos em políticas públicas direcionadas à sexualidade da terceira idade.

Ainda é perceptível o preconceito com a população idosa, onde são configurados como assexuados, desprovidos de libido e por conseguinte, distantes da realidade epidemiológica das infecções sexualmente transmissíveis.

É visível ainda o importante papel desempenhando pelos profissionais de saúde que acolhem e orientam essa população, embora, atualmente, haja um déficit nesse atendimento, se fazendo necessário uma maior visibilidade, investimento e aprimoramento dessas ações.

REFERÊNCIAS

- [1] BRASIL. Ministério da Saúde. TabNet, Casos de AIDS identificados no Brasil. Disponível em: http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def. Acesso em: 22 março 2019.
- [2] BRITO, N. M. I. *et al.* Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimento e percepção de risco. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, João Pessoa, v.41, n.3, p.140-145, 2016.
- [3] BURIGO, G. F. *et al.* Sexualidade e comportamento de idosos vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis. CuidArte Enfermagem. São Paulo, v.9, n.2, p. 148-153. 2015. Disponível em: http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revista%20CuidArt%20-%20Jul%20-Dez%202015.pdf. Acesso em: 22 março 2019.

- [4] CARVALHO, N. Z. *et.al.* AIDS depois dos 50 anos: incidência de 2003 a 2013 em São José do Rio Preto, SP, e a percepção dos idosos de uma Unidade Básica de Saúde sobre a doença. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. v.29, n.3, p. 85-90. 2017. Disponível em: http://www.jbdst.inpub.solutions/publicas/jbdst/arquivos/151396722861C048BXEN3NRFC27M0E2OCYMV2AYK/2177-8264-JBDST-29-03-85.pdf. Acesso em: 22 março 2019.
- [5] CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. Revista Gaúcha Enfermagem, v.33, n.2, p.8–9,2012.
- [6] DORNELAS, J. et al. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 20, n. 12, p. 3853-3864, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.17602014>. Acesso em: 01 abril 2020.
- [7] FECHINE, B. R.; TROMPIERI, N. O processo de Envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Inter science place, v.1, n.20, p.106-132, 2012.
- [8] THE KIRBY INSTITUTE. HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmissible Infections in Australia Annual Surveillance Report. Sydney (AUST): University of New South Wales; 2014.
- [9] LENDZION, C. R. et al. Envelhecimento e qualidade de vida. Revista Pró-Saúde, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 01-05, 2002.
- [10] LYONS, A. *et al.* Sexually active older Australian's knowledge of sexually transmitted infections and safer sexual practices. Australian and New Zeland Journal of Public Healt. v.41, n.3, p: 259-261, Junho, 2017. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1753-6405.12655. Acesso em: 22 março 2019.
- [11] MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. v.17, n.4, p.758-764, 2008.
- [12] RAGLAN, G.; LAWRENCE, H.; SCHULKIN, J.; Obstetrician/gynecologist care considerations: practice changes in disease management with an aging patient population. Women's Health. v.10, n.2, p.155-160, 2014.
- [13] SANTOS, T. S.; TAVARES, C. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos co-infectados pela neurotoxoplasmose em portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida. Revista Portal: Saúde e Sociedade, v. 1, n. 3, p. 242-257, 2017. Disponível em: http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/2549/2152. Acesso em: 22 março 2019.
- [14] SILVA, L. A.; FRANÇA, L. H. F. P.; HERNANDEZ, J. A. E. Amor, atitudes sexuais e índice de risco às DST em idosos. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 17, n. 1, p. 323-342, 2017. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/35121/25544. Acesso em: 22 março de 2019.
- [15] UCHÔA, Y. S. et. al. Sexuality through the eyes of the elderly. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 939-949, Dez. 2016. Disponível em https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150189. Acesso em: 01 abril 2020.

Capítulo 2

Condutas de fisioterapia em pacientes idosos com pneumonia

Nathalie Barreto Saraiva Vilar Janayne de Sousa Oliveira Maria Luiza Almeida Bastos Mariza Araújo Marinho Maciel Maria Vieira de Lima Saintrain

Resumo: A pneumonia é uma doença infecciosa comum, responsável por um grande número de internações hospitalares, causa morbidade e mortalidade significativas, especialmente em pessoas idosas. A elevada prevalência de pneumonia em idosos e suas possíveis complicações, dentre elas a perda da funcionalidade, o aumento de morbidade e mortalidade é o que justifica a realização deste estudo, que tem como objetivo revisar os estudos disponíveis na literatura sobre intervenções da fisioterapia em idosos com pneumonia. Foi conduzida uma revisão de literatura no período e julho de 2017 nas bases eletrônicas PUBMED, SCIELO, LILACS, Google Acadêmico, BDTD com as palavras: fisioterapia, reabilitação, pneumonia, idosos e suas associações. A qualidade metodológica foi avaliada por meio da escala de PEDro. Após a estratégia de busca foram identificados 02 estudos elegíveis para análise qualitativa que, no geral, apresentaram moderada qualidade metodológica, obtendo o escore de 6. O principal achado foi que a intervenção precoce de Fisioterapia em idosos com pneumonia reduzem a mortalidade e melhoram as atividades de vida diária. Concluímos que existem poucos estudos disponíveis sobre o assunto, e os existentes é de moderada qualidade metodológica, o que indica que os resultados dos autores não podem ser considerados como conclusivos. Sugerimos a realização de mais ensaios clínicos aleatórios, com elevado rigor metodológico, para avaliar a efetividade da Fisioterapia em idosos com pneumonia.

Palavras-chaves: Fisioterapia; idoso; pneumonia.

1. INTRODUÇÃO

A longevidade tem sido apontada como uma das transformações demográficas mais significativas do século XXI (BODSTEIN; LIMA; BARROS, 2014). Por conseguinte, as doenças respiratórias constituem a segunda causa mais frequente de assistência hospitalar (MARTÍN-SALVADOR et al., 2015). Entre essas doenças, a pneumonia, doença infecciosa comum, causa morbidade e mortalidade significativas, especialmente em pessoas idosas (PINARGOTE; RAMOS; ZURITA; PORTILLA, 2015).

De acordo com a World Health Organization (2015), a pneumonia é considerada um importante problema de saúde pública e a maior causa de morte por doenças infecciosas no mundo, sendo responsável por um grande número de internações hospitalares entre os idosos. O custo desses pacientes é elevado e com o envelhecimento da sociedade pode comprometer uma importante parcela dos recursos orçamentários destinados à saúde. (COSTA; TEIXEIRA; VICTOY, 2016).

A mortalidade por pneumonia é maior entre os pacientes com doenças respiratória pré-existentes, acometendo principalmente os idosos, portanto, este grupo se beneficia particularmente de atividades de prevenção da pneumonia (STOLBRINK et al., 2014).

Pacientes hospitalizados por pneumonia experimentam um declínio na capacidade funcional, que está associado às taxas mais altas de re-hospitalização e morte, bem como reduções na força muscular periférica e qualidade de vida. Os custos de tratamento da pneumonia, seu impacto e escassez de evidências para apoiar a reabilitação para esses pacientes, tornam decisivos em investigar se programas de treinamento físico podem levar a menor tempo de internamento ou alta hospitalar precoce (JOSÉ; CORSO, 2016).

A elevada prevalência de pneumonia em idosos e suas possíveis complicações, entre elas a perda da funcionalidade, o aumento de morbidade e mortalidade é o que justifica aprofundarmos conhecimento nesta área. Portanto, a melhor forma de prevenir essas complicações é fundamentar com condutas bem sucedidas a proposta na intervenção da fisioterapia.

Este estudo partiu da seguinte pergunta norteadora: a reabilitação baseada em exercícios em idosos com pneumonia apresenta resultados funcionais e melhora dos sintomas?

2. MÉTODOS

O presente capítulo foi fundamentado em uma revisão sistemática da literatura, pois essa investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2006). A pesquisa foi realizada nos bancos de dados: Publicações Médicas (PUBMED), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Conduzida no período de julho de 2017. Através do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) foram utilizados: reabilitação, terapia por exercício, fisioterapia, modalidades de fisioterapia, pneumonia, idosos e suas associações na seguinte estratégia de busca:

- 1 Rehabilitation [Title/Abstract] OR Exercise Therapy [Title/Abstract] OR Physical Therapy Specialty [Title/Abstract] OR Physical Therapy Modalities [Title/Abstract]
- 2 pneumonia [Title/Abstract]
- 3 aged [Title/Abstract]
- 4 1 AND 2 AND 3

Foram incluídos ensaios clínicos aleatórios, revisões e monografias sobre intervenção de fisioterapia em idosos com pneumonia. Foram selecionadas literaturas em inglês, português e espanhol, contemplando publicações dos últimos 5 anos. Foram excluídos todos os estudos publicados somente em formato de resumo.

A qualidade metodológica dos estudos elegíveis foi avaliada por meio da escala de PEDro, validada e adaptada para o português por Shiwa et al. (2011).

3.RESULTADOS

A pesquisa inicial, realizada nas bases de dados eletrônicas, identificou 434 artigos potenciais. Após análise do título, leitura dos resumos e textos completos, conforme os critérios de elegibilidade preestabelecidos foram selecionados 02 artigos para síntese qualitativa final (figura 1). Após análise pela escala de avaliação da qualidade metodológica de PEDro (tabela 1), dois estudos foram pontuados e classificados com baixa a moderada qualidade metodológica.

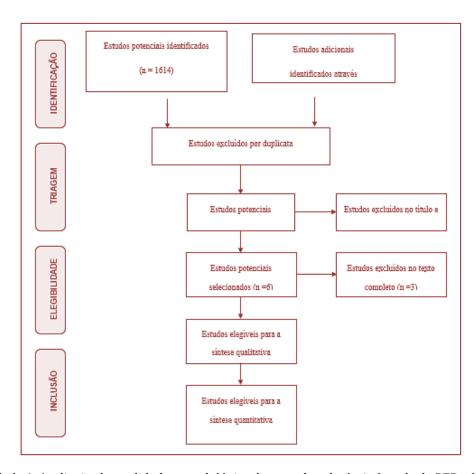


Tabela 1. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos elegíveis (escala de PEDro).

CRITÉRIOS	Momosaki <i>et al.,</i> 2015	Yagi et al., 2016	Martín-Salvador et al., 2015
1- Critérios de inclusão especificados.	S	S	S
2- Alocação aleatória.	N	N	N
3- Alocação oculta.	N	N	N
4- Igualdade dos grupos no pré- tratamento.	S	S	S
5- Participantes cegos.	N	N	N
6- Terapeutas cegos.	N	N	N
7- Examinadores cegos.	N	N	S
8- Follow-up de pelo menos 85% dos participantes.	N	N	S
9- Análise por "intenção-de-tratar".	S	S	N
10- Comparações estatísticas entre grupos.	S	S	S
11- Especificado o tamanho do efeito e variabilidade.	S	S	S
Total (10 pontos)	5	5	7

S - sim; N – não

Esta avaliação destaca o enquadramento dos estudos elegíveis, sobre a intervenção da fisioterapia em idosos com pneumonia. Foram encontrados três artigos elegíveis, sendo dois estudos retrospectivos e um sendo ensaio clínico randomizado, tornando-se um número pequeno para uma avaliação mais abrangente.

Estes estudos avaliaram a reabilitação precoce como medida para a melhora de morbidade e diminuição da mortalidade. Salientando que a idade dos participantes foi de 60 anos ou mais, não sendo descrito a prevalência por faixas etárias. Com relação ao tempo de intervenção, pode-se verificar que era em média de 7 a 9 dias nos pacientes hospitalizados. A importância da fisioterapia no desfecho desses estudos está demonstrada na tabela 2.

Estudos elegíveis Delineamento Descrição da intervenção Tempo de intervenção Desfechos avaliados Conclusão dos autores A reabilitação precoce pode desempenhar um papel importante na melhoria do nível de consciência de um paciente Reabilitação precoce: A reabilitação aumentando o escarro de um Mobilização e amplitude de começou dentro de 3 Mortalidade intra-16,835 idosos Momosaki et al Estudo de coorte paciente, evacuação, dilatação dos movimento, exercícios assistidos dias após a admissão e hospitalar dentro de 2015 retrospectivo hospitalizados pulmões e subseqüentemente fortalecimento muscular e realizado durante pelo 30 dias de admissão. melhorando depuração das vias autocuidado nenos 7 dias aéreas, ajudando assim a prevenir a exacerbação de pneumonia. Con redução da mortalidade precoce m idosos. Mobilização precoce, exercícios Atividades de vida A reabilitação precoce pode de alcance de movimento. Programa melhorar as atividades da vida 48201 idosos Estudo diária que podem ser Yagi et al., 2016 treinamento de forca muscular. administrado em analisadas através do Retrospectivo hospitalizados diária durante a hospitalização en exercícios de autocuidado e torno de 7 dias indice de Barthel. pacientes com pneumonia As sessões incluíram 10 min de reeducação ventilatória (exercícios de relaxamento respiração com lábios franzidos respiração ativo), 30 minutos de O prejuízo da eletroestimulação nos dois capacidade física, A intervenção melhora a força Martín-Salvado: Ensaio Clínico 44 idosos quadríceps (corrente bifásica Reabilitação feita em incapacidade e musculoesquelética e a deficiênci et al., 2015 Randomizado hospitalizados assimétrica, pulso 400 ms, orno de 8 a 9 dias mortalidade durante a funcional freqüência 50 Hz com ciclos de 8 :

Tabela 2. Descrição dos estudos elegíveis.

4.DISCUSSÃO

Foi evidenciado relativa escassez de estudos publicados sobre intervenção de fisioterapia em idosos com pneumonia. De uma forma geral, os estudos elegíveis foram de moderada qualidade metodológica. Foram identificados três artigos elegíveis, os quais dois eram delineados como estudos retrospectivos e um como ensaio clínico randomizado, que possui melhor evidencia científica.

de contração e 20 s de repouso). 15 min de exercícios com elástico (2 conjuntos de 10 repetições de diferentes exercícios propostos) e 5 minutos de relaxamento

hospitalização

A repercussão física da hospitalização em pacientes com doença respiratória, incluindo a pneumonia, prejudica a recuperação e implica em alto risco de incapacidade e mortalidade. Os resultados da literaura mostraram que a intervenção precoce da fisioterapia melhora a dispneia, força e funcionalidade.

Um estudo de meta-análise mostrou que a reabilitação hospitalar especificamente destinada a pacientes idosos tem potencial para melhorar fatores relacionados à função física e mortalidade (BACHMANN et al., 2010).

Momosaki et al. (2015), utilizaram em seu estudo uma grande base de dados nacional de internação para examinar o efeito de redução da mortalidade a partir da reabilitação precoce realizada por fisioterapeutas entre pacientes idosos com pneumonia. Seus resultados mostraram que a reabilitação precoce foi associada a diminuição de mortalidade intra-hospitalar de 30 dias, particularmente para pacientes com pneumonia. A análise das variáveis instrumentais confirmou essa associação. Ambos estudos sobre o efeito de redução da mortalidade da reabilitação foram realizados entre frágil no hospital ou pósaltapacientes. Uma investigação identificou que várias intervenções, incluindo a reabilitação precoce, houve redução significativa em 3 meses da mortalidade entre pacientes idosos frágeis com doença aguda. Evidenciando que a reabilitação preçoce realizada pelos fisioterapeutas podem desempenhar um papel importante na melhoria do nível de consciência de um paciente, aumentando o escarro de um paciente, evacuação, dilatação dos pulmões e subseqüentemente melhorando depuração das vias aéreas, ajudando assim a prevenir a exacerbação de pneumonia (MOMOSAKI et al., 2015).

No entanto, segundo Yagi et al. (2016) o conteúdo dos programas de reabilitação não foram padronizados, tornando estratégias de comparações difíceis, e portanto os mecanismo subjacente à eficácia da reabilitação precoce nas atividades de vida diária permanece incerto. Porém, especula-se que as intervenções de reabilitação iniciadas precocemente, incluindo mobilização, exercícios de força e treinamento de resistência, poderiam desempenhar um papel importante na prevenção da fraqueza, fadiga, inatividade física, músculo reduzido, resistência e tolerância ao exercício, que frequentemente ocorrem em pacientes com doença pulmonar, o que poderia evitar a síndrome pós-hospitalar e a incapacidade associada à hospitalização.

Outro estudo mostrou que 23-28% dos pacientes com idade entre 70-74 anos e 50% dos pacientes com idade ≥85 anos sofreram um declínio na funcionalidade durante a hospitalização (COVINSKY et al., 2015). Algumas publicações mostraram que as intervenções multidisciplinares, incluindo treinamento físico, foram associados a reduções em declínio funcional (COUNSELL et al., 2000).

Em contraste, a meta-análise realizada por Yang et al. (2013), que comparou fisioterapia respiratória padrão e os cuidados habituais, não encontrou resultados importantes em relação à mortalidade, a resolução da doença, melhoria na radiografia de tórax ou tempo de cura. O mesmo foi observado ao comparar o ciclo ativo das técnicas respiratórias com cuidados habituais, incluindo nenhuma diferença em relação à duração de hospitalização.

Ainda é incerto o impacto da fisioterapia respiratória na resolução da pneumonia. Porém acredita-se que um programa de treinamento físico sobre capacidade funcional para hospitalização em pacientes com pneumonia, aeróbica e treinamento de resistência proporciona uma recuperação mais efetiva de capacidade funcional quando comparada a fisioterapia respiratória padrão. De acordo com José e Corso (2016), há melhorias significativas em capacidade funcional, força muscular periférica, dispneia e qualidade de vida com reabilitação de exercícios hospitalares em oposição a intervenções respiratórias.

O trabalho com idosos confronta o fisioterapeuta a desafios, pois a combinação de múltiplas comorbidades requerem a atenção do fisioterapeuta.

5.CONCLUSÃO

Considerando que a revisão sistemática evidenciou estudos de moderada qualidade metodológica, não é possível extrair respostas conclusivas quanto a intervenção do fisioterapeuta na reabilitação dos pacientes idosos com pneumonia.

É de extrema necessidade que os profissionais de saúde realizem maiores pesquisas sobre a intervenção fisioterapêutica em idosos com pneumonia, e delineiem de forma mais criteriosa o método de pesquisa, tornando possível futuras comparações e conclusões baseadas em evidências.

Portanto, sugerimos a realização de novas investigações experimentais com delineamento metodológico rigoroso. Uma sugestão é o delineamento de pesquisa através de ensaio clínico, com estratégia de randomização, com quantificação de amostra representativa, capaz de fornecer consistência externa aos resultados, e proporcionar melhores evidências para fundamentarmos as condutas de fisioterapia em idosos com pneumonia.

REFERÊNCIAS

- [1] Bachmann, S. et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, v. 340, p. c1718, 2010.
- [2] Barnett, A. et al. Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomized controlled trial. Age Ageing, v.32, n.4, p. 407-414, 2003.
- [3] Bodstein, A.; Lima, V.V.A.; Barros, A.M.A. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. Ambiente & Sociedade, São Paulo, v. XVII, n.2 p. 157-174, abr.-jun, 2014.
- [4] Cader, S.A.; Barboza J.S.; Bromerchenkel, A.I.M. Intervenção fisioterápica e prevenção de quedas em idosos. Revista Hupe, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.53-6, 2014.
- [5] Counsell, S.R. et al. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. J Am Geriatr Soc, v.48, n.12, p.1572-8, dec, 2000.
- [6] Covinsky, K.E. et al. Loss of Independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc, v.51, n.4, p.451–458, april, 2003.

- [7] José, A.; Corso, S.D. Inpatient rehabilitation improves functional capacity, peripheral muscle strength and quality of life in patients with community-acquired pneumonia: a randomised trial. Journal of Physiotherapy. v.62, p.96–102, 2016.
- [8] Martín-Salvador, A. et al. Intervención fisioterápica durante lahospitalizaciónen pacientes conexacerbación aguda de laenfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumonía: unensayo clínico aleatorizado. Medicina Clinica (Barc), v.146, n.7, p.301–304, 2016.
- [9] Momosaki, R. et al. Effect of early rehabilitation by physical therapists on in-hospital mortality after aspiration pneumonia in the elderly. Archives of physical medicine and rehabilitation, V.96, n.2, p.205-209, 2015.
- [10] Pinargote, H.; Ramos, J.M.; Zurita, A.; Portilla, J. Clinical features and outcomes of aspiration pneumonia and non-aspiration pneumonia in octogenarians and nonagenarians admitted in a General Internal Medicine Unit. Rev Esp Quimioter, v.28, n.6, p.310-313, 2015.
- [11] Sampaio, R.F.; Mancini, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev, 2007.
- [12] Shiwa, S.R. et al. Pedro: a base de dados de evidências em fisioterapia. Fisioter. Mov., v. 24, n. 3, p. 523-533, 2011.
- [13] World Health Organisation. Diposnível em http://www.who.int/immunization/topics/pneumococcal_disease/en/. Acesso em 04 de abril de 2020.
- [14] Yagi, M. et al. Effect of early rehabilitation on activities of daily living in patients with aspiration pneumonia. Geriatrics & gerontology international, v. 16, n. 11, p. 1181-1187, 2016.
- [15] Yang, M. et al. Chest physiotherapy for pneumonia in adults. Cochrane Database Syst Rev, v.2, 2013.

Capítulo 3

Qualidade de vida dos idosos inseridos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vinculo-SCFV: Uma experiência da prática da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) na cidade do Recife/PE

Ednalva Mariano da Silva Rossana Carla Rameh-de Albuquerque

Resumo: Com o crescimento da população de 60 anos ou mais, surge a necessidade de ampliar estudos com pessoas idosas, e buscar formas de inclusão nos serviços de políticas públicas que possam proporcionar qualidade de vida para essa população. Considerando o aumento da expectativa de vida, as projeções apontam para uma população de idosos, em 2020, de 25 milhões de pessoas, representando 11,4% da população total brasileira. Esse aumento considerável da participação da população idosa produzirá importantes impactos e transformações nas políticas públicas, principalmente saúde, previdência e assistência social. Portanto vem crescendo a necessidade de um novo olhar sobre os serviços ofertados para o idoso, e o interesse de pesquisadores, por essa faixa etária. O mestrado acadêmico em psicologia da saúde da faculdade pernambucana de saúde (FPS) incentiva pesquisas em campos práticos de atuação profissional. O SCFV é um serviço preconizado pela política nacional de assistência social (PNAS), ofertados pelo centro de referência da assistência social (CRAS). O objetivo desse trabalho é avaliar sobre a qualidade de vida dos idosos que estão inseridos em um serviço de convivência e fortalecimento de vinculo (SCFV) do município de Recife/PE, a partir de uma experiência de prática da faculdade pernambucana de saúde (FPS). Ao final dessa pesquisa será produzida de uma cartilha educativa que oriente os trabalhadores do SCFV na perspectiva de subsidiar as ações de trabalho e possibilitem a compreensão de tal cenário, a realidade dos idosos e assim motive a construção de novas pesquisas.

Palayras-chave: Qualidade de vida, Pessoa Idoso, SCFV.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Diante disso ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. Entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000.

Já de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a população idosa (pessoas com 60 ou mais anos de idade) era aproximadamente de 16 milhões de pessoas, correspondendo a 9,3% da população brasileira. Considerando o aumento da expectativa de vida, as projeções apontam para uma população de idosos em 2020, de 25 milhões de pessoas, representando 11,4% da população total brasileira. Com esse aumento considerável da participação da população idosa surgi também a necessidade de produzir mudanças e transformações nas políticas públicas, principalmente Saúde, Educação, Previdência e Assistência Social. (BRASIL, 1999).

A (OMS, 2005) indicou os três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo: participação, saúde e segurança. Deve-se observar que a participação dos idosos na sociedade, de acordo com o Estatuto do Idoso, em seu parágrafo IV, indica a necessidade de viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações. Nesse contexto, os grupos de convivência e Fortalecimento de Vínculos com idosos vão ao encontro à promoção do envelhecimento ativo, com o objetivo de preservação das capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo idoso.

Segundo Faller, 2015 o interesse por pesquisas, e estudos no processo de envelhecimento são as repercussões que estão surgindo na saúde, educação e políticas públicas voltadas para pessoa idosa, interação social e bem-estar do idoso, além dos fatores psicossociais, no processo do envelhecimento. Os estereótipos, preconceitos, sentimentos de inutilidade sobre a pessoa idosa na sociedade, pode isolar e excluir essa população, nesse sentido o aumento da expectativa de vida, está relacionado com fatores ligado a alimentação, educação, saúde, desenvolvimento tecnológico, avanços no controle e tratamento de doenças, habitação e saneamento básico, aspectos psicossociais, históricos, políticos, econômicos, geográficos e culturais. Entretanto é importante compreender o processo de envelhecimento a as relações que os permeiam.

Questões associadas à velhice, estão demandando atualmente esforços no sentido de manter o idoso inserido socialmente de forma ativa. Uma das formas de inserção do idoso na sociedade é através da formação de grupos de convivência, nos quais a pessoa idosa encontra espaço para colocar-se e/ou desenvolver várias atividades. (LEITE, 2002).

Para Nunes, 2017 o envelhecimento populacional, e qualidade de vida, são temas de interesse científico, e de serviços de políticas públicas. Portanto esse novo cenário busca criação de novas políticas de serviços, e profissionais que entendam o processo de envelhecer com toda as suas dimensões biopsicossocial e espiritual, respeitando a subjetividade de cada idoso. Sendo assim qualidade de vida da pessoa idosa, pode ser afetada tanto por questões de saúde, quanto por condições sócio econômica e fatores do meio em que o idoso está inserido, logo mesmo que o idoso não esteja doente isso não significa que ele se considere com boa qualidade de vida, vale ressaltar o oposto também tem situações que o idoso sofre de doenças crônicas, e mesmo assim permanecem relativamente bem com essa condição.

Um estudo realizado em Minas Gerais com o objetivo de avaliar a qualidade de vida, e a presença de transtorno depressivo entre idosos participantes e não participantes em grupos de convivência, foram selecionados 60 idosos. Sendo 30 que participantes do SCFV no período de mais ou menos 06 meses, e os outros 30 que não participavam do serviço⁷. O autor pôde avaliar através do instrumento SF 36 O SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey) é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que os idosos que participam do serviço de convivência apresentaram maiores valores nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental. Concluiu-se que considerando os resultados encontrados, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo, podem melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, favorecer melhor condição emocional durante o envelhecimento, podendo diminuir ocorrência de depressão entre os idosos, em comparação aos idosos pesquisados que não participam do serviço.

Entretanto qualidade de vida é um conceito multidimensional que envolve aspectos físicos, emocionais e sociais, esses fatores são reforçados nos grupos de serviço de convivência. Desta forma, os pesquisadores refletem que os grupos de convivência para a terceira idade devem ser propagados e implantados, com finalidade de contribuir para uma vida com mais autonomia e independência funcional, refletindo na melhoria na qualidade de vida e melhor condição emocional durante o envelhecimento. (ALMEIDA, 2010)

Vecchia, 2005 traz o termo qualidade de vida como algo subjetivo principalmente em se tratando de pessoa idosa. O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS,2005) definiu Qualidade de Vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Dentro da literatura nacional encontra-se que o termo "qualidade de vida" é um tema abrangente, envolve múltiplas definições, as quais enfatizam a ideia de bem-estar físico, emocional, social, econômico, satisfação com a própria vida e, ainda, boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer e crescimento individual, refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades.

Ou seja, Qualidade de vida envolve diversos fatores relacionados ao bem estar da pessoa idosa, envolve fatores subjetivos, percepção do sujeito e onde ele está inserido, e como ele se relaciona com as pessoas.

O Estatuto do idoso Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Art, 3º traz questões importantes relacionadas ao bem-estar do idoso "É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária". Portanto se todos se implicam no cuido com a pessoa idosa, é possível prevenir a ocorrência de situações de risco social para essa população.

A política Nacional de assistência Social de 2004, entende a pessoa idosa como sujeito de direito, usuário e participante das políticas públicas. A constituição de 1988 reconheceu a Assistência Social como sendo uma política de direito ao cidadão e dever do estado com a finalidade de ofertar serviços, programas, projetos e benefícios socioassistências em oposição as práticas assistencialistas. (BRASIL, 2012).

A LOAS cria uma nova matriz para a política de assistência social, inserindo-a no sistema do bem-estar social brasileiro concebido como campo do Seguridade Social, configurando o triângulo juntamente com a saúde e a previdência social. (BRASIL, 1993)

Um dos serviços da Proteção Básica ofertados pelo PAIF através do CRAS é o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Segundo as Orientações Técnicas do CRAS (Brasil, 2012), esse serviço é realizado em grupos, organizado a partir de movimentos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com a faixa etária, a fim de complementar o trabalho social com famílias e de prevenir a ocorrência de situações de risco social, organizando-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. (BRASIL, 2012)

2. METODOLOGIA (OU MATERIAIS E MÉTODOS)

O Estudo dar-se á através de uma pesquisa qualitativa de corte transversal, natureza exploratória. Os públicos são idosos de 60 anos ou mais que participam do serviço de Convivência e Fortalecimento de Vinculo-SCFV, normatizado pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Município de Recife/PE- que são divididos por 06 regiões. Sendo a área de estudo a Região Político Administrativa (RPA02). Os instrumentos utilizados para coleta de dados serão: Questionário Sócio Demográfico, o questionário de Qv WHOQOL – OLD e uma entrevista semiestruturadas gravada, e transcrita de forma fidedigna. Optou-se por abordar os idosos do SCFV pela facilidade de acesso e por ser um equipamento social

especializado em acolher este grupo etário. A pesquisa seguirá todas as normas da Resolução 510/16 referente à Ética em Pesquisa com Seres Humanos, para proteger a identidade dos idosos pesquisados, cada entrevistado será nomeado com a primeira letra do nome.

3. DESENVOLVIMENTO

A pesquisa será realizada no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (SCFV) RPA 02 desenvolvido no Santa Cruz futebol Club situado à Av. Beberibe, 1285 - Arruda, Recife – PE. A pesquisa será realizada com Idosos de 60 anos ou mais, do sexo masculino, e feminino participantes do SCFV RPA 02 desenvolvido no Santa Cruz futebol Club que mostrem interesse e disponibilidade de participar da pesquisa. Serão estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. A pessoa idosa poderá desistir da pesquisa a qualquer momento. Trata- se de uma pesquisa descritiva de cunho qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas com os idosos de forma individual de acordo com a disponibilidade do serviço. O método amostral será o de conveniência. Todos os idosos obedecerão a mesma metodologia préestabelecida.

Os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos serão analisados e aprovados pelo Comitê de Ética da FPS Faculdade Pernambucana de Saúde.

As entrevistas serão realizadas em ambiente privativo será realizada pelo pesquisador e supervisionadas pela orientadora da pesquisa, os conteúdos dessas entrevistas serão gravados, transcritos e categorizados mediante a análise temática de Minayo (2008).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice é de interesse científico, social e político. Por esse motivo o estudo objetivou avaliar a qualidade de vida dos idosos que participam do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vinculo- SCFV da RPA 02 –Recife/PE, ofertado no Santa Cruz Futebol Club, afim de que tais informações possibilitem uma melhor prestação de serviço a essa população, além de inspirar novas pesquisas. Ao final do estudo será elaborada uma cartilha educativa que oriente os trabalhadores do SCFV, na perspectiva de subsidiar as ações de trabalho possibilitando a compreensão de tal cenário, a realidade dos idosos e assim motive a construção de novas pesquisas. Além disso será possível desenvolver capacitações para os profissionais responsáveis pelo atendimento dos idosos no serviço SCFV com dados atualizados e concretos, a partir de uma fonte fidedigna e confiável.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA, Edelves Alves de; MADEIRA, Gleison Dias; ARANTES, Paula Maria Machado; ALENCAR, Mariana Asmar; Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2010; 13(3):435-443.
- [2] Brasil, Lei nº8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília: DF 7 de setembro de 1993.
- [3] BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília: MPAS\SEAS, 1999.
- BRASIL, Lei n^{o} 10741/2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso, 1^{o} de outubro de 2003. Brasília: DF, outubro de 2003.
- [5] Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília: MDS\SNAS, 2004.
- [6] Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB\SUAS). Brasília: MDS\SNAS, 2005.
- [7] SUAS: configurando os eixos da mudança. In: Capacita Suas, v.1, São Paulo: IEE\PUC-SP, Brasília: MDS, 2008.
- [8] Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social Departamento de Proteção Social Básica. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas: Orientações Técnicas. Brasília, dezembro de 2012.
- [9] FALLER, J. W.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Old age from the perspective of elderly individuals of different nationalities. Texto contexto enferm., Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 128-137, 2015.

- [10] LEITE, M. T.; CAPPELLARI, V. T.; SONEGO, J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. Revista Eletrônica de Enfermagem (on-line), v. 4, n. 1, p. 18 25, 2002. Disponível em http://www.fen.ufg.br.
- [11] NUNES. Marília Gabrielle Santos, Leal Márcia Carrera Campos, Marques Ana Paula de Oliveira, Mendonça Sarah de Souza. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. Saúde debate [Internet]. 2017 Dez [citado 2019 Jun 02]; 41(115): 1102-1115. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401102&lng=pt http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711509.
- [12] OMS (Organização Mundial da Saúde). Envelhecimento Ativo: uma política de saúde [Manual]. Tradução Gontijo, S. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- [13] VECCHIA, Roberta Dalla; RUIZ, Tania; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini e CORRENTE, José Eduardo. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. bras. epidemiol.* [conectados]. 2005, vol.8, n.3, pp.246-252. ISSN 1415-790X. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006.

Capítulo 4

Fatores contribuintes ao suicídio em pessoas idosas: Uma revisão integrativa

Ana Elisa Pereira Chaves
Bruna Henriques Chaves
Giovanna Raquel Sena Menezes
Kalyna Rakelly Batista de Araújo
Leandro Carlos Silvério
Tatiana Fátima Soares Regalado

Resumo: Desde a década de 70, com a transição demográfica, o número de pessoas idosas cresce concomitantemente ao número de suicídios no Brasil e no mundo. Por se tratar de um fato consideravelmente recente, as pesquisas nesta área ainda são escassas. Buscou-se nesse estudo identificar os fatores contribuintes ao suicídio em pessoas idosas, a fim de intervir neste processo de autoaniquilamento. O presente estudo foi realizado nas bases de dados científicas Scielo e LILACS e, após a inserção dos descritores, validados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), "idoso", suicídio" e "fatores de risco", totalizaram-se 5 artigos que compuseram a amostra final. Foi possível observar através dos estudos selecionados, quatro categorias mais comuns como fatores de risco e/ou predisponentes, como: sentimento de solidão, agravamento de doenças crônicas, condições socioeconômicas e uso de drogas. Entretanto, outros fatores foram elucidados pelos próprios idosos, assim como pelos familiares. Reforça-se a necessidade de mais estudos diante dessa temática, pois a taxa de suicídio em idosos, além de outros aspectos psicossociais, eleva-se consideravelmente.

Palayras-chave: Idoso; Suicídio, Fatores de risco.

1. INTRODUÇÃO

O crescimento da população de idosos tem se tornado um acontecimento mundial. Estimativas apontam que em 2050, existirá no mundo aproximadamente 2 bilhões de idosos (ONU, 2014). No Brasil, a projeção para população idosa para o ano de 2030 é de 41.541.763 pessoas. o que ocasionará no futuro uma transição demográfica que teve início em 1970 em resposta ao aumento da expectativa vida, à diminuição da taxa de fecundidade e as questões pertinentes a melhoria da assistência à saúde, entre outros fatores (IBGE, 2019; ANDRADE *et al.*).

Diante desse crescimento populacional, Nogueira et al. (2017) destaca que atenção á saúde do idoso deve ser intensificada mediante a vulnerabilidade de doenças e agravos que podem ocorrer nessa fase da vida.

Em meio aos diversos problemas que envolve o processo de saúde e doença do idoso, tornou-se uma preocupação nos últimos anos analisar os aspectos biopsicossociais que mais acometem a essa população como, por exemplo, a falta de acessibilidade para idosos na sociedade e a presença de doenças incapacitantes ou que afetam a qualidade de vida desses indivíduos (BRASIL, 2017).

Em relação aos problemas biopsicossocial que tem ocasionado a morte em idosos nos últimos anos, destaca-se o suicídio, que segundo Sousa et al. (2014), trata-se de um ato consciente de autoaniquilamento, vivenciado por uma pessoa em situação de vulnerabilidade, que o percebe como a melhor solução para afastar-se de uma dor psicológica intolerável, e é visto como violência e agressividade.

As taxas de suicídio apresentam grandes disparidades regionais e socioeconômicas para ambos os sexos em todas as regiões do mundo. No Brasil, as taxas de suicídio oscilam entre 3,50 e 5,80/100 mil habitantes. No entanto, as taxas referentes às pessoas idosas, correspondem ao dobro das que a população em geral apresenta, havendo diferenças entre as unidades da federação ao longo dos anos (CARVALHO et al, 2017; PINTO; ASSIS; PIRES, 2012).

Estudo realizado em todo território brasileiro revela que entre o período de 2000 a 2014 ocorreram 19.806 óbitos por suicídio em idosos acima de 60 anos com uma tendência de aumento a cada ano (SANTOS et al., 2017).

Outro estudo realizado por Sousa et al. (2014) em municípios do nordeste brasileiro entre o período de 2006 a 2009, destaca que os principais fatores que estão associados ao suicídio em idosos são: alterações de humor e expressões de estados depressivos, conflitos familiares permeados e uso abusivo de álcool.

Diante da magnitude e complexidade do suicídio na população idosa, o objetivo do presente estudo foi identificar através da literatura especializada os fatores que contribuem para os idosos praticarem o suicídio.

Cientificamente este estudo é relevante por contribuir na produção de novos trabalhos, incentivando mais pesquisas e estudos empíricos que venham a contemplar o fenômeno do suicídio na referida população.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que tem a finalidade de integrar e sintetizar da literatura resultados e evidências de estudos direcionados a determinado tema ou problema de pesquisa, a partir de estudos independentes (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Este método de pesquisa inclui seis fases: identificação do tema ou questão norteadora; amostragem ou procura na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão partiu da questão: "quais são os fatores que contribuem para os idosos praticarem o suicídio?" Definiu-se como critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, no idioma português e publicados entre os anos 2014 e 2019. Foram excluídos artigos que não respondiam a temática abordada, assim como, teses, dissertações, artigos de opinião, trabalhos de conclusão de curso, validação de instrumentos e os duplicados.

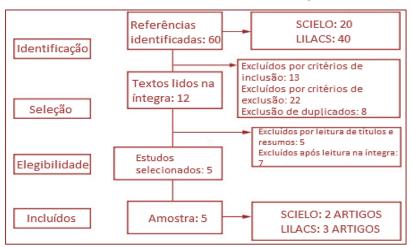
A pesquisa foi realizada no mês de maio de 2019 na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados selecionadas para esta pesquisa foram a Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foi utilizado os seguintes descritores: "idoso",

"suicídio" e "fatores de risco". Como estratégia de pesquisa, foi utilizado o operador booleano "AND" para a realização do cruzamento dos descritores.

Durante a execução da pesquisa foram obtidos um total de 60 artigos e após a atribuição dos critérios de inclusão e exclusão, como também após a leitura de títulos, resumos e textos lidos na íntegra, excluindo os artigos que não pertenciam a temática proposta, foram selecionados 5 artigos para compor a amostra da pesquisa (Figura 1).

Os dados dos estudos foram analisados após preenchimento de um instrumento de coleta de dados acerca da identificação do estudo: título do artigo, autor, objetivo do estudo e conclusão (Quadro 1).

Fig. 1 Fluxograma - seleção dos artigos científicos sobre os fatores contribuintes ao suicídio em pessoas idosas encontrados nas bases de dados estabelecidas. Campina Grande, PB, 2019.



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos selecionados e descritos nesta revisão trazem como temática central o suicídio em idosos, cujos resultados encontrados de acordo com o objetivo proposto foi dividido em quatro categorias, sendo: Sentimento de Solidão, Agravamento de Doenças Crônicas, Condições Socioeconômicas e Uso de Drogas.

Quadro 1: Descrição das amostras analisada na pesquisa.

Título do artigo	Artigo	Objetivo do estudo	Conclusão
O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida	Maria Cecília de Souza Minayo	A partir da compreensão das falas dos idosos que vivem em tais instituições, pretende-se demonstrar que o final da existência é o ápice de um curso de vida de sofrimento - muitas vezes iniciadas na infância -, em que circunstâncias e escolhas levam alguns ao intenso desejo de antecipar seu fim.	Os principais fatores comuns a homens e mulheres institucionalizados em situação de risco para a morte autoinfligida são: perda de laços afetivos e de pessoas referenciais, abuso de álcool e outras drogas, inadequação à vida institucional, doenças crônicas incapacitantes e dolorosas que repercutem em solidão, desesperança e falta de sentido para a vida.

(continuação ...)

Quadro 1: Descrição das amostras analisada na pesquisa.

Quadro 1: Descrição das amostras análisada na pesquisa.				
Título do artigo	Artigo	Objetivo do estudo	Conclusão	
Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção	Manoel Antônio dos Santos	Este estudo teve por objetivo revisar criticamente a literatura sobre os fatores de risco associados ao suicídio em pacientes idosos com câncer, publicada entre 2000 e 2015.	Os estudos consistentemente identificam um conjunto de fatores que têm sido associados ao comportamento suicida em idosos com câncer, que incluem comprometimento físico e mental (particularmente depressão maior), isolamento social e o modo como esses fatores e outros interagem entre si.	
FATORES DE RISCO RELACIONADOS COM SUICÍDIOS EM PALMAS (TO), BRASIL, 2006- 2009, INVESTIGADOS POR MEIO DE AUTÓPSIA PSICOSSOCIAL	Neci Sena-Ferreira	Este artigo objetiva analisar e descrever os fatores de risco e seus determinantes, associados a 24 casos de suicídios ocorridos na cidade de Palmas (TO), no período de 2006 a 2009.	Os principais fatores de risco identificados foram: transtornos mentais, abuso de álcool e outras drogas, relacionamento familiar conturbado e histórico de tentativas anteriores. Buscamos contextualizar e refletir sobre alguns casos relatados pelos familiares e sobre a resposta das equipes de saúde às demandas das famílias. A necessidade de implantar programas de prevenção e de capacitar os profissionais da atenção básica foi verificada.	
Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas	Raimunda Magalhães da Silva	Analisar as influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas após ouvir os mesmos.	Os dados de campo segundo as relevâncias que os idosos apresentaram foram: perdas familiares significativas, conflitos familiares e intergeracionais e violências explícitas e veladas. A fala dos idosos demonstrou a tristeza, os sentimentos de abandono, o isolamento, a incompreensão de seus desejos pelos familiares e a ausência de manifestações de afeto e respeito, como elementos que os levaram a tentar dar cabo a sua vida.	
Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas	Girliani Silva de Sousa	O trabalho analisa experiências e relações familiares que antecederam o suicídio de idosos.	Tornam-se necessários o olhar abrangente e o ouvir reflexivo sobre o idoso por parte dos agentes sociais, familiares, amigos e diversos setores, especificamente o setor saúde, gestores e profissionais que provoquem mudanças significativas na dinâmica do serviço.	

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Sentimento de Solidão

Alguns motivos citados por ambos os sexos, porém com predominância nas mulheres, é o sentimento de solidão que acontece pela falta do universo familiar e a relação pouco afetuosa, que se agravam quando esses idosos se encontram em um Instituto de Longa Permanência do Idoso (MINAYO, FIGUEIREDO, MANGAS, 2017).

O desentendimento familiar, ou seja, quando filhos e netos não conseguem desenvolver uma relação saudável, impede a pessoa idosa de reunir a família em ocasiões especiais e resulta em tristeza e frustração. Esses acometimentos quando relacionados à perda de um ente querido ou ao seu afastamento,

afloram sentimentos negativos que levam idosos a se isolarem cada vez mais (SILVA *et al*, 2015). As perdas são consideravelmente referidas, sejam elas de entes de entes queridos ou de bens materiais (SOUSA *et al*, 2014)

Agravamento de Doenças Crônicas

Nos artigos selecionados o agravamento de doenças crônicas que afeta fisicamente e emocionalmente os idosos foi considerado um dos fatores que levam os idosos ao suicídio. Nos Estados Unidos, foi possível identificar que a incidência de suicídio em pessoas com câncer é duas vezes maior em comparação a população geral (SANTOS, 2017).

O Acidente Vascular Encefálico (AVE), foi outra doença citada, onde existe relatos das dificuldades pessoais decorrentes: para falar, andar, realizar as atividades diárias e pelas dores (MINAYO, FIGUEIREDO, MANGAS, 2017).

Condições Socioeconômicas

A baixa condição socioeconômica é outro fator desencadeante do pensamento suicida, visto que está associado a diversas situações que abalam os idosos. No estudo realizado por Minayo; Figueiredo Mangas (2017), a maioria dos idosos que tiveram essa condição ao longo da vida, hoje vivem a experiência do abandono e da negligência familiar.

Em contrapartida, ter condição econômica favorável e não poder utilizar da maneira que gostaria também é elucidado nesse processo de tristeza profunda, quando associado à perda da autonomia, caracteriza-se como um agravante ao estado de saúde em que a pessoa idosa se encontra (SILVA *et al*, 2015).

Uso de Drogas

Muitos homens sofrem pelo vício de drogas lícitas e ilícitas ao longo da vida. Estas condições ocasionam desentendimentos entre as famílias onde, frequentemente, são noticiados episódios de violência em decorrência de álcool e drogas.

Uma consequência é a separação e o abandono por parte dos filhos, levando o homem a tornar-se um morador de rua. Essa condição é um fator de risco que acarreta pensamentos e tentativas de suicídio tanto na vida adulta quanto na velhice, tanto em razão das memórias negativas que surgem quanto ao rendimento ao vício (SENA-FERREIRA *et al*, 2014).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela análise dos estudos publicados, pôde-se perceber alguns fatores predisponentes ao suicídio em idosos como: problemas familiares, perdas, abuso de substâncias lícitas e ilícitas, doenças crônicas incapacitantes e baixa condição socioeconômica.

Apesar da amplitude que essa temática tem alcançado nos últimos anos, os estudos relacionados ainda são escassos. O fato de que a sociedade ainda trata o suicídio como um "tabu" e que este assunto, muitas vezes, não pode ser comentado ou sequer discutido, atrasa o processo de trabalho que inclui uma etapa crucial: a intervenção.

Faz-se necessário que as pessoas cotidianamente próximas à pessoa idosa, sejam elas os familiares, cuidadores ou profissionais de saúde, possam observar atentamente alguns desses fatores elucidados, como também as mudanças comportamentais, de humor e/ou uma tristeza profunda, tendo sobretudo a sensibilidade de intervir neste processo, a fim de prevenir o suicídio.

Sugere-se a realização de novas pesquisas acerca da temática para investigar os resultados e impactos do suicídio como problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- [1] ANDRADE, L. M. *et al.* Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. Ciênc Saúde Coletiva. 2013, v.18, n. 12, p.3543-52. Disponível em:
- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001200011&lng=em. Acesso em: 25 mai. 2019.
- [2] BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vol. 48. nº 30. 2017. Disponível em:
- http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil epidemiologico-dastentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a saude.pdf>. Acesso em: 06 de jun. de 2019.
- [3] CARVALHO, I. L. N. *et al.* intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: uma caracterização em idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol 2017; 20(1):129-37. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403850707014_2 12>. Acesso em: 25 mai. 2019.
- [4] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso em: 05 de mar. 2019.
- [5] MINAYO, M. C. S.; FIGUEIREDO, A. E. B.; MANGAS, R. M. N. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. Physis, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 981-1002, dez., 2017.
- [6] NOGUEIRA, P.S.F. *et al.* Fatores associados à capacidade funcional de idosos com hanseníase. Revista Brasileira de Enfermagem (Reben). 2017.
- [7] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e do comportamento da CID-10. Porto alegre: Artmed. 2003.
- [8] PINTO, L.W.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. O. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. Ciênc Saúde Coletiva. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800007&lng=em. Acesso em: 25 mai. 2019.
- [9] SANTOS, E.G.O. et al. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017; 20(6): 854-865. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n6/pt_1809-9823-rbgg-20-06-00845.pdf. Acesso em 24 mai. 2019
- [10] SANTOS, M. A. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2017.
- [11] SENA-FERREIRA, N. *et al.* Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2014.
- [12] SILVA, R. M. *et al.* Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2015.
- [13] SOUSA, G. S. et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. Interface (Botucatu), Botucatu. 2014.
- [14] SOUZA, M. T. S.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que e como fazer. Einstein. 2010. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf. Acesso em: 26 mai. 2019.

Capítulo 5

Obesidade sarcopência em idosos: Um potencializador do estresse oxidativo e de biomarcadores inflamatórios. Complicadores e/ou promotores de doenças crônicas inflamatórias

José Ewerton Tenório da Silva Caroline Junqueira Barcellos Leite

Resumo: O envelhecimento é definido como uma fase natural de todo ser vivo, incluindo a fatores de envelhecimento biológico, psicológico e sociológico. O IBGE constatou que até 2030 a população brasileira será definida como uma população de idade avançada. Também se notou uma elevação na taxa de pessoas com sobrepeso e obesidade. O envelhecimento é influenciado diretamente por fatores genéticos e o modo de vida do indivíduo. Algumas teorias tentam analisar esse processo natural; a teoria das proteínas cruzadas, danos oxidativos, radicais livres e a teoria metabólica. Muito presente na população geriátrica, à sarcopenia é definida pela perda de peso significativa e da força e da funcionalidade muscular, levando a problemas de fragilidade do idoso. Com o aumento do sobrepeso e da obesidade, tem sido cada vez mais caracterizado a obesidade sarcopênica. O estresse oxidativo aumentado por quantidades altas de radicais livres é estimulado pelo aumento da massa gorda. Essa mudança na composição corporal leva a um dos principais processos do sistema imunológico que é a inflamação, que leva a mobilização proteíca. Esse tema engloba duas questões atuais que são o processo de envelhecimento da população brasileira e o crescente ganho de peso, a associação desses fatos traz como consequências o aumento da sarcopenia obesogênica e todas as alterações bioquímicas advindas desse processo. O objetivo desse trabalho foi compreender a gênese da sarcopenia obesogênica quando em idosos para o aparecimento ou comprometimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: obesidade sarcopênica, idoso, estresse oxidativo, inflamação, doenças crônicas.

1.INTRODUÇÃO

O envelhecimento é definido como uma fase natural no processo de crescimento e desenvolvimento de todo ser vivo, que incluem ainda fatores de envelhecimento biológico, psicológico e sociológico. "O envelhecimento é um processo caracterizado por alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que levam a uma diminuição na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente que termina por levá-lo a morte". (FREITAS et al., 2013)

O processo de envelhecimento no Brasil vem tendo destaque nos últimos anos, o Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE) da ênfase na pesquisa que é baseada em cerca de 30 anos, apresentando como data de início o ano de 2000 e datação o final o ano de 2030. A pesquisa busca apresentar dados aproximados do envelhecimento na população brasileira. O IBGE (2014) constatou que até 2030 a população brasileira será definida como uma população de idade avançada.

O diretor da divisão populacional do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas (ECOSOC, 2017) John Wilmoth, prevê que, entre 2015 a 2050, Ásia, América Latina, Caribe e Oceania terão mais de 18% de sua população com mais de 65 anos.

O processo de envelhecimento é influenciado diretamente por fatores genéticos e o modo de vida que o indivíduo leva, ou seja, fatores externos do cotidiano podem influenciar em um envelhecimento mais acelerado, e algumas teorias tentam analisar esse processo natural, como; a teoria das proteínas cruzadas, danos oxidativos, radicais livres, lipofuscina, acúmulo de dentritos, e a teoria metabólica (FREITAS et al., 2013).

O Estudo Longitudinal do Envelhecimento do Instituto Nacional do Envelhecimento de Baltimore é o estudo científico mais antigo da América sobre o envelhecimento humano. Iniciado em 1958, responde a questões críticas sobre o que acontece no envelhecimento. Com os processos de observações e análises, se pôde constatar que homens saudáveis exibiam três biomarcadores do fenótipo de restrição de calorias (níveis reduzidos de glicemia, menor temperatura do corpo e lento declínio dos níveis de desidroepiandrosterona). Esses homens apresentaram uma sobrevivência significativamente mais longa que os que não apresentaram esses biomarcadores (FREITAS et al., 2013). Esses estudos também mostraram que a taxa metabólica basal decai com a idade e que essa taxa de declínio acelerava em idades avançadas. A regra do 1% pode ser associada a esses fatores; quando ocorre 1% da perca da funcionalidade do sistema orgânico, a cada ano somado de vida, tendo início aos 30 anos. As teorias sobre o envelhecimento podem ser diferenciadas por predeterminantes (como por exemplo, relógio biológico, fatores genéticos, metabolismo do oxigênio) e dano acumulativo (danos celulares causados por desgaste, radical livre) (FREITAS et al., 2013).

Todos esses processos são associados ao processo de senescência humano, as mudanças resultam em um declínio em sua funcionalidade e ineficiência celulares e moleculares, um dos principais acontecimentos segundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) retratada em sua planilha de resumo sobre envelhecimento (MARTINEZ et al., 2015) .

Semelhante ao processo de aumento nas populações de pessoas idosas, também se notou uma elevação na taxa de pessoas que se encaixam na faixa de sobrepeso e obesidade e tendo essas pessoas, semelhanças com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esse aumento foi retratado pelo Ministério da Saúde com pesquisas nos últimos 10 anos. No Brasil esse índice passou de 11,8% para 18,9%. A obesidade é estimulada por diversos fatores, sendo que em conjunto, demonstram importância para a prevalência da mesma, nas novas Diretrizes Brasileiras de Obesidade. São citadas as que mais interferem na prevalência para a obesidade, que é: predisposição genética, a influência do ambiente, a baixa nas atividades físicas.

Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como em vários países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade – é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias.

O processo de avaliação de índice de massa corporal (IMC) é utilizado como um dos diagnósticos de obesidade, utilizando-se as medidas antropométricas. As modificações na composição corporal com elevação na sua taxa de massa de gordura visceral e com redução na massa muscular muitas vezes não são pelo IMC (KALINKOVICH et al., 2017).

Muito presente na população geriátrica, à sarcopenia; que é definida pela perda de peso significativa, perda da força e da funcionalidade muscular, somado a isso problemas da fragilidade e em potenciais de ação neuromuscular. Com o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade no país e no mundo

juntamente com o processo de envelhecimento, tem sido cada vez mais caracterizado a obesidade sarcopênica (CEDERHOLM et al., 2015).

Obesidade sarcopênica diferencia-se da obesidade pelo aumento do peso corporal de forma acentuada e com uma perca de massa muscular exponencial. As mudanças fisiológicas presentes são diversas com o declínio do metabolismo e isto ocorre de maneira natural e inevitável. Entretanto, o cuidado irregular com uma saúde preventiva ou uma nutrição preventiva pode aumentar as chances ou atuar de maneira sinérgica atuando em alguns sistemas do corpo humano, em destaque, o nervoso, o digestório, o muscular esquelético e o imunológico (GALERA et al., 2013).

O estresse oxidativo aumentado por quantidades altas de radicais livres em contrapartida com quantidades não proporcionais de antioxidantes é estimulado pelo aumento da massa gorda. Essa mudança na composição corporal leva a um dos principais processos do sistema imunológico que é a inflamação (KWON et al., 2018).

Alguns hormônios, atuantes como neurotransmissores, que exercem suas funções em fendas musculares, além disso, são estimulados de maneira semelhante à inflamação, por exemplo, as catecolaminas, que podem exercer funções variadas quando estimuladas por estresse, sendo uma dessa o aumento da degradação da massa muscular em idosos (DALLE et al., 2017).

Por se tratar de um tema que engloba duas questões atuais que são o processo de envelhecimento da população brasileira e o crescente ganho de peso, a associação desses fatos traz como consequências o aumento da sarcopenia obesogênica e todas as alterações bioquímicas advindas desse processo que levam ao interesse para sua maior compreensão. O objetivo desse trabalho foi compreender a gênese da sarcopenia obesogênica quando em idosos para o aparecimento ou comprometimento de doenças crônicas não transmissíveis.

2. METODOLOGIA

Este presente trabalho foi desenvolvido por meio de uma pesquisa qualitativa de natureza bibliográfica, no qual as ferramentas de pesquisa para a determinação dos termos de busca foram determinadas através do Medical Subject Headings (MeSH) e dos Descritores em Ciência da Saúde(DeCS). A partir do levantamento dos termos de busca, foram pesquisados nos bancos de bases Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e US National Library of Medicine National Institutes of Health – PubMed, os trabalhos publicados nos últimos 5 anos (2013 a 2018). Foi também incluída literatura mais antiga, quando considerada relevante e de conteúdo ainda aplicável. A base dos descritoresutilizada para a busca utilizando-se os termos simples e/ou compostos e suas combinações foi Imunology, Metabolism, Diagnosis, Pathology, Frailty, Prevalence, Inflammation, Obesity, Sarcopenia, Elderly. A partir dessa determinação de fundamentação teórica, foram selecionados 40 artigos em que era abordada sempre a associação com o termo elderly (idoso).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estresse oxidativo pode ser decorrente das espécies reativas de oxigênio que são normalmente colocadas como responsáveis pelo desencadeamento de doenças degenerativas. Essas evidências são acompanhadas por incapacidades funcionais e deficiências nutricionais. As citocinas Tendo como preponderantes mediadores as citocinas fator de necrose tumoral- alfa (TNF α), interleucina-6 (IL-6), interleucina 1-beta (IL1- β) e a prostaglandina E2 (PGE2). Através desses mecanismos de defesa acabam sendo sintetizados mais mediadores pró-inflamatórios e em maiores proporções. Essas alterações resultam em modificações metabólicas em todo organismo, composição corporal e no estado nutricional do idoso. Isso porque há uma reorientação na síntese de proteínas hepáticas e circulantes no plasma, proteólise de proteínas musculares que buscam fornecer proteínas e energia suficiente para o segmento do mecanismo imunológico. (VEIGA, 2013)

A presença do estresse acelera algumas disfunções ou dificuldades fisiológicas e metabólicas, como as atividades do trato gastrointestinal (exemplo: o processo de motilidade é reduzido, sua capacidade de sínteses de enzimas e ácido clorídrico é reduzida em proporções com mais destaque) dificultando o processo digestivo e absortivo; sua capacidade de mastigação e deglutição também é reduzida podendo levar ao comprometimento alimentar e nutricional desse indivíduo. (GALERA et al., 2013)

O aumento na síntese de citocinas que desencadeiam o catabolismo é observado como uma disfunção na

capacidade imunológica. Isso potencializa ainda mais a redução de massa muscular e de neurotransmissores musculares em idosos, ocasionando dificuldades em sua locomoção e também determinando estímulos para a propagação da fase frágil do idoso que é retratada como evidências de perda de peso não intencional, fraqueza muscular, velocidade de marcha lenta, baixa atividade física, e exaustão, vulnerabilidade de um indivíduo ao desenvolvimento de um aumento de dependência e/ou mortalidade quando expostos a um estressor (CRUZ-JENTOFT et al., 2017).

Esse somatório leva ao aparecimento da sarcopenia e dificuldades na capacidade de regulação neuroendócrina (acarretando em uma dificuldade na regulação do eixo hormonal; como o eixo adrenal, esteróides sexuais e hormônio do crescimento). (WANG et al., 2017)

A sarcopenia em idosos possui uma alta prevalência, sendo de 31,6% em mulheres e 17,4% em homens com 80 anos são acometidos por essa condição. A sarcopenia identificada pelos critérios do Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas é uma condição comum em octogenários italianos, e sua prevalência aumenta com o envelhecimento. (VOLPATO et al., 2013)

A prevalência de sarcopenia é alta em homens com 80 anos ou mais velhos. Quando avaliada a obesidade sarcopênica (SO), estudos têm mostrado uma maior presença e uma maior facilidade para o desenvolvimento de SO e também o desenvolvimento de uma baixa na força e na mobilidade nesses idosos. As formas de avaliação utilizadas como parâmetros foram à mensuração de medidas antropométricas, força de preensão e velocidade da marcha. (MARTINEZ et al., 2015)

Essas baixas na massa muscular estão bem associadas com as baixas nas vias hormonais ao passar dos tempos é notório o declínio, quando ocorre esse declínio a capacidade de catabolismo diminui e a reserva lipídica aumenta em processo inverso, principalmente pela perca da massa magra quando há uma redução da taxa metabólica do idoso. Esse aumento de reserva lipídica torna o metabolismo mais lento também, reduzindo a síntese de hormônios tireoideanos em destaque à conversão do T4 em T3. Como mecanismo adaptativo, o organismo, ao perceber a diminuição da conversão de T4 em T3, ativos mecanismos de ação protetora contra o catabolismo, reduzindo ainda mais o funcionamento do metabolismo basal. (BATSIS et al, 2016)

Somando-se a ideia de declínio fisiológico hormonal e do metabolismo basal, nota-se a redução também do hormônio do crescimento (GH), um dos principais hormônios ligados a síntese, crescimento e diferenciação de proteínas musculares, ou seja, a importância de um funcionamento desse hormônio é fundamental para o desenvolvimento muscular do indivíduo. Entretanto, quando níveis altos de ácidos graxos livres (AGL) estão presentes, uma redução do GH e também do fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-1) que é semelhante ao GH quanto a função de crescimento e desenvolvimento celulares. Esses AGL em excesso promovem reações adversas estimulando a reação inflamatória, que se associa a sarcopenia e tende a depletar o tecido muscular. (WANG et al, 2017) A inflamação propagando-se, interagi com o metabolismo das proteínas musculares, e os mediadores da inflamação irão atuar na regularização das vias de proteólise. (DALLE ET AL., 2017)

A síntese inadequada de mediadores inflamatórios pode ser disparada por uma lesão, por espécies reativas de oxigênio ou por níveis anormais de um componente corporal tal como glicose ou tecido adiposo visceral. O tratamento com ácidos graxos ω -3 está associado a reduções no TNF- α e na IL-1 β em indivíduos saudáveis e à redução de TNF- α em indivíduos com diabetes. Em indivíduos com gordura visceral, ocorre também, a estimulação da inflamação pelo aumento da quantidade de ácidos graxos livres circulantes e quantidades altas de radicais livres. Condições inflamatórias disparam a resposta imunológica para liberar os eicosanoides e as citocinas, que mobilizam os nutrientes necessários para sintetizar as proteínas da fase aguda positiva e os leucócitos. As citocinas interleucina 1 β (IL-1 β), fator de necrose tumoral- α (TNF- α), interleucina-6 (IL-6) e os eicosanóides (prostaglandina E2 (PGE2) influenciam o metabolismo do corpo todo, a composição corporal e o estado nutricional. As citocinas reorientam a síntese hepática de proteínas plasmáticas e aumentam a proteólise muscular para atingir a demanda de proteína e energia durante a resposta inflamatória. (VEIGA, 2013)

Outro relato apresentou dados nos quais indivíduos obesos (IMC 30 kg / m^2) apresentaram significativamente hipermetilação aumentada do gene da IL-6 (Interleucina-6) comparado com indivíduos com peso normal (IMC <23 kg / m^2) e aqueles com excesso de peso (IMC 25 e 29,9 kg / m^2), corroborando que a metilação da IL-6 gene pode ser um dos mecanismos na obesidade sarcopênica. Portanto, a expressão do gene da IL-6 aumenta em obesos sarcopênicos (SO), particularmente em indivíduos idosos. O nível plasmático de IL-6 foi significativamente maior após exercício. (DALLE et al., 2017)

Dentro desse contexto, do desenvolvimento biológico do envelhecimento, as células satélites, que são

células tronco musculares, desempenham um papel importante no crescimento e reparação muscular. O menor potencial regenerativo dos músculos no processo de envelhecimento pode ser explicado por uma deterioração na diferenciação de células satélites e com uma redução de células-tronco miogênicas. Além disso, evidências recentes sugerem que muitas células satélites envelhecidas mudam do estado quiescente a um estado de senescência irreversível, e deixam de ativar e expandir. A redução das funções das células satélites com o envelhecimento pode ser devido à alteração sistêmica, fatores que afetam a atividade e diferenciação dessas células satélites e que estariam associadas às alterações advindas do metabolismo (DALLE et al., 2017).

O processo de envelhecimento está associado a processos de oxidação pelas moléculas de EROs, uma grande variedade é produzida no curso do metabolismo normal nos sistemas biológicos e tem importância fundamental em funções fisiológicas. As espécies reativas produzidas podem causar danos oxidativos que levam ao aumento do processo de peroxidação de lipídios, à diminuição da fluidez da membrana e da quantidade de DNA celular, diminuição do número das mitocôndrias e alterando a atividade de suas enzimas.

A peroxidação lipídica pode ser definida como uma cascata de eventos bioquímicos resultantes da ação das espécies reativas sobre os lipídios insaturados das membranas celulares, levando à destruição de sua estrutura, falência dos mecanismos de troca de metabólitos e, em uma condição extrema, à morte celular. No processo de envelhecimento normal, são observadas alterações biológicas e funcionais que interferem na alimentação e nutrição do idos. O aumento e a acumulação de EROs leva a um incremento da mobilização muscular através das calpaínas (GALERA et al., 2013).

A calpaínas estão envolvidas no processo de sarcopenia por influenciarem na proteólise de vários substratos, principalmente proteínas de membrana. As calpaínas são reguladas por cálcio. Percebendo-se quantidades alteradas de espécies reativas de oxigênio (EROs), é ativada a proteólise via calpainas. Além disso, quantidades altas de EROs podem ativar as calpaínas de modo indireto estimulando cálcio em conjunto com o retículo endoplasmático ou na oxidação de suas vias dependentes. Calpaínas ativadas podem acelerar o processo de envelhecimento (KALINKOVICH; LIVSHITS, 2017).

Estudos em indivíduos obesos (IMC 30 kg / m²), verificou a significativa hipermetilação do gene da IL-6 (Interleucina-6) comparado com indivíduos com peso normal (IMC <23 kg / m²) e comaqueles com excesso de peso (IMC 25 à 29,9 kg / m²), implicando que a metilação da IL-6 gene pode ser um dos mecanismos na obesidade sarcopênica. Portanto, a expressão do gene da IL-6 aumenta em Obesos sarcopênicos (SO) pacientes, particularmente em indivíduos obesos. O nível plasmático de IL-6 foi significativamente maior após exercício (DALLE et al., 2017).

Essa sequência de fatos pode culminar na mobilização das proteínas musculares, que junto ao processo de envelhecimento, leva a obesidade sarcopênica e na fase de fragilidade em idosos citada anteriormente (CRUZ-JENTOFT et al., 2017).

4. CONCLUSÃO

A obesidade sarcopênica é associada a um aumento de DCTN's, seja no auxílio do desenvolvimento dessas doenças e/ou seja por ser considerada em si uma DCTN. O processo de envelhecimento está associado a um aumento do estresse oxidativo, que predispõe a alterações bioquímicas e que influencia no já em declínio controle fisiológico hormonal. Levando a alterações na taxa metabólica basal. Com aumento de mediadores inflamatórios, decorrentes do aumento de EROs , há um incremento da mobilização proteíca e uma maior predisposição ao desenvolvimento da obesidade sarcopênica. Esse processo pode culminar na fragilidade do idoso. O cuidado com a saúde preventiva via equipe multidisciplinar atua de maneira preventiva para que todas essas alterações não contribuam ainda mais para as alterações inerentes do processo de senescência

REFERÊNCIAS

- [1] BATSIS, John A. et al. Sarcopenia, sarcopenic obesity and the 1999–2004 National Health and Nutrition Examination Survey. Clinical Nutrition, v. 35, n. 6, p.1472-1483, dez. 2016.
- [2] BEAUDART, Charlotte et al. Sarcopenia in daily practice: assessment and management. Bmc Geriatrics. Springer Nature, v. 16, n. 1, p.1-10, 5 out. 2016.
- [3] BRASIL. -. Ministério da Saúde-ms / Secretária de Atenção à Saúde-sas / Departamento de Atenção Básica-

- dab (Org.). Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais. -. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php>. Acesso em: 15 maio 2018.
- [4] BRASIL. -. Relações entre as Alterações Históricas na Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos Decorrentes do Processo de Envelhecimento da População. 2016. Disponível:. Acesso em: 15 maio 2018.
- [5] CEDERHOLM, Tommy et al. Overlaps between Frailty and Sarcopenia Definitions. Nestlé Nutrition Institute Workshop Series, p.65-70, 2015.
- [6] CRUZ-JENTOFT, Alfonso J. et al. Nutrition, frailty, and sarcopenia. Aging Clinical And Experimental Research. Springer Nature, v. 29, n. 1, p.43-48, fev. 2017.
- [7] DALLE, Sebastiaan; ROSSMEISLOVA, Lenka; KOPPO, Katrien. The Role of Inflammation in Age-Related Sarcopenia. Frontiers In Physiology, v. 8, p.1-17, 12 dez. 2017.
- [8] DIZ, Juliano Bergamaschine Mata et al. Prevalência de sarcopenia em idosos: resultados de estudos transversais amplos em diferentes países. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 18, n. 3, p.665-678, set. 2015.
- [9] FREITAS, Elizabete Viana de et al (Ed.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2013. 77-95 p.
- [10] GALERA, Siulmara Cristina et al. Estresse Oxidativo, Antioxidantes e Envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2013. Cap. 11. p. 1752-1754.
- [11] KALINKOVICH, Alexander; LIVSHITS, Gregory. Sarcopenic obesity or obese sarcopenia: A cross talk between age-associated adipose tissue and skeletal muscle inflammation as a main mechanism of the pathogenesis. Ageing Research Reviews, v. 35, p.200-221, maio 2017.
- [12] Jhon Wilmonth (Org.). Cúpula da ONU discute envelhecimento populacional e desenvolvimento sustentável. 2017. Disponível em: https://nacoesunidas.org/?post_type=post&s=envelhecimento+populacional Acesso em: 15 maio 2018.
- [13] KWON, Young Nam; YOON, Sung Sang; LEE, Kyung-hag. Sarcopenic Obesity in Elderly Korean Women: A Nationwide Cross-sectional Study. Journal of Bone Metabolism, v. 25, n. 1, p.53-58, 2018.
- [14] LIBERMAN, Sami. Envelhecimento do Sistema Endócrino. In: FREITAS, Elizabete Viana de. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2013. Cap. 6. p. 1132-1136.
- [15] MARTINEZ, Bruno Prata et al. Frequency of sarcopenia and associated factors among hospitalized elderly patients. Bmc Musculoskeletal Disorders, v. 16, n. 1, p.1-7, maio 2015.
- [16] Margaret Chan (Org.). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 15 maio 2018.
- [17] MENG, Ping et al. Sarcopenia and sarcopenic obesity among men aged 80 years and older in Beijing: Prevalence and its association with functional performance. Geriatrics & Gerontology International, v. 14, p.29-35, 23 jan. 2014.
- [18] NAVEIRA, Miguel Angelo Moscoso; ANDREONI, Solange; RAMOS, Luiz Roberto. Prevalência de Sarcopenia no Envelhecimento: um problema de Saúde Coletiva. Revista Unilus Ensino e Pesquisa, Santos-SP, v. 14, p.90-99, 2017.
- [19] SANTOS, Vanessa Ribeiro dos et al. Obesity, sarcopenia, sarcopenic obesity and reduced mobility in Brazilian older people aged 80 years and over. Einstein (São Paulo), v. 15, n. 4, p.435-440, 18 dez. 2017.
- [20] VEIGA, Ada Maria Veras da. Imunidade e Envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2013. Cap. 8. p. 1274-1283.
- VOLPATO, S. et al. Prevalence and Clinical Correlates of Sarcopenia in Community- Dwelling Older People: Application of the EWGSOP Definition and Diagnostic Algorithm. The Journals Of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, v. 69, n. 4, p.438-446, 1 out. 2013.
- [22] WANG, Jinyu et al. Inflammation and age-associated skeletal muscle deterioration (sarcopaenia). Journal Of Orthopaedic Translation, v. 10, p.94-101, jul. 2017.

Voluntariado com pessoas adultas e idosas em situação de rua: Relato de experiência

Catherine Aravena Valero

Resumo: As populações de rua são visíveis em Brasil e no mundo, mas as singularidades de aquelas pessoas são multivariados, multifatoriais e não visíveis no geral da sociedade. O seguinte relato de experiência tem como objetivos descrever e orientar ações de intervenção entre uma população excluída, pobre e sem teto e as pessoas ligadas à Gerontologia Social, Saúde Mental e outras áreas. O estudo é qualitativo, de caráter descritivo e foi feito pela ação participativa da coordenadora de um grupo de voluntários que faziam trabalho direto e ativo com pessoas adultas e idosos moradores da rua em Chile. As intervenções foram feitas durante março do ano 2015 até fevereiro do ano 2017, mediante a convivência com pessoas acima de 45 anos, dos quais frequentavam um albergue fixo ou eram visitados nas "Rotas de Rua" na capital. A contextualização geral da população objetivo foi aproximadamente 62 pessoas, atendidos durante quase dois anos; a média de idade oscilou de 60 para 65 anos; a maioria foram homens e a permanência de aqueles que moravam no albergue e nos "pontos" da "Rota de Rua" foi mais bem fixa no primer ano e mudou no segundo período de intervenção pelas causas de: morte, doenças, problemas judiciais, desistência da ajuda e perda de contato. Não excetas de dificuldades, as contribuições experienciais e teóricas deste trabalho pretendem auxiliar ao conhecimento de uma população cada dia mais abrangente e complexa e com propostas de intervenção baseadas na formação de relações solidarias, bons tratos e dignidade.

Palavras-chave: Pessoas de Rua, Voluntariado, Relato de Experiência, Gerontologia social, intervenções solidarias.

1. INTRODUÇÃO

Se pararem para pensar, poderíamos dizer que todos, às vezes, viram alguém dormindo na rua; perto de uma praça pública, debaixo de uma ponte ou pedindo uma moeda ao sair de uma loja ou em semáforos. Atualmente, este fenômeno social heterogêneo éreferido como "Pessoas em situação de Rua" (indicado com o acrônimo de PSR para os fins do estudo), sem teto, Homeless ou Personas enSituacion de Calle, no espanhol. Seu significado tem sido amplamente discutido, onde a essência do fato além de ser social ou habitacional, também é dinâmico e transcultural.

Nas palavras do "Programa Calle", (traduzido como "Programa de Rua") do Ministério do Desenvolvimento Social do Chile (2017), estar em situação de rua ocorre em duas circunstâncias; quando "as pessoas não têm residência permanente e passam a noite em locais públicos ou privados que não têm as características básicas de uma casa, mesmo que satisfaçam essa função"-significado contemplado pelas Nações Unidas-"... E quando essas pessoas em situação de rua têm um histórico comprovado de rua, e que estão recebendo alguma ajuda monetária temporário ou por períodos significativos, fornecidos por instituições que os apoiam nessa situação".

Segundo o mesmo organismo, atualmente, há 10.610 PSR, quase metade delas concentradas na Região Metropolitana. O que corresponde a 0,06% das 17.373.831 pessoas, o que, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), corresponde à população chilena realmente registrada durante o ano de 2017. Esse percentual seria maior que a realidade do Brasil, a saber, segundo estimativas, atingiu 0,04% em 2015, "com um total de 101.854 habitantes" (Carvalho, 2016). Além disso, no Chile, dados do "Registro Social Calle" concluem que a população idosa moradora de rua corresponderiam aproximadamente a 1.736 pessoas da mostra total, das quais observa-se uma predominância de 4,9% nos homens em relação às mulheres. Note-se que 8% do total não recebe nenhum tipo de aposentadoria, ou seja, são o grupo com maior prioridade de intervenção estatal através da colaboração de organizações sociais como o Hogar de Cristo.

Fundação Hogar de Cristo: A criação desta Fundação foi realizada pelo Padre Alberto Hurtado, em 1944, por causa da profunda desigualdade que marcou a época. Hoje, de acordo com dados digitais da agência, a população beneficiária atinge um total de 35.515 pessoas, com um total de 339 programas em todo o país.

Os albergues ou Hospederías, ao ano, servem um total aproximado de 17.704 pessoas, acima de 18 anos. Nas palavras da própria fundação, os programas orientados às PSR "Facilitam serviços noturnos para o descanso, alimentação e apoio básicos e são também locais de encontro entre os mais excluídos e muitos voluntários e grupos que realizam trabalhos solidários".

Voluntariado no Hogar de Cristo: Os trabalhos solidários ou Voluntariados, estão no início da conformação do Hogar de Cristo e é parte essencial no intento da construção de um pais que seja justo, respeitoso e solidário com os outros, especialmente com os mais excluídos. Portanto, o voluntário será "uma valiosa expressão de solidariedade em ação, que diminui a exclusão, através do encontro com os outros, da geração de laços de confiança e cooperação, mudando o olhar sobre as pessoas que vivem na pobreza. e abrindo novas oportunidades para o desenvolvimento pessoal e social "(Hogar de Cristo, 2016). Portanto, este trabalho só pode ser realizado por pessoas com empatia e vontade.

Sendo assim, o trabalho dos voluntários, utilizando estratégias baseadas na formação de relações solidarias, relações de profundo respeito o que conduz com o tempo ao carinho, bons tratos, entrega de dignidade e humanização. Nesse contexto, surgiu a seguinte questão: esse trabalho voluntario poderiam se tornar em motivos de transformação pessoal e social nas PSR? Quais serão as melhores estratégias, dentre nossas possibilidades, para tentar mudar sua situação?

Nesse cenário, o relato de experiência foi desenvolvido depois das vivencias no albergue para homens, chamado "San José", localizado na Região Metropolitana do Chile, pertencente à Fundação Hogar de Cristo. E os objetivos foram descrever e orientar ações de intervenção entre uma população adulta e idosa excluída, pobre e sem teto e os voluntários da fundação beneficente.

2. METODOLOGIA

Este estudo é qualitativo, descritivo e o desenho da pesquisa é ação participativa (Atenci et. Al. 2016). Apresentado como um relato de experiência vivido pela coordenadora de Voluntários e também profissional de saúde mental, que esteve no último ano de formação universitária em psicologia. O trabalho do voluntariado foi direto e ativo com pessoas adultas e idosos moradores da Rua em Chile, especificamente em uma comuna de Santiago.

As intervenções ocorreram de março de 2015 a fevereiro de 2017, mediante a convivência com as pessoas, principalmente durante as sextas-feiras e sábados. As atividades foram realizadas através do contato direto, prático e de apoio entre o grupo de voluntários e usuários. A população de estudo foram aproximadamente 62 pessoas, atendidos durante quase dois anos; desses trinta e dois homens com mais de 45 anos, que passaram a noite no albergue chamado "San José" na comuna de Puente Alto e os outros foram visitados nos "pontos" da "Rota de Rua" na mesma comuna. A média de idade da mostra oscilou de 60 para 65 anos; a maioria foram homens; a composição do grupo de voluntario foi fixa durante esses anos, diferente da composição do grupo de intervenção porquanto durante o primeiro ano foi mais bem fixa, a situação mudou no segundo período de intervenção pelas seguintes causas: morte, problemas judiciais, desistência da ajuda, perda de contato e doenças graves, principalmente em idosos, causadas pelos fatores de risco aos quais estão expostos e em interação com a idade. Aqueles idosos que tinham doenças graves foram encaminhados para instituições de longa permanência e se intentou contatar à família.

O grupo de voluntários foi formado por 13 jovens, com crenças religiosas variadas, a idade média de 27,5 anos. A maioria eram mulheres, estudantes de centros de treinamento técnico e universidades; desse grupo, a maioria conheceu o centro pelo estagio feito na área de atenção social. E o grupo técnico do programa era composto por: coordenador do programa Hospederia, de profissão Assistente Social; uma monitora do Programa de Acolhimento Especializado, uma profissional de Técnico Social, um monitor diário e três monitores noturnos que auxiliavam aos usuários dos albergues.

As técnicas para coletar os dados foram: ações participativas no voluntariado através de atividades que propiciaram a vinculação dos voluntariados com os usuários em situação de Rua com o fim de mudar a situação dessas pessoas. A sistematização das atividades e reuniões foi feita no Livro de Voluntários, o qual pertence à instituição, também mediante um registro digital da coordenadora para posterior divulgação semanal em um grupo fechado de uma rede social e através dos endereços de e-mails de cada voluntário e da equipe técnica do programa.

3. RESULTADOS

Para efetos do trabalho o escrito, o relato das atividades foi dividido em tópicos:

A) Voluntariado no albergue: os voluntários acompanham as atividades dirigidas e organizadas pela equipe psicossocial do programa. Tais atividades foram: Páscoa em abril, Dia dos Pais em junho, "Nós passamos o mês de agosto" no último dia do mês, feriados nacionais em setembro, o dia dos mortos em outubro, Natal e Ano Novo. Em elas, a idéia foi trouxer a data especial ao albergue e preparar lanches e apresentações artísticas comemorativas para os usuários. Fizeram convites gerais e pessoais para motivalhos na realização e participação.

Além disso, o grupo de voluntários preparou atividades lúdicas, dinâmicos, integrativas e religiosas, com os seguintes objetivos: a) reforçar os laços e as boas relações entre os mesmos usuários e entre os usuários e voluntários; b) desenvolver ou incentivar a capacidade de realizar atividades prazerosas em contato com a sociedade, alem do afastamento e isolamento social; c) manter as habilidades psicomotor, cognitivo e interpessoais através do bem-estar emocional e da dignidade. Alguns dos eventos realizados foram: "campeonatos de dominó", "tarde Bingo", "tarde de cinema" (onde o usuário escolheu o filme antes do evento segundo votação democrática), "encontro com Cristo" e alfabetização que foi criada após o pedido de alguns usuários, a maioria idosos.

Em alguns contextos de emergência, o grupo de voluntários tentou fornecer ajuda e contenção em tempos onde a equipe do albergue não poderia cobrir e acompanhar todas as necessidades dos usuários, seja por tempo ou capital humano.

Por conseguinte, a realização de todas as atividades mencionadas anteriormente e o fato do envolvimento continuado dos voluntários, teve como objetivo trazer essas pessoas, a maioria jovens, preocupadas com a desigualdade social e que viram em suas capacidades pessoais, no seu tempo e no seu entusiasmo, ferramentas poderosas para se envolver com aqueles que viveram e eles estão vivendo a face mais triste da pobreza e da exclusão social. Após das atividades, os voluntários e a equipe técnica fez uma avaliação geral da atividade, comentando sobre as dificuldades encontradas nesses espaços, os aspectos positivos do que tem sido feitos, o comportamento dos usuários em aqueles momentos e as ferramentas entregues por cada participante.

- **B)** Voluntariado "Rota da Rua": O voluntariado na rua foi dividido em três etapas: i) a preparação da comida e a caixa de materiais que saíram da rota, ii) a rota in situ e iii) o envio semanal dos comentários da rota pelo e-mail e para todos os voluntários. Os quais são detalhados abaixo:
- i) A preparação do equipamento e os materiais a serem utilizados, idealmente, começaram a ocorrer duas horas antes do início das saídas. Quando os voluntários chegaram, as funções foram divididas e os comentários foram lidos novamente para descobrir se era necessário levar um utensílio extra, como um cobertor, materiais de limpeza ou a resolução de uma questão técnica dirigida ao monitor do Albergue ou do programa Acogida Especializada. Essas solicitudes geralmente foram respondidas no decorrer da semana providenciadas pelo o envio dos comentários semanais facilitava a comunicação com a equipe social da hospederia. Em resumo, as seguintes coisas foram colocadas juntas dentro da caixa: os pães, garrafas térmicas com chá, copos descartáveis, o kit dos primeiros socorros, álcool em gel, folha de papel, os protetores de roupa do Hogar de Cristo, o livro de Voluntários, lápis e leite em pó (quando as doações chegaram).
- ii) A Rota foi realizada todas as sextas-feiras do ano, com a exceção de datas em que não havia um mínimo de voluntários, sendo necessário suspender a saída. Começavam às 10 da noite e terminavam às 1 da manhã. O Hogar de Cristo tinha disponibilizado uma minivan para transportar até 9 pessoas. Aquele transporte chegou pontualmente e seguiu o percurso proposto pelos voluntários e validado entre a coordenadora de Voluntários e a Coordenadora do Programa Social. Deve-se notar que sempre que foi necessário excluir um "ponto" ou adicionar outro, foi informado à Coordenadora do Programa e o grupo aguardava sua decisão até visitar as novas PSR. "Puntos" ou pontos, para efeito da tradução, são lugares onde as pessoas que moram na rua constroem sua casa, que é conhecida como "ruco" e de acordo com as palavras daqueles usuários: "são abrigos armados com materiais encontrados na rua e que servem para protegê-los do frio, calor e os perigos da rua ". Geralmente os rucos da comuna são compartilhados por mais de duas pessoas situação de rua e de uma maneira geral, estão localizados próximos às estradas, sob as pontes ou em terras desocupadas e abandonadas. É importante lembrar que essas construções são ilegais no Chile, além disso não possuem serviços básicos (a luz e água potável) e são instáveis. É muito comum que sejam destruídas pelas autoridades municipais ou das concessionárias, o que provoca nas pessoas moradoras da rua uma sensação geral de hostilidade e desesperança.

A Rota da Rua possui 12 Pontos localizados principalmente entre os limites da comuna de Puente Alto e La Pintana, o Hospital Dr. Sótero del Rio e a praça central de Puente Alto.Quando os voluntários chegam aos rucos são oferecidos pão e chá, além de uma conversação para descobrir qual é a situação atual das pessoas visitadas. Também, eles recebem informações sobre benefícios sociais atuais e quase era uma rotina a promoção do exercício civil. Esta ação de promoção da inclusão começou a ser implementada há alguns anos pela Instituição Hogar de Cristo, quer isto dizer, que os trabalhadores procuram promover os seguintes aspectos nos usuários: participação e empoderamento na construção de seus próprios projetos de vida; a promoção de direitos e proteção dos quais o Estado deve assumir como responsabilidade e a exploração de suas capacidades através do autoconhecimento pessoal do potencial de superar sua situação atual e optar por uma vida melhor. Especificamente com esta última ideia, surge a concepção de "Patrocinar talentos" e que foi concretizado com a doação de materiais artísticos a uma PSR que tinha a habilidade de esculpir madeira e pintar retratos.

- o envio semanal de comentários foi uma atividade essencial que conectou a experiência de Rua com os voluntários que não puderam comparecer à Ruta Calle e também com a equipe social da Hospedería. Foi enviado por um voluntário que transcreveu o registro correspondente do "Livro dos Voluntários" e os enviou por correio à coordenadora de voluntários. Depois, ela montava um correio informativo e distribuía a todos os atores intervenientes. Em certas ocasiões os voluntários, em conjunto com a monitora de Acogida Especializada, conseguiram a esterilização de certos animais pertencentes aos rucos visitados nas rotas; foi também possível ligar algumas pessoas com benefícios sociais e a rota conseguiu levar algumas pessoas que estavam morando na rua para o albergue, geralmente adultos mais velhos, que dormiam em assentos públicos, em salas de espera de hospitais ou centros de atenção primária, e / ou fora de algumas estações de metrô.
- C) treinamento interno e teórico dos Voluntários: O grupo de voluntários teve períodos de transformação radical, seja pela formação de voluntários que eram principalmente alunos de um centro de treinamento técnico-universitário ou pela modificação na estrutura interna do Hogar de Cristo, ou seja, a mudança do coordenador da sede. No entanto, durante esse período, houve certa estabilidade, o que pode ser justificado graças à articulação de praticantes médios na área de Assistência Social e Recreação, pertencente a um estabelecimento de ensino na comuna.

Para poder realizar um trabalho voluntário de qualidade e sob a missão e visão do Hogar de Cristo, os voluntários receberam treinamento por meio da Coordenadora do Programa e da Coordenadora de Voluntariado. Essas reuniões eram realizadas a cada quatro meses, três vezes ao ano e com duração máxima de três horas. Alguns dos temas discutidos foram: a fundação do trabalho com PSR e caracterização da população, a oferta programática do Hogar de Cristo, estratégias para trabalhar com pessoas em situações de rua, o trabalho com pessoas que abusam de substâncias lícitas e ilícitas e clima interno do grupo de voluntários.

Neste contexto, houve também alguns treinamentos para "curar feridas" feitos por voluntários que estudavam alguma carreira relacionada com saúde e que motivaram a importância de manter um kit de primeiros socorros na caixa da Ruta Calle.

Além disso, foram realizados diferentes Encontros e Escolas de Voluntários ao nível Nacional e Regional oferecidos pelo Hogar de Cristo. E os voluntários colaboraram nas campanhas nacionais e anuais realizadas pela fundação, a fim de obter recursos econômicos para resolver a manutenção de vários programas que beneficiam aos mais excluídos e pobres entre os pobres.

Como forma de disseminar e atrair novo capital humano, o grupo de voluntários manteve uma página web numa rede social e um endereço de e-mail, que ainda são válidos hoje.

D) Sentido de pertencer e vocação nos voluntários: Pode-se afirmar que a satisfação foi um dos primeiros sentimentos depois de realizar alguma atividade no albergue, depois de sair à Rota de Rua ou no apoio nas intervenções psicossociais. Apesar do cansaço ou do peso da rotina que cada voluntário tinha, pôde-se observar nos sorrisos que a solidariedade era motivação e um motor essencial do trabalho não remunerado.

Um fator essencial na conformação do grupo e na atitude para enfrentar as adversidades e as atividades, foi o sentimento de pertencimento. Alguns membros manifestavam sentir pertencimento pela visão e missão da instituição e da equipe de voluntários e outros apenas por o clima interno do grupo de Voluntários, pois muitas vezes se levantaram discussões relacionadas às limitações nas intervenções efetivas que o grupo de voluntários poderiam oferecer, por exemplo, foram poucas pessoas moradores de rua que mudaram a sua situação além das visitas constantes nos rucos e ,mesmo que, os voluntários adotaram como rutina a ação de promover os direitos. Portanto, em alguns integrantes do grupo foi a causa de frustração, fragmentação no equipe e exclusão auto-imposta por parte de alguns voluntários.

Nesse cenário, depois de um tempo determinado e dada as experiências extremas vivenciadas, foi iminente que essas relações de trabalho não remunerado fosse mudando em um trabalhar entre amigos, com relações fraternas e com objetivos em comum.

Esta ação de trabalho, a solidariedade e com a aquisição de recursos monetários e materiais obtidos por autogestão foi essencial para que algumas pessoas do voluntário sentissem a motivação de dirigir sua vida profissional na área do social; da exclusão, na desigualdade e a pobreza.

4. DISCUSSÃO

Ao momento de avaliar as atividades feitas dentro do albergue em palavras dos mesmos usuários as celebrações do "Dia do Pai", "Nós passamos o mês de Agosto", o " dia da independência" e o "Natal" são as mais significativa para eles pela carga emocional, afetiva e familiar dessas datas, as quais não são "celebradas" na rua e provocam o isolamento dos usuários.

A alfabetização foi uma experiência muito interessante e com muitas dificuldades, isto é porque a população geral eram idosos, os quais nunca foram capazes de alcançar escolaridade, pela situação familiar ou eventos estressante na sua velhice. Não obstante, as situações atuais de desemprego, habitabilidade temporária e relacionamento social, forma fatores protetores para aproveitar a oportunidade de passar o tempo livre na aprendizagem da leitura e da escrita. Entretanto, ao momento de pergunta-lhes quais eram seus objetivos a maioria respondeu que a leitura e escritura iria ajudá-los a atender às necessidades atuais relacionadas a cultura, trabalho e mudanças sociais.

No trabalho para a restauração de laços era geralmente encontrada uma barreira, sinalada neste trabalho como um tipo de "barreira traumática-histórica" que afastava aos usuários da sociedade pelos fatos acontecidos ao longo da vida e nos quais estão imersas as famílias. Do mesmo modo o afastamento e isolamento social estariam associados ao uso problemático de álcool ou drogas ilícitas, e negligências, problemas judiciais e violência intrafamiliar. Esses fatores podem associá-las com transtornos mentais ou

depressões de longa data que não foram tratados terapeuticamente e, como possível hipóteses, causariam pioras no senso de percepção dos usuários com o mundo observados em alguns pela hostilidade, indiferença e falta de motivação para a vida.

Tanto como para os usuários, os voluntários também avaliam como significativas essas atividades dentro e fora do albergue. Geralmente, quando os voluntários chegavam à Hospedería com a intenção de ajudar, era porque tinham ouvido falar desse trabalho e foi muito interessante para eles conhecerem no campo a realidade daqueles que moravam na rua. A maioria dos voluntários depois de sair ou participar das atividades pela primeira vez continuavam com o grupo.

A "rota de Rua" é a experiência que representa mais repercussões nos níveis pessoal e social, dentro e fora da vida dos voluntários. Muitas vezes o primeiro encontro é de essência reflexivo e crítico, isto é, pela gama de fatores que podem levar uma pessoa a "escolher" viver na rua e pela posição familiar dessa pessoa em relação as circunstancias das PSR. Também pelas opções quase nulas de trabalho formal, a sensação de desamparo governamental pela ideia de ausência do Estado nas políticas sociais associadas a pessoas sem teto e a pobreza em intervenções ligadas à saúde mental e saúde do corpo principalmente para os mais idosos. Esse grande aprendizado ajuda para destruir os preconceitos e tipologias das pessoas da rua que cada um formula ou ouve de muitas pessoas.

Em sínteses, para os voluntários, essa interação promove uma visão mais crítica da desigualdade social através da reflexão e ampliou o conhecimento sobre as experiências de vida e situações associadas à exclusão social das PSR. De igual modo, a maioria dos voluntários tentou incluir neste espaço de voluntariado aos familiares, amigos próximos e até mesmo colegas de trabalho ou estudos. O que poderia ser sinalado como uma "importância simbólica do trabalho voluntário" para a vida pessoal e ambiente imediato do voluntario.

5. CONCLUSÕES

Ao longo dos quase dois anos de várias intervenções no voluntariado solidário, empático, interdisciplinar e intercultural, sempre foi feito um trabalho baseado em dar dignidade e incentivamos nossos usuários a se desenvolver em diversas áreas, por exemplo com o fato de ter um trabalho legal, o fornecimento das necessidades espirituais, o desenvolvimento das atividades artísticas para superar a pobreza e a reintegração social. No entanto, as principais mudanças que nós logramos obter em os usuários estavam relacionados de um jeito direito com o fortalecimento dos laços e o empoderamento constante, conceitos que na prática eram muito difíceis de trabalhar, porque alguns dos usuários experimentavam o desamparo aprendido como técnica de afrontamento nas situações de estresse, segundo as conversações quase era um jeito geracional e ainda mais doloroso ou enraizada no caso de mulheres que viviam em situação de rua.

A restauração dos direitos e proteção muitas vezes tive como desfecho nos usuários e voluntários a sensação de frustração, uma vez que não foi possível, na maioria dos casos, encontrar instituições ou programas públicos que cobrissem as multinecesidades da população em situação de rua. Também, deixando nos voluntários a sensação de ambiguidade, quer isto dizer que além de promover os direitos e quer mudar as situações de extrema pobreza, não achamos muitas oportunidades de tornar os sonhos em fatos. Embora, os voluntários ou a equipe técnica da hospedería tentassem suprir e acompanhar estas necessidades, era impossível cobrir todas as intervenções.

Em conclusão, deve-se notar que este trabalho pretendeu responder aos objetivos, por conseguinte foram descritas as ações de intervenções feitas com as pessoas em situação de rua e é de esperar que sejam norteadoras para trabalhos voluntários com a mesma ou outra população e para profissionais que atuam na área da Gerontologia Social ou profissões orientadas as temáticas apresentadas. É de esperar que este relato de experiência em uma ação participativa contribua em tornar visível a uma população que tem múltiplas carências assim como desejos e muitas vezes são invisíveis pelos estigmas e ideias erradas do conhecimento popular.

Neste contexto, o trabalho faz o convite as instituições e programas, sejam privados ou do governo, em criar para as pessoas em situação de rua o tratamento e promoção das políticas de bom tratamento e inclusão aos direitos civis e principalmente na saúde física e mental. A saber que no momento em que os nossos usuários se aproximaram para exigir alguns de seus direitos foram muitas vezes rejeitados ou simplesmente tornados invisíveis por sua situação de rua.

Finalmente, embora a maioria dos jovens que compunham a equipe de voluntários nessas datas, hoje já não trabalham ativamente no programa, continuam praticando a estratégia social que foi aprendida pela experiência de voluntariado no Hogar de Cristo; eles continuam convidando mais pessoas no processo de transformação social para alcançar uma sociedade mais solidaria, mais inclusiva, mais compreensiva e justa com a pobreza. É de esperar que de algum jeito o voluntario transforme aos usuários, mas na prática, a experiência transformadora é mutua e o voluntario muda seu pensamento pessoal, aos familiares e inclusive aos colegas do trabalho. Também é sabido que um voluntário sempre será voluntário se aprender a valorizar o poder e importância de seu trabalho.

6. AGRADECIMENTOS

Agradeço muito à Alberto Hurtado pela criação do Hogar de Cristo e os trabalhadores que mantem a Vision e missão da fundação. Em especial à equipe técnica da Hospederia San José durante esse período, aos queridos usuários e aos voluntários e amigos, todas pessoas muito especiais, solidarias e transformadoras.

REFERÊNCIAS

- [1] ATENCIO, D.H; D' SILVA, F.J; PALOMARES,H. Disponível em:.Acesso em: 10 out. 2018.">https://www.researchgate.net/publication/318403539_La_Investigacion_Social_y_el_Metodo_de_Investigacion_Accion_Participativa >.Acesso em: 10 out. 2018.
- [2] BERZOSA, G. Conferencia "Voluntariado, iniciativa social e iniciativa pública" en las I Jornadas de Voluntariado organizadas por el Ayuntamiento de Majadahonda. Madrid. 1997.
- [3] CARDOSO, Aline Costa et al . Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 26, e3045.2018 . Available fromhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169 2018000100358&Ing=en&nrm=iso>. access on 31 Oct. 2018. Epub Oct 11. 2018.
- [4] Carvalho, M.A. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Brasil: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. 2016.
- [5] Fundación Superación de la Pobreza; Esc. de Periodismo, UDP. Pobreza: 200 años en la Prensa Escrita. Santiago: programa Comunicación y Pobreza. 2011.
- [6] Fundaciones Hogar de Cristo. Cuadernillo de formación de voluntarios. Santiago de Chile. 2016.
- [7] GALINDO, O; ARDILA, R. Psicología y pobreza. Papel del locus de control, autoeficacia y la indefensión aprendida.). Disponível em http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a13.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.
- [8] Ministerio de Desarrollo Social. Registro Social Calle: fortaleciendo la red de Protección Social. Presentación de resultados, fase implementación agosto 2016-agosto 2017. Santiago de Chile: Centro de documentación. Noche Digna. 2017
- [9] Ministerio de Desarrollo Social. Hacia una tipología de personas de calle en Chile. Santiago de Chile. Subsecretaria de servicios sociales de división de promoción y protección social. 2015
- [10] Nieto, C.J.; Koller, S.H. Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones. Acta de investigación psicológica, Volumen 5 (3), p.2162-2181.2015
- [11] Rojas, N. Más allá de las carencias: tipología para personas en situación de calle. Revista de Trabajo Social. (75): 55-66.2008
- [12] WHITTAKER, J. La psicología social en el mundo de hoy. ed. México: Trillas. 1979.

Reabilitação psicossocial na velhice: Uma experiência possível

Vanessa Alonso Roseli Rezende

Resumo: Reabilitação psicossocial é entendida como a maneira de inserir novamente a pessoa ao seu meio e cotidiano, resgatando a dignidade e o potencial de crescimento de cada um. A garantia de moradia para o indivíduo institucionalizado por anos tem por objetivo resgatar o vínculo com a sociedade. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de um usuário da rede de saúde mental do município de Campinas, São Paulo, institucionalizado por anos devido ao uso abusivo de álcool, que retornou ao convívio com a comunidade na velhice após desospitalização. O caso relatado é singular na medida em que o usuário pôde retornar à vida em comunidade numa idade avançada, na velhice, após décadas de privação da vida social e familiar sem qualquer vislumbre de liberdade iminente.

Palavras-chave: Saúde mental; psiquiatria; reabilitação; gerontologia; idoso.

1. INTRODUÇÃO

Reabilitação psicossocial é entendida como a maneira de inserir novamente a pessoa ao seu meio e cotidiano, resgatando a dignidade e o potencial de crescimento de cada um. Segundo PITTA (1996), reabilitação psicossocial é o "processo pelo qual se facilita, ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade". Ainda, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1987, definiu a reabilitação psicossocial como "(...) o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitadores da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários" (PITTA, 1996). Pensando na criação de serviços substitutivos e na progressiva desospitalização dos moradores de hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, criando o serviço residencial terapêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia de moradia para o indivíduo institucionalizado por anos tem por objetivo resgatar o vínculo com a sociedade, uma vez que fora perdido em virtude da exclusão que o diagnóstico psiquiátrico causava e da estigmatização do usuário portador de doença mental. Sendo assim, qualificar o "morar", promover o relacionamento interpessoal com equipe e demais moradores, assim como garantir a circulação pelo território tem sido algumas das responsabilidades das equipes de saúde que atuam junto aos egressos de hospitais psiquiátricos nas residências terapêuticas. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de um usuário da rede de saúde mental do município de Campinas, SP, institucionalizado por muitos anos quando na adolescência devido ao uso abusivo de álcool que retornou ao convívio com a comunidade na velhice após desospitalização.

2. RELATO DE CASO

H.N., 74 anos, natural de Campinas, SP, com diagnóstico de esquizofrenia residual (F20.5 - CID 10), estudou até o 1º. ano do ensino fundamental. Morava junto dos pais e o único irmão. Na adolescência iniciou uso abusivo de álcool. Começou a fumar e a beber com 17 anos, e teve algumas namoradas nesse período. A primeira internação se deu em 1962 no antigo Hospital Santa Izabel em Campinas, SP, após apresentar episódio de heteroagressividade em uma partida de futebol. No ano seguinte, em 1963, internou no Sanatório Cândido Ferreira em Campinas, SP, pelo mesmo motivo e pelo abuso de bebidas alcoólicas. A terceira internação se deu em 1968 no Hospital Bezerra de Menezes no município de Rio Claro, SP, onde permaneceu por um ano e meio. O pai faleceu nesse período. Posteriormente, passou por mais uma internação no Hospital Psiquiátrico Allan Kardec em Franca, SP, e depois, seguiram-se múltiplas internações no Instituto Bairral de Psiquiatria em Itapira, SP. Posteriormente, foi encaminhado à Casa de Saúde Bierrembach de Castro em Campinas, SP, onde permaneceu por duas semanas. De lá, foi encaminhado em 10.04.1989 pela promoção social para o Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências em Sorocaba, SP. Em seu encaminhamento constava: "Distúrbio de comportamento com várias internações. Comportamento de descuido pessoal, discurso com ideação paranoide, inadequação no comportamento com impulsividade acentuada. Uso de etílicos desde a adolescência". Após o falecimento da mãe que se deu nesse mesmo ano, usuário passou a ser morador dessa instituição, onde permaneceu por 29 anos consecutivos. Após desospitalização, retornou a Campinas, sua cidade natal, aos 73 anos de idade.

A circulação de maneira independente pelo território e o uso da comunidade têm sido fortemente estimulados pelos trabalhadores das residências terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. H.N. chegou desorientado no espaço, com dificuldades para circulação externa à moradia. Inicialmente saía acompanhado por funcionários até o centro de Sousas, distrito de Campinas onde mora, mas atualmente consegue fazer o percurso de ida e volta à moradia de maneira independente. Morador tem feito vínculos com alguns colegas e funcionários. Gosta de assistir futebol e comentar os jogos depois. Apesar de reservado, hoje apresenta mais facilidade para se comunicar do que anteriormente. Frequenta o Centro de Convivência Espaço das Vilas uma vez por semana nas atividades livres do ateliê aberto. Gosta de pintar, especialmente em telas. Não demostra interesse em trabalhar nas oficinas terapêuticas. Vive atualmente com o Bolsa Família, enquanto aguarda liberação de seu Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Volta pra Casa (PVC). Tem auxiliado nas compras de mantimentos mensalmente para a casa. Equipe tem abordado o usuário quando o mesmo faz uso de bebidas alcoólicas fora de casa, numa lógica de redução de danos. Não apresentou intercorrências significativas até o presente momento. Não apresenta sintomatologia psicótica, e, por isso, equipe questiona seu diagnóstico.

3. CONSIDERAÇÕES

Uma das características mais marcantes dos manicômios é em relação a sua tendência de "fechamento", tanto em nível implícito quanto em explícito, como por exemplo, barreiras e proibições em relação ao mundo externo (GOFFMAN, 2001). Nesse contexto, ocorrem rupturas na qual os indivíduos internos perdem a autonomia em relação às suas necessidades essenciais, formando o grande grupo controlado que está desintegrado com o mundo externo. Devido a décadas de institucionalização e manutenção da segregação da pessoa com transtorno mental do espaço familiar e social não se desconstroem rapidamente pela simples desospitalização do sujeito. Sendo assim, abandonar a lógica manicomial de cuidado se faz um desafio para as equipes de assistência em saúde.

É sabido que a reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado se dá na experiência cotidiana. Ela pode ser compreendida como "reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social" (SARACENO, 1996, p. 15). No campo de ação terapêutica ampliada, ela é capaz de produzir vida e ressignificar trajetórias. O caso relatado é muito singular na medida em que o usuário pôde retornar à vida em comunidade numa idade avançada, na velhice, após décadas de privação da vida social e familiar, sem qualquer vislumbre de liberdade iminente.

A equipe de saúde tem cuidado para não mudar apenas a "roupagem" das tradicionais práticas em saúde mental, mantendo as antigas relações de poder, mas se esforçado para, "saindo dos muros e grades dos manicômios para as salas e serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros serviços substitutivos" (SANTOS, 2008, p. 73), promover autonomia, independência e cidadania no território. A psiquiatria tradicional sempre viu a cronificação e o empobrecimento do portador de transtorno mental como intrínsecos ao adoecimento, mas pesquisas epidemiológicas recentes demonstram que, tanto a cronificação quanto o empobrecimento citado, se devem a um conjunto de variáveis externas ao indivíduo. Tais variáveis podem ser modificadas por meio de um processo adequado de intervenção (LUSSI, 2006). Assim, a necessidade de reabilitação coincide com a necessidade de se encontrarem estratégias de ação que estejam em relação mais real com as variáveis que parecem mais implicadas na evolução da psicose (SARACENO, 2001, p. 17). SANTOS (2008, p. 73) afirma que a reabilitação psicossocial deveria fazer uso de todas as técnicas existentes em benefício das "necessidades dos usuários e as oportunidades/recursos existentes no contexto de vida dele", estimulando sempre a singularidade nas escolhas de vida – vida agora em liberdade.

REFERÊNCIAS

- [1] PITTA, Ana Maria Fernandes. (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. (SaúdeLoucura, 10)
- [2] GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.
- [3] SARACENO, Benedetto. *Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio.* In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 1996a. p. 13-8. (SaúdeLoucura, 10)
- [4] SARACENO, Benedetto. *Reabilitação psicossocial: uma prática à espera da teoria*. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 150-154. (SaúdeLoucura, 10)
- [5] SANTOS, M. Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia. 6. ed. São Paulo: EdUSP, 2008.
- [6] LUSSI, IAO, PEREIRA, MAO, PEREIRA JÚNIOR, A. *A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização*? Rev.Latino-am Enfermagem 2006; 14(3):448-456.

Formação do cuidador informal de idosos: Uma ação na atenção básica de saúde

Marcelo Amaro Manoel da Silva Fernanda Maria Francischetto da Rocha Amaral

Resumo: O cuidado com idosos acamados é considerado um dever da família, embora esta, por vezes, não apresente a adequada preparação, conhecimento ou suporte para desempenhar este papel. Este almejou promover a capacitação de cuidadores familiares da área de abrangência de uma Unidade de Saúde do Município de Divinópolis. Foram realizadas 25 visitas domiciliares com aplicação de dois questionários: um direcionado ao acamado, e um para o seu cuidador, com questões sobre as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores e questões socioeconômicas e sociodemográficas da família. Estas informações, após análise, subsidiaram a elaboração do conteúdo das oficinas, com os seguintes temas: Cuidar e Ser Cuidado, Direito dos Idosos, Primeiros Socorros, Cuidados Básicos, Oficina do Sono e Os Benefícios da Atividade Física. Das 25 visitas realizadas. onze famílias participaram das oficinas e assinaram termo de adesão e consentimento. Esta ação foi realizada com periodicidade semanal e duração de uma hora, na própria unidade de saúde, no período dos meses de setembro a novembro de 2017. O formato das oficinas foi elaborado com uma proposta pedagógica estratégica e inovadora, onde os cuidadores foram sensibilizados para o autocuidado com uma aprendizagem dialógica e significativa entre os participantes. Visto os bons resultados, a aceitação e boa recepção dos participantes, esta estratégia foi disponibilizada juntamente com todo o material e metodologia de trabalho às unidades de saúde da região, caso estas queiram replicar as ações realizadas em sua área de abrangência.

Palavras-chave: Cuidado., Educação em Saúde., Fisioterapia.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural, onde ocorrem mudanças fisiológicas, emocionais, cognitivas, sociológicas, econômicas e interpessoais que influenciam o funcionamento e o bem-estar social observada ao longo do tempo.

A maior longevidade dos brasileiros e a presença das doenças crônicas são duas causas importantes do aumento dos percentuais de idosos portadores de incapacidades (FLORIANO, 2012). Levando em consideração essa realidade é de se esperar que aumente o número de idosos dependentes inseridos no meio social e familiar (BORGES, 2011).

O envelhecimento causa alterações estruturais e funcionais nos indivíduos (MAZZA, LEFEVRE, 2005). Em geral o aparecimento e agravamento de doenças crônicas não transmissíveis tem gerado dependência funcional desses idosos, exigindo cuidados permanentes por parte da família (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O aumento da longevidade e a consequente mudança no perfil da população trazem consigo uma nova realidade e novos desafios para as equipes de saúde que atuam na atenção básica, prestando cuidados a pessoa idosa (BRASIL, 2006). Isto implica que estas equipes de saúde adotem estratégias para atuar junto aos cuidadores (seja ele familiar ou pessoa contratada para prestar este cuidado). Com isso, pode-se concretizar um cuidado integral e de qualidade e, assim, contribui-se com a gestão do cuidado aos idosos no âmbito da atenção básica.

Estudos de Borges (2011) entende o cuidar da pessoa idosa como uma tarefa realizada com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do idoso dependente.

O cuidado formal é o exercido por profissional e pessoal especializado, de acordo com um protocolo e um Código de Ética. O cuidado despendido em casa ou entre familiares e amigos é denominado Cuidado Informal, sendo na maioria das vezes representado como obrigação, entretanto comporta também a expressão de afeto, proteção, reciprocidade e gratuidade (MARQUES; TEIXEIRA; SOUZA, 2012). Além de ser uma tarefa motivada por normas sociais, o cuidador se sente cumpridor de uma obrigação social e moral, contudo, desempenham atividades de caráter assistencial, sem contar necessariamente com um preparo técnico e/ou emocional para exercer tal função (GUEDES; DAROS, 2009; MAFRA, 2011).

As políticas de saúde para o idoso, garantem os direitos da pessoa idosa, e assegura as condições para a promoção da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2006). Faz-se necessário que familiares e cuidadores tenham consciência da importância do cuidado com seus idosos. De uma forma direta, são os parceiros mais próximos deste, e quando ausentes, cabe às instituições de saúde, encontrar formas que reaproximem e conscientizem os cuidadores da sua responsabilidade para com o seu ente (FLORIANO et al., 2012).

O cuidado dos idosos é considerado um dever da família, na cultura brasileira, embora esta, por vezes, não apresente a adequada preparação, conhecimento ou suporte para desempenhar este papel. Tal dever se torna obrigação legal por constar na Constituição Federal Brasileira e no Estatuto do Idoso (LINDOLPHO et al., 2014; OLIVEIRA, D'ELBOUX, 2012). Contudo, ainda persiste, conjugando-se com as leis e políticas públicas, é que, embora a família assuma seu papel como instituição social e tente suprir o cuidado usando seus próprios recursos, não conta com suporte institucional para desempenhar esta responsabilidade. E, assim, resta a cada família construir seu próprio sistema informal de cuidado, o que por si só gera desgaste e estresse, podendo afetar negativamente a família como um todo.

Desta forma, torna-se premente a necessidade de os profissionais da área da saúde criarem estratégias para estabelecerem suas condutas e orientações aos cuidadores familiares, pois estes atores representam a ligação entre a equipe de saúde e a pessoa idosa dependente (MAFRA, 2011).

No município de Divinópolis a assistência ao idoso dependente em sua maioria está sob a responsabilidade de seu cuidador, sendo este muitas vezes não preparado para tal função e sem a assistência dos profissionais das unidades de saúde do município.

Deste modo, procurando fornecer subsídios, para a melhor qualidade da assistência ao idoso, tornou-se relevante a realização desta Capacitação para o Cuidado do Idoso, como forma de embasar e possibilitar o desenvolvimento de estratégias nas Unidades de Saúde do município, no intuito de favorecer condições que otimizem as potencialidades da melhor qualidade de vida para os idosos e seus familiares.

Sendo assim, este projeto teve como objetivo promover a capacitação de cuidadores familiares da área de abrangência de uma Unidade de Saúde do Município de Divinópolis na perspectiva de prepará-los para uma atenção qualificada ao idoso.

2. METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido na Unidade de Saúde Danilo Passos do município de Divinópolis, esta unidade abrange quatro bairros: Vila Romana, Danilo Passos I, Danilo Passos II e Manoel Valinhas.

Inicialmente foram realizadas reuniões com o gestor da unidade para a apresentação da proposta, e posteriormente foi realizada consulta aos registros da unidade com o intuito de colher informações e selecionar os idosos. Foi verificado que a unidade dispunha em seu cadastro, registro de 25 idosos dependentes que eram assistidos por cuidadores familiares.

O desenvolvimento da ação foi realizado em três fases:

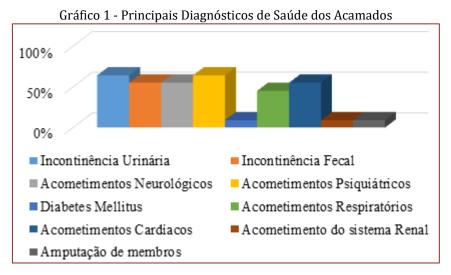
Primeira fase: foi realizado visita domiciliar em cada uma das famílias selecionadas para identificação da rotina e aplicação de dois questionários: um para o acamado, e um para o cuidador, com questões sobre as características, dificuldades enfrentadas pelos cuidadores e questões socioeconômicas e sociodemográficas da família. Nesta ocasião foram assinados Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o de uso de imagem com os familiares que aceitaram participar do projeto.

Segunda fase: elaboração do material teórico do curso, fundamentado na análise dos questionários aplicados, e à rotina observada durante as visitas às famílias. Posteriormente foi realizada reunião com a Equipe de Saúde da unidade para apresentar a proposta dos temas elencados para as oficinas. A elaboração e aplicação das oficinas para os participantes foram coordenadas pelos alunos bolsistas, sob a supervisão dos orientadores.

Terceira fase: realização das oficinas, com periodicidade semanal e duração de uma hora na própria unidade de saúde. As oficinas foram avaliadas regularmente usando os instrumentos como o registro diário das atividades, elaboração de relatórios pelos acadêmicos envolvidos na proposta e de relatórios avaliativos pelos docentes responsáveis.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os questionários foram aplicados com 25 famílias durante as visitas domiciliares. Em relação à idade os acamados apresentaram, a média de 71,3 anos, e 82% dos entrevistados eram dependentes totais de seus cuidadores. No que concerne ao lazer em família 73% dos acamados não participam de nenhuma atividade. Sobre a alimentação, 36% fazem uso da dieta enteral, e se alimentam através de sonda nasoenteral. No histórico de hábitos de vida 67% dos acamados são ou já foram etilistas ou tabagista.



O gráfico acima, demonstra os principais problemas de saúde dos acamados entrevistados, a incontinência urinária e acometimento psiquiátricos tem destaque sendo presente em 64% da população investigada. Segundo Quadros *et al.* (2015) indivíduos que sofrem de incontinência urinária, principalmente se forem idosos, podem apresentar comprometimento ao convívio social, como a perda da autoestima, embaraço, isolamento social, depressão e vergonha, trazendo ao indivíduo importantes repercussões físicas, sociais e psicológicas.

Os acometimentos cardíacos, neurológicos e incontinência fecal estão presentes em 55% da amostra e de acordo com Rodrigues *et al.* (2015), na população idosa as doenças cardiovasculares destacam-se pelo enorme impacto epidemiológico e clínico. Elas, geralmente, vêm associadas a outras afecções, inclusive neuropsiquiátricas, que podem ter influência recíproca.

Problemas respiratórios representam 45% da amostra dos acamados, e 9% são acometidos no sistema renal, diabetes mellitus e amputação de membros. Segundo Silveira *et al.* (2018) a elevada prevalência de obesidade abdominal, associada com a presença de doenças como diabete mellitus, hipertensão arterial sistêmica e doenças respiratórias são fatores de risco potenciais para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Dessa forma, verificar a presença concomitante desses relevantes problemas de saúde nos idosos é um achado preocupante que necessita de reflexões sobre abordagens preventivas em saúde coletiva, visando estabelecer medidas para adequado manejo clínico por profissionais de saúde.

Em relação ao perfil dos cuidadores, a média de idade foi de 61 anos, e 73% eram filhos (as) ou esposos (as) dos acamados. Eles cuidam de seus entes acamados em média há 10 anos, e todos responderam não ter momentos de lazer, por se dedicarem todo seu tempo aos acamados. Em relação a qualidade do sono, 73% apresentam sono ruim ou regular, e 36% são ou já foram etilistas e tabagistas. Segundo Campos *et al.* (2015) no Brasil os cuidadores oriundos de redes informais de apoio, como cônjuges, filhos e parentes, constituem a mais importante fonte de suporte aos idosos. Este fato resulta em sobrecarga e estresse, centralização do trabalho que gera sobrecarga e redução da qualidade de vida do cuidador e, consequentemente, afeta o cuidado com o idoso.

As questões relativas às dificuldades enfrentadas no cuidado, 55% dos entrevistados relatam ter dificuldades para levar o acamado ao médico, fica claro a importância de as ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) prestarem suporte ao cuidador, seja por meio da visita domiciliar ou escuta terapêutica. Os outros problemas citados estão relacionados à realização dos cuidados diários, a exemplo da higiene pessoal, alimentação e mudança de decúbito. Segundo Dantas *et al.* (2015) entre as dificuldades vivenciadas no cotidiano do cuidador, a higiene pessoal, alimentação e mudança de decúbito do acamado são as tarefas que os cuidadores apresentam mais dificuldade em executar. O mesmo estudo mostrou que a sobrecarga do cuidador está diretamente relacionada a distúrbios psicoemocionais, ao tempo de dedicação ao cuidado, à falta de informação do cuidador, ao grau de dependência do idoso, à presença de depressão e à incontinência.

O gráfico 2 indica as principais queixas de saúde descritas pelos cuidadores entrevistados onde 82% apresentavam acometimentos cardíacos, 73% dores nos membros superiores e inferiores, e 55% queixaram de dores na coluna. Segundo Peres *et al.* (2015) cuidar de um idoso no ambiente doméstico pode ocasionar uma sobrecarga no familiar cuidador gerando desordens emocionais, físicas, econômicas e sociais para este cuidador, como também, o despreparo do cuidador pode acarretar riscos a sua saúde evidenciados por: ansiedade, desgaste físico, dores localizadas ou irradiadas e deficiências posturais. Estes mesmos autores, alertam para a situação em que os cuidadores informais podem apresentar alterações osteomusculares devido o tempo que passam na posição sentada ou em pé, gerando dor, prejudicando com maior incidência a coluna lombar, o que afeta a sua qualidade de vida.

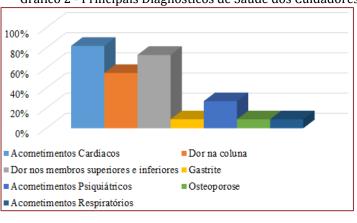


Gráfico 2 - Principais Diagnósticos de Saúde dos Cuidadores.

Em menor percentual, mas não menos importante, ocorreu o relato de 27% dos cuidadores com queixa de acometimento psiquiátricos, e 9% apresentam gastrite, osteoporose e problemas respiratórios. Campos *et al.* (2015), relatam que a tarefa de cuidar do indivíduo dependente é psicologicamente esgotante. Observam-se com frequência altas taxas de depressão e outros sintomas psiquiátricos, sentimento de frustração, ansiedade, preocupação constante, além de problemas físicos. Estes mesmos autores relataram que os cuidadores de idosos experimentam fardo considerável e estão em maior risco de morbidade psiquiátrica e física, comparados à população em geral.

Em relação a participação nas oficinas, das 25 famílias visitadas, onze concordaram em participar. A média de participação em cada oficina segundo o caderno de registro de inscritos presentes foi de quatro famílias.

O formato das oficinas foi elaborado com uma proposta pedagógica estratégica e inovadora, onde os cuidadores foram sensibilizados para o autocuidado com uma aprendizagem dialógica e significativa entre os participantes. No decorrer das oficinas foram elaboradas apostilas, cartilhas para distribuição entre os participantes e o uso de Datashow, foram também utilizados alguns recursos interativos para facilitar a dinâmica do aprendizado.

Todas as oficinas foram divididas em duas subunidades: o cuidado com o acamado, e o cuidado com o cuidador, sempre enfatizando a importância do autocuidado. Ao final de cada oficina foram realizadas dinâmicas e interações entre os participantes, como sessões de alongamento, respiração, automassagem e percepção corporal. As temáticas trabalhadas durante as oficinas foram:

1) Cuidar e Ser Cuidado: o objetivo da oficina inaugural foi instigar a importância do autocuidado, e às intercorrências em relação ao dia a dia do cuidador. Foi realizada uma ação interdisciplinar em conjunto com outros profissionais da unidade de saúde, onde foi aferida a pressão arterial e a glicemia dos participantes.

Nesta oficina, foram disponibilizadas para todos os participantes do projeto (incluindo bolsistas e orientadores) mudas de pimenta, onde foi proposto a tarefa de cuidar da planta, como se fosse sua própria vida, com a finalidade de que a planta esteja viva, conservada, desenvolvida e com frutos no último dia de oficina. Esta analogia teve o objetivo de sensibilizar o autocuidado entre os cuidadores, uma vez que os mesmos negligenciam cuidados de si próprios para se dedicar em cuidar de seus entes, e não percebem as circunstâncias disso. Segundo Campos *et al.* (2015) é necessário criar projetos de manutenção e promoção da saúde para os cuidadores, não basta preparar o cuidador apenas do ponto de vista técnico, mas é preciso também estruturar intervenções junto a ele, que considerem sua saúde e a sobrecarga sofrida, afetando aspectos físicos, psíquicos, financeiros e sociais.

Neste módulo, houve também o momento de interação entre os participantes, onde todos contaram suas histórias, angustias e dificuldades em suas funções. Ao fim da oficina foi apresentado um vídeo motivacional, e foram ensinados exercícios de respiração, alongamento e relaxamento dos principais grupos musculares.

- 2) Direito dos Idosos: neste módulo, foi realizada uma dinâmica de "verdadeiro ou falso" com várias informações embasadas na lei 10.741 do Estatuto do Idoso. Desta forma, em cada rodada era jogada uma afirmação para que os familiares discutissem e refletissem sobre o tema. Logo após, eles deveriam julgar a informação como verdadeira ou falsa, e justificar. A cada resposta, os bolsistas do projeto interferiam com o embasamento legal, e as informações pertinentes ao assunto trabalhado. Segundo pesquisa realizada por Tenfen et al. (2015) pensar em proteção jurídica remete logo a reconhecer que se trata de atribuição do Estado, que é a instituição política legitimada a criar as normas jurídicas e aplicá-las, em favor das pessoas e da própria sociedade, inclusive e em especial às pessoas que gozam de proteção por normas especiais como é o caso dos idosos, infantes, pessoas com deficiência e demais sujeitos amparados por normas nacionais e internacionais relacionadas e com os mesmos desígnios. Todavia existe um desconhecimento da população sobre a legislação de proteção aos Idosos. Os familiares se demonstraram muito satisfeitos, uma vez que desproviam das informações inerentes aos direitos de seus entes. Ao final da oficina foi disponibilizado uma apostila sobre os temas abordados e foram realizados exercícios de alongamento e relaxamento para os grupos musculares mais delatados pelos cuidadores.
- 3) Primeiros Socorros: o objetivo deste módulo foi capacitar e orientar os familiares em como agir diante a situações de urgência e emergência. Foi elaborada uma apostila com linguagem clara e figuras autoexplicativas das manobras para várias adversidades, como: obstrução de vias aéreas nos idosos, quedas, desmaios dentre outros.

Houve um momento de prática, onde os participantes simularam as situações uns aos outros, supervisionados pelos bolsistas do projeto. Ao final da oficina foram disponibilizadas as apostilas aos participantes, e todos foram submetidos a exercícios de alongamento, respiração e relaxamento.

4) Cuidados Básicos com o Acamado: neste módulo, a oficina foi direcionada a capacitar os familiares a lidar com os cuidados do dia a dia de seus entes. Durante o curso, eram expostos vídeos explicativos, e os participantes praticavam entre si as técnicas aprendidas.

Os tópicos apresentados foram: como realizar mudanças de decúbito, como levantar uma pessoa acamada, como lavar o cabelo de uma pessoa acamada, cuidados e higienização da sonda de uma pessoa acamada, e como alimenta-la, como manter a saúde bucal de pessoas acamadas, e dicas para trocar fraldas de pessoas acamadas.

Ao fim da oficina, foram disponibilizadas aos participantes, apostilas sobre a oficina trabalhada. Também foram realizados exercícios de alongamento, relaxamento e respiração.

5) Oficina do Sono, Estresse e Autopercepção Corporal: devido ao alto índice de acometimento relacionado ao estresse, e problemas do sono apurado por meio dos questionários aplicados, foram convidados alunos extensionistas do projeto "Redução do estresse: foco no treinamento Interoceptivo" do curso de fisioterapia, da Universidade do Estado de Minas Gerais – Unidade Divinópolis, o qual o objetivo principal é identificar pontos de estresse, aprender a lidar com essas situações, e aprender técnicas de automassagem, autopercepção corporal, e exercícios respiratórios a fim de aliviar o cansaço, ansiedade, e demais intercorrências psicossomáticas.

Esta oficina foi realizada no salão de uma igreja próxima a unidade de saúde, pelo motivo de precisar de um ambiente maior e de silêncio para a aplicação das práticas. Os familiares aprovaram a técnica e se comprometeram de continuar em casa.

6) Os Benefícios do Exercício Físico: o objetivo deste módulo foi levantar a reflexão dos participantes quanto a importância da realização contínua de exercícios físicos. Para isso, foram elaborados dois cartazes: um com o título de "mito" e outro intitulado como "verdade". Nestes cartazes havia espaços em branco para anexar informações que eram sorteadas por cada participante da roda. A cada informação sorteada, o tema era discutido entre todos, que classificavam a informação como mito ou verdade. Após cada resposta, os alunos bolsistas, mediavam a conversa com a explicação correta do evento sorteado. Segundo Matsudo et al. (2015) são inúmeros os efeitos benéficos da prática regular de exercícios físicos. Dentre eles estão os efeitos antropométricos, metabólicos, cognitivos e psicossociais, terapêutico e redução do risco de quedas e lesão pela queda. Ao fim da oficina foram realizados exercícios de alongamento, relaxamento e respiração e uma confraternização entre os participantes para marcar o término do projeto. Aproveitando a ocasião, todos participantes levaram suas mudas de pimenta, e refletiram sobre a importância do autocuidado. Neste momento, os familiares foram convidados a relatar como as oficinas ajudaram e se o aprendizado foi válido. O resultado foi de absoluta satisfação por todos envolvidos, que enfatizaram utilizar técnicas aprendidas no dia a dia.

Visto os bons resultados, a aceitação e boa recepção dos participantes, todo material e metodologia utilizada foi disponibilizado para unidade, por meio de mídias digitais caso esta queira replicar as ações realizadas.

Além disso, o material também será disponibilizado para outras unidades de saúde da região afim de que estas também reproduzam o projeto em sua área de abrangência.

4. CONCLUSÃO

Devido à importância do assunto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações educativas em saúde para este nicho populacional, uma vez que os participantes relataram se sentir exclusos sob a ótica dos serviços de saúde. Observou-se também um grande interesse por parte deste público em virtude do despreparo para cuidado de uma pessoa acamada.

REFERÊNCIAS

- [1] BORGES, M.. Cuidar de Idosos: família e profissão. Juiz de Fora, 2011. Disponível em: http://www.cuidardeidosos.com.br/tag/profissao/feed/>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- [2] CAMPOS, Eliana Cristina; DA CRUZ, Sonia; DE MATTOS, Edlivia Dias. Perfil de Cuidadores Familiares de Idosos no Município de Jataizinho-PR. Journal of Health Sciences, v. 12, n. 3, 2015.
- [3] DANTAS, Ticiano Magalhães *et al.* Percepções e vivências de cuidadores familiares de idosos acamados. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 28, n. 3, p. 411-417, 2015.
- [4] FLORIANO, L. A. *et al.* Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. Texto contexto enferm. v. 21, n. 3, p. 543-548, 2012.
- [5] GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. Serv. Soc. Rev., Londrina, v.12, n. 1, p. 122-134, jul./dez. 2009.
- [6] LINDOLPHO MC, CALDAS CP, ACIOLI S, VARGENS OMC. O cuidador de idoso com demência e a política de atenção à saúde do idoso. Rev Enferm UFPE On line [Internet]. 2018(12):4381-90. Acesso em 18 mar de 2017.
- [7] MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. Rev. Bras. Geriatr. Geront. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011.
- [8] MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. Envelhecimento, atividade física e saúde. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, n. 47, abr. 2009.
- [9] MARQUES, M. J. F.; TEIXEIRA, H. J. C.; SOUZA, D. C. D. B. N. de. Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 147-159, jun. 2012.
- [10] OLIVEIRA, D.C; CARVALHO, G.S.F.; Stella, F.; HIGA, C.M.H.; D'ELBOUX, M.J. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2011.
- [11] PERES, Murilo Ramos; BRUMATI JUNIOR, Claudemir; ARRUDA, Mauricio Ferraz. Índice de Lesões Osteomusculares e sua Correlação com Distúrbios Posturais em Cuidadores de Idosos. Saúde e Pesquisa, Maringá, v. 8, n. 1, p.105-112, 22 jun. 2015.
- [12] QUADROS, L., Aguiar, A., Menezes, A., Alves, E., Nery, T., & Bezerra, P. Prevalência de incontinência urinária entre idosos institucionalizados e sua relação com o estado mental, independência funcional e comorbidades associadas. Acta Fisiátrica, 22(3), 130-134, 2015. https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150025
- [13] RODRIGUES, Giselle Helena *et al.* Depressão como determinante clínico de dependência e baixa qualidade de vida em idosos cardiopatas. Cardiol, v. 104, n. 6, p. 443-449, 2015.
- [14] OLIVEIRA DC, D'ELBOUX MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2012; 65(5):829-38.
- [15] SILVA, J. P. L.; LIMA, V. L. R.; ARAÚJO, M. Z. Saúde e Envelhecimento: o Desafio do Cuidar humanizado. In: II Colóquio LusoBrasileiro sobre saúde, educação e representações sociais. UFPB, Brasil. 2010, p. 152-154.
- [16] SILVEIRA, Erika Aparecida; VIEIRA, Liana Lima; SOUZA, Jacqueline Danesio de. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 903-912, mar. 2018.
- [17] TENFEN, Aline Wenz Onofre *et al*. Direito Dos Idosos À Cultura E Ao Lazer Segundo A Percepçao De Uma Comunidade Do Município De Rio Fortuna/SC. Constituição & Justiça: Estudos e Reflexões, v. 1, n. 1, 2017.

Caracterização de hanseníase em idosos na região metropolitana de Recife, 2005-2014

Bárbara Maria Lopes da Silva Brandão Alice Maria Barbosa da Silva Maria Isabelly de Melo Canêjo Tayná Maria Lima Silva Juliana Maria Otaviano Maia Fábia Alexandra Pottes Alves

Resumo: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que pode levar a incapacidade física e funcional, uma vez que infecta principalmente a pele e os nervos periféricos. Diante do aumento na distribuição da população de idosos objetivase descrever o perfil clínico-epidemiológico de hanseníase em idosos da região metropolitana de Recife. Estudo descritivo, transversal, feito com dados secundários obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2005 e 2014 na região metropolitana de Recife. A coleta dos dados foi efetuada entre o mês de agosto e setembro de 2017 e os dados obtidos foram incorporados a tabela, elaborada a partir do Excel® 2013. Durante o período estudado foram notificados 1.529 casos de hanseníase em idosos. Desses, 86,27% tinham entre 65-79 anos e 54,09% eram do sexo feminino. Com relação a classificação operacional, observou-se que dos casos notificados foram multibacilares e, verificou-se, que o sexo feminino prevalecia entre os casos paucibacilares (66,31%) e o sexo masculino entre os multibacilares (57,34%). Com esse estudo foi possível obter um panorama dos casos de hanseníase em idosos da região metropolitana de Recife e, compreender que os profissionais da Atenção Primária à Saúde devem investir nas ações de acompanhamento desses idosos com base em suas necessidades de cuidados intrínsecos a essa fase da vida, para que recebam cuidados pertinentes às limitações funcionais preexistentes que podem ser agravadas por incapacidades geradas por esta afecção.

Palayras-chave: Hanseníase, Saúde do Idoso, Epidemiologia, Saúde Pública.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a população de idosos já representa 14,3% da população total e, segundo as projeções estatísticas da OMS, até o ano de 2025, esse grupo deverá ter aumentado em quinze vezes, o qual ocupará o sexto lugar no mundo em relação ao o número de pessoas idosas, com aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais.¹⁻²

O aumento da proporção desses idosos vem acompanhado de desafios sociais, políticos, econômicos e de saúde. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, desafios esses bastante complexos sobretudo no âmbito dos cuidados a saúde, por não contar ainda com o preparo necessário para o atendimento à população idosa de forma adequada.³

O envelhecimento traduz-se por um processo fisiológico, dinâmico e progressivo, apresentando alterações funcionais, morfológicas e bioquímicas do indivíduo.⁴ Contudo, algumas condições são capazes de intensificar o comprometimento funcional, resultando em dependência na realização de atividades associadas ao autocuidado e participação social.³

Dentre as condições que influenciam o declínio funcional de idosos, a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, aumentam o perfil de morbimortalidade dessa população.⁵ No entanto mesmo com o processo de transição epidemiológica, caracterizado pela diminuição da morbimortalidade por doenças infectocontagiosas, algumas dessas doenças ainda persistem, a exemplo da hanseníase, doença de evolução lenta, que pode levar a incapacidade física e funcional, uma vez que infecta principalmente a pele e os nervos periféricos. Causada pelo Mycobacterium leprae, particulariza-se por apresentar alta infectividade e baixa patogenicidade.⁶

No que se refere aos dados sobre a hanseníase, em 2015 estudos revelaram que o Brasil ocupava o segundo lugar em detecção no número de casos, com 13% dos novos casos mundiais dentre as quais a região Nordeste lidera o maior número de casos novos registrados. Não obstante, em 2016 no Recife, uma das cidades do estudo, foram notificados 329 casos, representando 20,2% dos registros do Estado.^{3,7}

Nessa perspectiva, acentua-se que a distribuição da hanseníase no Brasil é heterogênea e reproduz as desigualdades entre as diferentes regiões do país. Além das dificuldades no processo da gestão da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), fatores culturais, econômicos e sociais potencializam a sua propagação, ocasionando repercussões psicológicas para o idoso, visto que a hanseníase ainda é vista como uma doença estigmatizante e um problema de saúde pública no Brasil.^{8,1}

Diante do exposto, objetiva-se descrever o perfil clínico-epidemiológico de hanseníase em idosos da região metropolitana de Recife, entre os anos de 2005 e 2014.

2. MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal. Realizado na região metropolitana de Recife, onde observou-se os casos de hanseníase em idosos com 65 anos ou mais, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), coletados no DATASUS, entre os anos de 2005 e 2014.9

No Brasil, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa definem como idoso (a) a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. Todavia, para utilização dessa variável no SINAN o sistema preestabelece a faixa etária, dividindo-as entre 50-64, 65-79 e 80 e +. Dessa forma, não foi possível selecionar os idosos a partir da idade delineada pela legislação, tendo sido, portanto, selecionado a amostra a partir de 65 anos. 10-11

A região metropolitana do Recife (RMR) é composta por 14 municípios: Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata. Em 2016, a RMR possuía aproximadamente 3.940.456 habitantes, o que correspondia a 41,87% da população do estado de Pernambuco.¹²

A coleta dos dados foi efetuada entre o mês de agosto e setembro do ano de 2017, através do uso de fonte de dados secundários, por meio do SINAN-NET, viabilizado pelo Ministério da Saúde. Os dados obtidos foram incorporados a tabela, elaborada a partir do Excel 2013, sendo ordenados segundo a distribuição dos casos de hanseníase em sete variáveis, tais como: sexo (masculino e feminino), faixa etária (65 a 79; 80 anos e mais); classificação operacional (paucibacilar, multibacilar); quantidade de lesões (nenhuma

lesão, única lesão, 2 a 5 lesões, mais de 5 lesões), grau de incapacidade (grau 0, grau I, grau II, não avaliado) e esquema terapêutico inicial e atual (PQT/PB/ 6 doses, PQT/MB/12 doses).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados revelaram que, durante os anos de 2005 e 2014, foram notificados no SINAN 1.529 casos de hanseníase em idosos na região metropolitana de Recife. Desses, 86,27% tinham entre 65-79 anos e 54,09% eram do sexo feminino (Tabela 1).

Apesar de muitos estudos comprovarem a prevalência masculina nos casos de hanseníase, nesse estudo o sexo feminino esteve predominante. Uma vez que a mortalidade dos homens é maior que a das mulheres a cada fase da vida, a proporção de homens tende a diminuir com o envelhecimento. Por esse motivo, uma das características do envelhecimento populacional dos brasileiros é a feminização da velhice, fato que corrobora os maiores números de casos de hanseníase em mulheres. 13-15, 1-2, 16

No que corresponde à faixa etária, não foi possível estratificar essa variável de maneira qualificada, em razão de que o SINAN estabelece as variáveis de forma definitiva. No entanto, a análise nos permite declarar que a hanseníase acometeu idosos principalmente na faixa etária entre 65 e 79 anos e, é nesta fase da vida, onde surgem as limitações funcionais e fragilidades intrínsecas do processo de envelhecimento que podem interferir no diagnóstico precoce, bem como no tratamento.¹⁷

Embora o diagnóstico e o tratamento sejam simples e estejam disponíveis gratuitamente nos serviços de saúde, os índices elevados da hanseníase nessa população geram uma preocupação para os gestores de saúde e profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. Condições como as desigualdades econômicas, a falta de escolaridade e a acessibilidade ao serviço de saúde são favoráveis a essa alta incidência. Por conseguinte, ações de capacitação profissional e descentralização das ações de prevenção e tratamento possibilitam uma atenção à saúde mais próxima da realidade de vida dessas pessoas, e podem refletir positivamente na redução dos índices epidemiológicos. 18-19

Tabela 1: Distribuição de idosos afetados com hanseníase de acordo com o sexo e faixa etária na Região Metropolitana de Recife, 2005-2014.

	Ano										
Variáveis	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total n (%)
Sexo (%)											
Masculin o Feminino	10,30 12,40	12,68 9,83	7,53 7,93	9,25 7,82	10,70 11,51	9,25 8,38	9,78 9,05	8,45 8,16	7,93 8,83	6,87 8,49	702 (45,82) 827 (54,09)
Faixa etária (%)											
65-79	10,77	11,67	7,63	7,80	11,22	8,53	9,10	8,47	8,98	8,59	1319 (86,27)
80 e +	14,13	7,07	8,83	6,01	10,95	12,37	9,89	11,31	5,66	7,77	210 (13,73)

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). 2005-2014. n=1529.

No que diz respeito aos aspectos clínicos da hanseníase em idosos, verificou-se uma predominância de casos multibacilares, principalmente durante o ano de 2005 em relação aos paucibacilares, este, com maior pico em 2009 (Tabela 2).

O predomínio da classificação operacional multibacilar indica a realização do diagnóstico tardio nos indivíduos, o que contribui para a continuidade da transmissibilidade da doença. Outrossim, quanto mais avançado o quadro clínico, maiores processos reacionais com consequente desenvolvimento de incapacidades físicas e comprometimento neural.^{6,20}

Comparando as classificações operacionais no diagnóstico e atual, verificou-se uma predominância de casos do sexo feminino entre os casos paucibacilares (66,22%) e do sexo masculino entre os multibacilares (57,60%) (Gráfico 1). No Brasil, mais de um terço das pessoas acima de 60 anos que já estão aposentadas continuam trabalhando e a principal justificativa para esse cenário é a necessidade de ampliar a renda. Por isso, a prática de atividades laborais, relações interpessoais e ausência de busca ativa aos serviços de saúde, possivelmente, levam os homens a uma maior exposição e risco de contato com

indivíduos doentes, favorecendo, desta forma, a propagação da forma mais grave da doença no meio masculino. 21,6

Tabela 2. Frequência por ano da notificação de hanseníase segundo classe operacional e grau de incapacidade na Pogião Metropolitana de Pogião Pornambuso, 2005, 2014

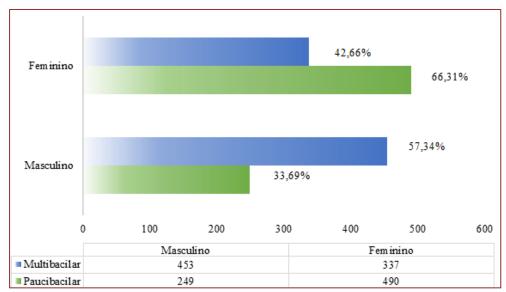
incapacidade na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco, 2005-2014.											
Variáveis	2005	2006	2007 Classifi	2008 cação op	2009 eraciona	Ano 2010	2011	2012	2013	2014	Total n (%)
Paucibac. diagnóst.	13,53	12,04	6,77	8,66	12,72	10,28	10,01	7,85	8,39	9,74	739 (48,33)
Paucibac. atual	13,51	12,03	6,89	8,78	12,57	10	10,14	7,97	8,65	9,46	740 (48,40)
Multibac.diagnóst.	11,27	12,03	9,87	9,62	11,39	8,73	10,25	10	9,75	7,09	790 (51,67)
Multibac. atual	11,28	12,04	9,76	9,51	11,53	9	10,14	9,89	9,51	7,35	789 (51,60)
Grau de Incapacidade diagnóstico (%)											
Grau 0	12,03	12,41	7,56	9,33	12,41	8,49	10,17	9,14	8,86	9,61	1072 (70,11)
Grau I	10,45	10,82	11,57	10,07	10,45	13,81	8,58	10,07	8,58	5,6	268 (17,53)
Grau II	15	13,75	11,25	11,25	7,5	10	8,75	6,25	11,25	5	80 (5,23)
Não avaliado	18,35	10,09	6,42	3,67	15,6	8,26	14,68	6,42	11,01	5,5	109 (7,13)
Grau de Incapacidade atual (%)											
Grau 0	8,78	10,58	8,03	10,1	12,75	10,01	9,82	8,59	10,58	10,76	1059 (69,26)
Grau I	10,96	11,64	18,49	7,53	13,01	12,33	4,11	8,22	10,27	3,42	146 (9,55)
Grau II	2	10	10	16	14	8	12	12	10	6	50 (3,27)
Não avaliado	28,83	18,25	4,01	5,11	8,39	6,2	14,23	10,22	2,55	2,19	274 (17,92)

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). 2005-2014. n=1529.

O grau de incapacidade é determinado de acordo com a avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés, e o seu resultado é expresso em valores que variam de zero a dois (II), sendo zero se não houver comprometimento neural; I para diminuição ou perda da sensibilidade e II para presença de incapacidades e deformidades. Em relação à incapacidade física, os dados do presente estudo constataram que o Grau Zero foi predominante nos períodos de diagnóstico e atual, sendo maior durante o diagnóstico com o total de 1072 casos (70,11%). Não obstante, observa-se uma redução na frequência de notificação nos graus I e II de incapacidade entre os períodos de diagnóstico e atual. Porém, sublinha-se nessa variável o elevado percentual de casos não avaliados, cujo em alguns anos superam os índices de Grau I e Grau II (Tabela 2).

Nessa perspectiva, uma provável negligência por parte dos profissionais responsáveis pelo processo de avaliação e coleta dos dados, pode resultar em agravos à saúde do idoso. Ademais, ao passo que o diagnóstico é feito, o monitoramento da doença e avaliação da incapacidade física são imprescindíveis para um bom prognóstico, pois tal erro implica em um tratamento mais longo que o necessário, aumentando a exposição do paciente.²²⁻²³

Gráfico 1. Distribuição do número de casos de hanseníase por sexo, segundo a classificação operacional na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco, 2005-2014.

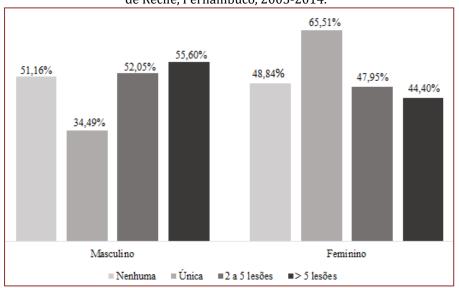


Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). 2005-2014. n=1529

Acerca das lesões cutâneas, características da hanseníase, destaca-se no gráfico 2 o elevado percentual de idosas com única lesão, ao passo que o sexo masculino prevalece com 2 a 5 lesões. De acordo com a classificação operacional, cujo é baseada nos sinais e sintomas da doença, a hanseníase paucibacilar é caracterizada por casos com até cinco lesões cutâneas, enquanto que a multibacilar conceitua casos com mais de 5 lesões.¹

Dessa forma, certificando que, o número de lesões está diretamente relacionado à classe operacional em que ela está inserida. Ademais, quanto à identificação de uma maior porcentagem da classe multibacilar nos idosos, associadas a um maior número de lesões, essa categoria pode ser considerada uma repercussão decorrente do diagnóstico tardio da hanseníase.¹ Além disso, visto que os idosos do sexo masculino foram predominantes nos casos multibacilares, podendo ser justificado pelo fato de que os homens demoram mais para procurar o serviço de saúde, do mesmo modo que costumam faltar as consultas/retornos, dificultando a resolutividade do quadro clínico.¹¹

Gráfico 2. Índice de lesões em idosos afetados com hanseníase de acordo com sexo. Região Metropolitana de Recife, Pernambuco, 2005-2014.



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). 2005-2014. n=1529.

Quanto ao esquema de tratamento, a tabela 3 revela que a maioria dos idosos mostraram a maior frequência no regime PQT/MB/12 doses (52,74%), principalmente no ano de 2006, quando comparados aos de PQT/PB/6 doses (47,26%), cujo teve maior índice em 2009.

Tabela 3. Esquema de tratamento de idosos afetados com hanseníase em termos diagnóstico e atual.

Região Metropolitana de Recife. Pernambuco. 2005-2014.

		rtegrat	, interior	onicana	ac receire,	1 CI IIGIII	Daco, ao	00 =011	•			
	Ano											
Variáveis	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total n (%)	
Esquema de tratamento no diagnóstico (%)												
PQT/PB/6 doses	13,57	11,94	6,92	8,96	12,62	10,31	9,77	7,73	8,68	9,5	737 (48,20)	
PQT/MB/12 doses	11,24	12,12	9,72	9,34	11,49	8,71	10,48	10,1	9,47	7,32	792 (51,80)	
Esquema de tratamento atual (%)												
PQT/PB/6 doses	13,52	11,89	6,83	9,02	12,57	10,11	9,97	7,79	8,74	9,56	732 (47,87)	
PQT/MB/12 doses	11,29	12,17	9,79	9,28	11,54	8,91	10,29	10,04	9,41	7,28	797 (52,13)	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). 2005-2014. n=1529.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) do Brasil, o tratamento adotado para pacientes com hanseníase é a poliquimioterapia, uma associação de Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. Essa associação apresenta efeitos bactericidas e, desse modo, não há a possibilidade de o bacilo infectar outras pessoas, rompendo a cadeia de transmissão da doença. Para que esse tratamento tenha resultados positivos os esquemas terapêuticos são padronizados, de acordo com a classificação operacional, sendo assim, 6 cartelas para os casos paucibacilares e 12 cartelas para os multibacilares.²⁴

Consoante aos resultados do estudo, nota-se que os índices de tratamento da hanseníase são equivalentes, com redução discreta a depender dos anos. Isso evidencia que, possivelmente, o esquema terapêutico está sendo mais longo do que o necessário e que os idosos não estão efetuando o tratamento de forma correta.

Para tal fim, o enfrentamento dessa doença deve compreender além dos fatores patogênicos, alcançando desde a aceitação da população até o suporte dos gestores de saúde, uma vez que os portadores e seus familiares desenvolvem reações psicológicas negativas associadas ao desconhecimento da hanseníase, resultando na baixa autoestima, ao medo da morte e ao afastamento social, dificultando a concretização das intervenções nessa população.¹⁹

4. CONCLUSÃO

Com esse estudo foi possível obter um panorama dos casos de hanseníase da região metropolitana do Recife. Os resultados indicaram que houve predominância pelo sexo feminino, principalmente nos casos paucibacilares, todavia, o sexo masculino prevalecia nos casos multibacilares.

Com relação ao grau de incapacidade, houve um aumento nos índices de Grau 0 e uma redução nos índices de Grau I e II, corroborando o fato de que os idosos do estudo não manifestaram complicações concernentes à incapacidade física. No entanto, acentua-se o elevado percentual de casos não avaliados nos períodos de diagnóstico e atuais nessa variável, o que aponta para uma provável negligência por parte dos profissionais responsáveis pelo processo de avaliação e coleta dos dados.

Para mais, além do controle da doença, os cuidados aos idosos com hanseníase devem estar direcionados nos contextos social e psicológico, considerando que, para muitos desses indivíduos infectados, o estigma da hanseníase constitui uma dificuldade para a aceitação e adesão ao tratamento. Portanto, deve-se investir no acompanhamento desses idosos com hanseníase com base na promoção da qualidade de vida e prevenção por incapacidades geradas por esta afecção.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf
- [2] Viana LS, Aguiar MIF, Aquino DMC. Perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase: contribuições para a enfermagem. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J., Online). [Internet]. 2016; 8(2):4435-46. Disponível em: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4435-4446
- [3] Nogueira PSF, Marques MB, Coutinho JFV, Maia JC, Silva MJ, Moura ERF. Fatores associados à capacidade funcional de idosos com hanseníase. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2017; 70(4):744-51. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0091
- [4] Silva ACM, Cunha JM, Marques MB, Nogueira PSF, Coutinho JFV. Perfil clínico de idosos com hanseníase no estado do Ceará. *In*: XXXV Encontro de Iniciação Científica, 2016; Fortaleza. Revista Encontros Universitários da UFC: Fortaleza, 2016, p. 1605. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/eu/article/view/18218
- [5] Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela estratégia de saúde da família. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2015; 20(8):2489-98. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11742014
- [6] Basso ME, Silva RL. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em uma unidade de referência. Rev Soc Bras Clin Med. [Internet]. 2017; 15(1):27-32. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/833138/27-32.pdf
- [7] G1 Pernambuco. Dia D da campanha contra hanseníase ocorre nesta terça, no Recife. [Internet]. 2017. Disponível em: https://g1.globo.com/pernambuco/noticia/dia-d-da-campanha-contra-hanseniase-ocorre-nesta-terca-no-recife.ghtml
- [8] Ferreira LOC, Andrade AR, Santos TMF, Melo MCB, Rocha TTA. Prevalência de hanseníase em mulheres privadas de liberdade na região metropolitana do Recife em 2013. Saúde e Pesqui. [Internet]. 2016; 9(2):227-33. Disponível em: https://doi.org/10.17765/2176-9206.2016v9n2p227-233
- [9] Ministério da Saúde (BR). Datasus. TabNet Win32 3.0: Acompanhamento dos dados de Hanseníase Pernambuco. [Internet]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/hanseniase/cnv/hanswpe.def
- [10] Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
- [11] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2006 out 20; Seção 1; p. 142.
- [12] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm
- [13] Avelino e Sarmento AP, Pereirão AM, Ribeiro F, Castro JL, Almeida MB, Ramos NM. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). Rev Soc Bras Clin Med. [Internet]. 2015; 13(3):180-4. Disponível em: http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/152/148
- [14] Viana LS, Aguiar MIF, Silva IR, Coutinho NPS, Aquino DMC. Relações sociais e dimensões íntimas de idosos afetados por hanseníase. Cogitare Enferm. [Internet]. 2015; 20(4):717-24. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41587
- [15] Maia JC, Nogueira PSF, Marques MB, Silva ACM da, Coutinho JFV. Avaliação da capacidade funcional de idosos com hanseníase. *In*: XXXV Encontro de Iniciação Científica, 2016; Fortaleza. Revista Encontros Universitários da UFC: Fortaleza, 2016, p. 861. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/eu/article/view/17474
- [16] Porciúncula RCR, Carvalho EF, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol. [Internet]. 2014; 17(2):315-25. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200009
- [17] Chaves AEP, Medeiros SM, Lana FCF, Araújo KMFA, Oliveira AR. Hanseníase em idosos no Nordeste do Brasil. *In*: Anais do IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 2015; Campina Grande. Campina Grande: Realize Eventos & Editora; 2015, p.1-11. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA2_ID738_18082015165835.pdf
- [18] Gracie R, Peixoto JNB, Soares FBR, Hacker MAVB. Análise da distribuição geográfica dos casos de hanseníase. Rio de Janeiro, 2001 a 2012. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2017; 22(5):1695-704. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.24422015

- [19] Neta OAG, Arruda GMMS, Carvalho MMB, Gadelha RRM. Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Promoç Saúde. [Internet]. 2017; 30(2):239-48. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.p239
- [20] Araújo KMFA, Lana FCF, Paz LFA, Chaves AEP, Medeiros SM. Hanseníase: a visibilidade da doença no idoso. *In*: Anais do IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano; 2015; Campina Grande. Campina Grande: Realize Eventos & Editora; 2015, p.1-11. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA2_ID1797_26072015140049. pdf
- [21] G1 Economia. Mais de um terço dos aposentados continua trabalhando, diz pesquisa. [Internet]. 2016. Disponível em: http://g1.globo.com/economia/seu-dinheiro/noticia/2016/09/mais-de-um-terco-dos-aposentados-continua-trabalhando-diz-pesquisa.html
- Uchôa REMN, Brito KKG de, Santana EMF, Soares VL, Silva MA da. Perfil clínico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase. Rev Enferm UFPE On Line. [Internet]. 2017; 11 (Supl. 3):1464-72. Disponível em: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201719
- [23] Mendes AO, Costa CEG, Silva RC, Campos SA, Cunha VMG, Silva GC, et al. Caráter clínico-epidemiológico e grau de incapacidade física nos portadores de hanseníase no município de Barbacena MG e macrorregião no período de 2001 a 2010. Rev Med Minas Gerais. [Internet]. 2014; 24(4):486-94. Disponível em: http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20140140
- [24] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília DF; 2016. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev16-web.pdf

Incidência da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) em um município da Amazônia Brasileira, no período de 2015 a 2019

Guilherme Henrique Nascimento Alves Davi Caldas dos Santos Rainny Beatriz Sabóia de Oliveira Helen Carla Sabóia de Oliveira Leandro de Assis Santos da Costa Nara Macedo Botelho

Resumo: Objetivo: mostrar a incidência epidemiológica da Leishmaniose Tegumentar Americana no município de Tucuruí – PA e sua região, no período de 2015 a 2019, determinando a incidência, a frequência e a distribuição espacial dos casos de leishmaniose a partir de dados notificados. Método: trata-se de uma pesquisa retrospectiva com abordagem quantitativa e descritiva, centrada na busca de dados epidemiológicos relevantes para análise. Os dados foram colhidos na base de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN/DATASUS) e na Vigilância Epidemiológica do município de Tucuruí. Resultados: percebeu-se diminuição da incidência de LTA entre os anos de 2015 e 2019. Observou-se que predominou o sexo masculino, com 152 casos; na análise do local de residência, destacaram-se os casos notificados dentro da zona urbana, 131, seguida da zona rural, com 48; quanto ao local da provável infecção, Tucuruí se destaca com 57 casos de infecções autóctones. Conclusão: LTA é um problema de saúde pública, atingindo, principalmente, populações com baixo desenvolvimento educacional. Ademais, o mau preenchimento das fichas de notificação dificulta a aquisição de dados e a realização de intervenções que auxiliem na promoção e controle da doença.

Palavras-chave: Epidemiologia. Leishmaniose. Vigilância. Tucuruí-PA

1. INTRODUÇÃO

A leishmaniose tegumentar americana é uma doença de evolução crônica que acomete a pele e as mucosas do nariz, da boca, da faringe e da laringe. É causada por protozoários do gênero Leishmania e transmitida por insetos conhecidos genericamente como flebotomíneos (FERREIRA, M.S, 2015).

Segundo Brasil 2010, esta era inicialmente considerada zoonose de animais silvestres, que acometia ocasionalmente pessoas em contato com florestas, a LTA começa a ocorrer em zonas rurais já praticamente desmatadas e em regiões periurbanas. Observa-se a coexistência de um duplo perfil epidemiológico, expresso pela manutenção de casos oriundos dos focos antigos ou de áreas próximas a eles, e pelo aparecimento de surtos epidêmicos associados a fatores decorrentes do surgimento de atividades econômicas, como garimpos, expansão de fronteiras agrícolas e extrativismo, em condições ambientais altamente favoráveis à transmissão da doença.

Assim, a realização deste trabalho vem com o intuito de mostrar e destacar a incidência da leishmaniose tegumentar americana no município de Tucuruí-PA, no período de 2015 a 2019, mostrando dados e fatores que justificam com a vivência e características da região durante este período.

2. OBJETIVOS

Mostrar a incidência epidemiológica da Leishmaniose Tegumentar Americana no município de Tucuruí – PA e sua região, no período de 2015 a 2019, através de informações do sistema de informações de Agravos de Notificações (SINAN/DATASUS) e da Vigilância epidemiológica do município de Tucuruí, determinando a incidência, a frequência e a distribuição espacial dos casos de leishmaniose a partir de dados notificados.

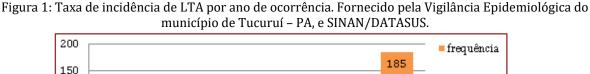
3. MÉTODO

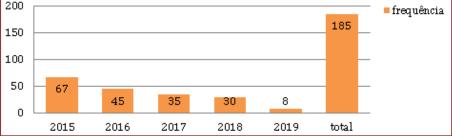
Trata-se de uma pesquisa retrospectiva com abordagem quantitativa e descritiva, centrada na busca de dados epidemiológicos relevantes para análise. As pesquisas quantitativo-descritivas se delimitam em investigações de busca de dados relevantes que tem como finalidade análise de dados, fenômenos, variáveis, dentre outros. Podem ser realizadas técnicas formais que se aproximam de estudos experimentais, caracterizados pela obtenção de dados estatísticos, com o objetivo de averiguar as hipóteses (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Os dados foram colhidos na base de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN/DATASUS) e na Vigilância Epidemiológica do município de Tucuruí, buscando uma descrição do perfil epidemiológico - sexo, localidade, escolaridade, zona, frequência anual de casos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebeu-se diminuição da incidência de LTA entre os anos de 2015 e 2019. Durante todo esse período ocorreram 185 casos, como se observa na Figura 1.





É notório a predominância do sexo masculino, com 152 casos; a hegemonia do sexo justifica-se principalmente pelo fato dos homens serem mais expostos em suas atividades diárias, adquirindo um maior contato com o vetor.

Quanto à escolaridade, é prevalente a faixa do 4° ao 9° ano incompleto do ensino fundamental, com 40 casos; tais índices observados nesta variável, caracteriza-se por acometer pessoas com baixo nível sócio econômico, desta forma, pessoas com pouca escolaridade estão mais passíveis de serem acometidas por doenças consideradas negligenciadas, igualmente ocorre na LV, a educação também influencia na incidência da doença, uma vez que a maior parte dos indivíduos (aproximadamente 70% [129 indivíduos]) apresenta um baixo nível de escolaridade, ou não completaram o ensino fundamental.

Na análise do local de residência, destacaram-se os casos notificados dentro da zona urbana, 131, seguida da zona rural, com 48, evidenciado na Figura 2.



Figura 2: Frequência por zona de residência de LTA. Fornecido pela Vigilância Epidemiológica do município de Tucuruí – PA, e SINAN/DATASUS.

Quanto ao local da provável infecção, os fatores responsáveis por esses resultados incluem desde o processo migratório, baixa condição socioeconômica da população, desmatamentos para a construção de assentamentos, estradas, dentre outros que contribuem para a destruição e invasão do habitat do mosquito vetor da Leishmaniose, em Tucuruí se destaca com 57 casos de infecções autóctones, seguida por Pacajá, com 17 casos autóctones, observados na figura 3.

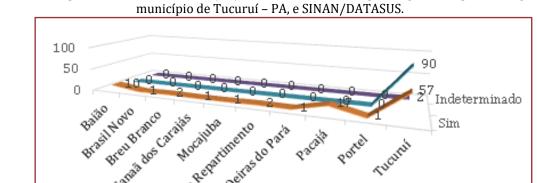


Figura 3: Local provável da fonte de infecção/autoctonia. Fornecido pela Vigilância Epidemiológica do município de Tucuruí – PA, e SINAN/DATASUS.

5. CONCLUSÃO

A LTA não é um agravo que ocorre esporadicamente no município de Tucuruí, caracterizando um problema de saúde pública, atingindo, principalmente, a população de homens que moram em zonas urbanas e possuem baixo desenvolvimento educacional. Logo, é preciso que ações educativas sejam constantemente realizadas a tal grupo de pessoas, bem como a assistência à saúde não seja negligenciada, haja em vista que existem graves prognósticos para a LTA. Ademais, o mau preenchimento das fichas de notificação dificulta a aquisição de dados e a realização de intervenções que auxiliem na promoção e controle da doença.

FINANCIAMENTO

Esta pesquisa foi financiada pelos acadêmicos e orientadores deste projeto.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA; ET AL. AMERICAN CUTANEOUS LEISHMANIASIS: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE IN THE MUNICIPALITY OF RIO BRANCO ACRE (2007-2015). SOUTH AMERICAN JORNAL DE EDUCAÇÃO BÁSICA, ISSN: 2446-4821 V.5 ANO 2018 P.20-31
- [2] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso 8. ed. rev. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- [3] BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatisticas IBGE. Disponivel em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/tucurui/panorama. Acesso em 19 de Novembro de 2019
- [4] XAVIER; ET AL. LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA: estudo clínico-epidemiológico. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 1210-1222, ago./dez. 2016.

Perfil epidemiológico das exposições provocadas por potenciais transmissores da raiva em humanos do município de Tucuruí/Pará

Geovana de Nazaré Gonçalves Cardoso Keise Helaine Moreira da Silva Pinto Cláudia Cristina Pinto Girard

Resumo: Este trabalho foi realizado no município de Tucuruí-PA, aborda sobre o perfil das pessoas agredidas por potenciais transmissores da raiva. A raiva é uma doença infectocontagiosa viral aguda que atinge os mamíferos, dentre estes o homem, causando encefalite aguda. Possui uma alta letalidade e sua transmissão está diretamente ligada aos vetores que estão divididos entre mamíferos terrestres e aéreos. A infecção ocorre através da mordida, arranhão ou lambedura de animais contaminados pelo vírus. Esta enfermidade é um grave problema de saúde pública (BRASIL, VERONESI, 2015). Assim, a mesma continua sendo uma problemática a saúde que ainda atinge diversas populações. Estudos apontam que a cada 10 a 15 minutos uma pessoa morre de raiva. Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma enfermidade negligenciada, visto que mata silenciosamente (LEÃO, 2013; VERONESI, 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a raiva como uma enfermidade preocupante, devido ao seu alto grau de letalidade. Está presente em mais de 150 países e cerca de 60 mil pessoas morrem no mundo devido à doença (BRASIL, 2016b). Estes impactos produzem alto custo social e econômico, principalmente nos países em desenvolvimento, onde são estimados gastos em torno de 50 milhões de dólares anuais para o controle e vigilância da raiva na América Latina (ROCHA, 2014). Diante do exposto sabe-se que essa patologia produz despesas elevadas e possui alta letalidade. Argumenta-se que o estudo sobre essa temática permite a avaliação e o aprimoramento dos serviços de assistência e de vigilância epidemiológica, promovendo subsídios para indicação segura e correta do tratamento profilático e o direcionamento das ações preventivas e de controle, tanto individuais quanto coletivas (VELOSO et al., 2011a; ALENCAR e CAVALCANTE, 2018). O presente estudo objetivou identificar o Perfil Epidemiológico das Exposições Ocasionadas Por Potenciais Transmissores da Raiva em Humanos do Município de Tucuruí-PA. Utilizou-se como metodologia um estudo documental retrospectivo com abordagem quantitativa. Os resultados dessa pesquisa evidenciaram o sexo masculino como principais vítimas de agressões, a raça parda como a mais predominante, e o cachorro como principal agressor durante os ataques. Conseguiu-se alcançar os objetivos propostos no estudo, e foi observado um número preocupante de agressões, isso demonstra que ações de educação em saúde que visem reduzir esses índices, sendo assim devem ser implementadas medidas que possibilitem melhorar a saúde no município e evitar um possível reaparecimento e surto dessa doença.

Palavras-Chave: Perfil, Raiva, incidência, Agressões e Potenciais Transmissores.

1. INTRODUÇÃO

A raiva é uma doença infectocontagiosa viral aguda que atinge os mamíferos, dentre estes o homem, causando encefalite aguda. Possui uma alta letalidade e sua transmissão está diretamente ligada aos vetores que estão divididos entre mamíferos terrestres e aéreos. A infecção ocorre através da mordida, arranhão ou lambedura de animais contaminados pelo vírus. Esta enfermidade é um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2017a; VERONESI, 2015).

Este agravo, continua sendo um problema para a saúde pública, pois atinge diversas populações. Estudos apontam que a cada 10 a 15 minutos uma pessoa morre de raiva. Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma enfermidade negligenciada, visto que mata silenciosamente (LEÃO, 2013; VERONESI, 2015).

Rocha (2014), ao analisar a situação epidemiológica da raiva no Brasil, afirma que a prevenção ainda é um grande desafio para o setor da saúde no país, apesar da existência de dois casos de cura relatados na literatura. A OMS classifica a raiva como uma enfermidade preocupante, devido ao seu alto grau de letalidade. É incidente em mais de 150 países e cerca de 60 mil pessoas morrem no mundo, portanto a medida mais eficaz para seu controle é a vacinação e a educação em saúde, preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

O impacto da doença produz alto custo social e econômico, principalmente nos países em desenvolvimento, onde são estimados gastos em torno de 50 milhões de dólares anuais para o controle e vigilância da raiva na América Latina (ROCHA, 2014). Diante do exposto sabe-se que essa patologia produz despesas elevadas e possui alta letalidade. Argumenta-se que o estudo sobre essa temática permite a avaliação e o aprimoramento dos serviços de assistência e de vigilância epidemiológica, promovendo subsídios para indicação segura e correta do tratamento profilático e o direcionamento das ações preventivas e de controle, tanto individuais quanto coletivas (VELOSO et al., 2011a; CAVALCANTE e ALENCAR, 2018). Portanto, o conhecimento da epidemiologia é de suma importância para a eficácia do planejamento dos serviços de saúde no controle e combate deste agravo. Dessa forma, esta temática é relevante para melhorar a promoção da saúde do país (VICENTE, 2016). Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo, identificar o perfil epidemiológico das exposições provocadas por potenciais transmissores da raiva em humanos do município de Tucuruí no Pará.

2. METODOLOGIA

Para responder a problemática e alcançar o objetivo proposto, trata-se de um estudo documental retrospectivo com abordagem quantitativa. Marconi e Lakatos (2010) caracterizam a pesquisa documental na qual a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não. Para Richardson (2007), o método quantitativo caracteriza-se pela quantificação dos dados coletados, seja na coleta de informações ou na análise delas por meio de técnicas estatísticas, tem como finalidade garantir a precisão dos dados para evitar distorções de interpretação ao máximo. O presente estudo foi desenvolvido no município de Tucuruí, município com uma população estimada de 112.148 habitantes, localiza-se, às margens do rio Tocantins no Sudeste do Estado do Pará (IBGE, 2018). Nessa cidade o serviço de Profilaxia da Raiya Humana encontra-se descentralizado em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco das quais são centros de saúde (Centro de Saúde do Bairro do Getat, Mercedes Barroso, Terra Prometida, Liler Leão das Mercês Creão, Cohab e Centro de Saúde das Ilhas que realizam notificações e vacinas, e uma unidade hospitalar que notifica, administra soroterapia e encaminha os usuários para a UBS mais próxima, para o acompanhamento do caso. A pesquisa foi realizada por meio de dados secundários fornecidos pelo Departamento de Vigilância em Saúde de Tucuruí (localizado na Rua C. Bairro Jardim Paraíso), onde foram coletados dados notificados no SINAN (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO) a respeito dos casos de agressões por potenciais transmissores da raiva. Os participantes do estudo foram, os casos notificados por agressões por vetores da raiva, durante os anos de janeiro de 2014 a dezembro de 2018 no âmbito urbano e rural do município de Tucuruí. Foram incluídos nesse estudo os casos notificados de acordo com os seguintes critérios: Agressões por vetores da raiva entre o período de 2014 a 2018; Casos de agressão a moradores de Tucuruí e Notificação com tratamento pós - exposição. Foram excluídos os que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

As variáveis analisadas foram: o sexo, a raça, o tipo de ferimento e espécie de animal agressor. No entanto, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e somente após a autorização foi iniciada a pesquisa, sendo assim o estudo foi aprovado pelo CEP sob o CAAE 19000819.1.0000.5170.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado do estudo evidenciou as seguintes variáveis: sexo, raça, tipo de ferimento e espécie de animal agressor. Em relação à variável sexo dos usuários (Gráfico 1), verificou-se que houve uma predominância de 57,6% (951) de registros do sexo masculino contrapondo-se 42,4 % (699) do sexo feminino. O estudo de Carvalho, 2011, demonstrou resultado semelhante ao encontrado, verificando-se o predomínio de registro do sexo masculino. Os estudos de outros autores como Veloso, 2011 e Carvalho *et al*, 1997, também corroboram com este resultado. No entanto, uma pesquisa realizada por Vasconcelos, 2017, contrapôs ao estudo demonstrando o sexo feminino com maior percentual.

Acredita-se que as pessoas do sexo masculino tenha maior risco de agressões por cães e, assim sendo o de contrair a raiva, devido ao fato deste gênero ter maior contato com os animais, estarem mais tempo fora de casa, tendo atitudes e brincadeiras que podem estimular à agressão Supõe-se que o sexo masculino tenha maior risco de agressões por cães e, consequentemente, de contrair a raiva, devido ao fato de terem maior contato com os animais, estarem mais tempo fora de casa, tendo atitudes e brincadeiras que podem estimular à agressão. As meninas, em contrapartida, costumam desenvolver brincadeiras dentro do domicílio, expondo-se menos às agressões (VELOSO, 2011).

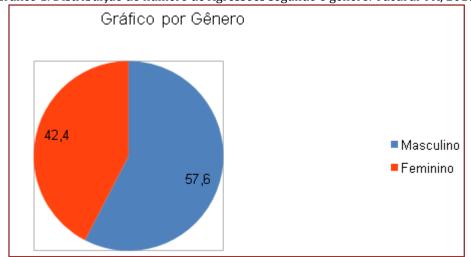
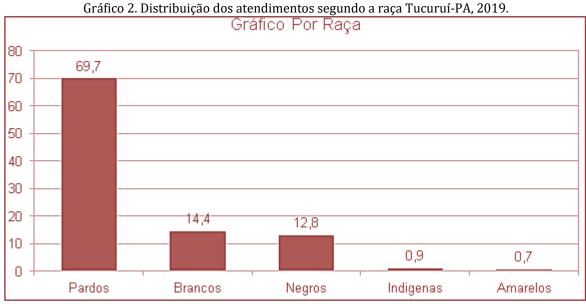


Gráfico 1. Distribuição do número de Agressões segundo o gênero. Tucuruí-PA, 2019.

Em relação à variável raça, conforme o Gráfico 2, os dados demonstraram que 69, 7 % (1151) foram de registro de pardos; 14,4 % (238) de brancos; 12,8 % (212) de negros; 1,2 % (21) de indígenas; 0,7 % (12) se declararam como amarelo, 0,9 % (16) e foram ignoradas a classificação de raça. Os resultados encontrados em nosso estudo divergem do estudo realizado em Porto Alegre – RS realizado por Veloso *et al*, 2011, onde 80,9% de indivíduos eram brancos, 10,9% negros e 7,5% pertenciam a raça parda, enquanto que outras raças (amarela e indígena) juntas ficaram com uma representatividade de 0,6%. Segundo Abreu (2014) a divergência pode ser explicada devido ao processo de colonização, ou seja, algumas regiões brasileiras são caracterizadas com uma população de determinada raça, sendo assim cada região possui suas particularidades.



Em relação ao animal agressor os dados demonstraram que a agressão por cães foi preponderante com 81,6 % (1347); seguida por 9,2 % (153) de agressões por felinos; 3,6 % (60) por macacos; 2,3 % (38) morcegos, 0,1 % (2) eram herbívoro doméstico, 3 % (50) classificado como outros agressores. Os estudos realizados por Vasconcelos, (2017); Veloso et al, (2011); Silva et al, (2013) e Correa et al, (2014) corroboraram com o resultado encontrado nessa pesquisa, demonstrando as agressões por mordeduras caninas como a mais prevalente, seguida pelas agressões felinas como os principais acidentes que envolveram os atendimentos antirrábicos. É provável que estas agressões tenham por maiorias estes animais devido ao contato cada vez mais estreito entre seres humanos e essas espécies (SILVA et al, 2013).

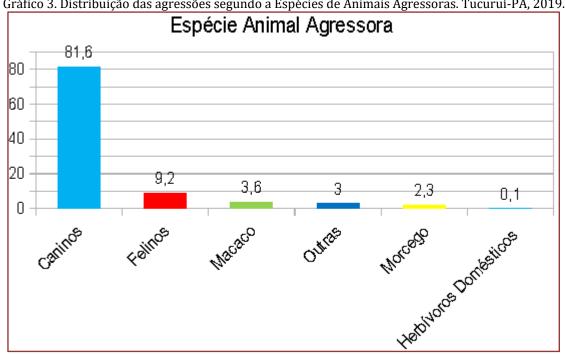


Gráfico 3. Distribuição das agressões segundo a Espécies de Animais Agressoras. Tucuruí-PA, 2019.

Quanto ao tipo de exposição o Gráfico 4 demonstrou que 91,8 % (1515) foram agredidos com mordeduras; 16,8 % (278), com arranhaduras, 5 % (83) relataram lambeduras e 0,7% (13) foram contato indireto. É importante enfatizar que o número de exposições é superior ao quantitativo de agredidos tendo em vista que uma única vítima pode sofrer agressão com múltiplos ferimentos. Um estudo realizado por Silva et al em Pernambuco entre 2007 a 2010 demonstrou que a mordedura foi o tipo de exposição mais comum com 81,3% seguida das arranhaduras comparando-se aos resultados encontrados na nossa pesquisa (SILVA et al., 2013). Acredita-se, que as mordeduras lideram como principal tipo de exposição, devido as vítimas crerem que estas, são a forma mais provável de adquirirem a raiva humana, ou devido aos ferimentos causados pela mordedura.



Gráfico 4. Distribuição das Agressões segundo as Exposições. Tucuruí-PA, 2019.

4. CONCLUSÃO

A raiva é uma doença considerada em controle no Brasil. entretanto nos últimos anos, ainda têm sido evidenciado óbitos humanos, e os índices de agressões por animais potenciais transmissores da raiva apresentam aumento na incidência (VELOSO *et al* 2011). Nesse sentido, acredita-se que existam estratégias fundamentais a serem implementadas, tais como: a vigilância os animais e da saúde humana; a educação em saúde sobre a promoção e prevenção; medidas que fortaleçam a posse responsável de animais e a qualificação do sistema de notificações e informações. Portanto o perfil epidemiológico evidenciado neste estudo, pode contribuir com ações de planejamento da Atenção Básica e da Vigilância Epidemiológica para fortalecerem a medidas de educação em saúde para diminuição dos índices de agressões no município, para a evitar o surgimento da raiva humana (VELOSO,2011).

REFERÊNCIAS

- [1] ABREU, Nilza Assunção. Perfil epidemiológico do cliente no atendimento antirrábico humano em Teresina-PI. Revista interdisciplinar, v. 7, n. 2, p. 103-111, 2014.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 2. Ed. Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico2017.pdf acesso em: 10 de agosto de 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf acesso em: 24 de mai. de 2019.
- [4] CARVALHO, W. et al.. Características do atendimento prestado pelo serviço de profilaxia da raiva humana na rede municipal de saúde de Maringá-Paraná, no ano de 1997. Informe Epidemiológico do SUS, v. 11, n. 1, p. 25-35, 2002.
- [5] CAVALCANTE, K. K. S.; ALENCAR, C. H. Raiva humana: avaliação da prevalência das condutas profiláticas pósexposição no Ceará, Brasil, 2007- 2015. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 27, n. 4, e2017547, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextπd=S223796222018000400310&lng=pt&nrm=iso. acessos em 16 abr. 2019. Epub 29-Nov2018. http://dx.doi.org/10.5123/s1679-4974201800040009.
- [6] CORREA, M. A. et al. Caracterização dos casos de atendimentos anti-rábicos humanos na cidade de Maringá, PR. Sigmae, v. 3, n. 2, p. 16-24, 2014.
- [7] LEÃO, R. N. Q (Ed.). Medicina tropical e infectologia na Amazônia. Belém: Samauma, 2013. 1595 p.
- [8] ROCHA, S. M. Raiva silvestre: o perfil epidemiológico no Brasil (2002 a 2012).
- [9] 2014.Disponível em: http:repositorio.unb.br > bitstream > 2014_SileneManriqueRocha. Acesso em maio de 2019.
- [10] RICHARDSON, R.J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3 ed., São Paulo: Atlas, 2007.
- [11] SILVA, G. M. da et al. Notificações de atendimento antirrábico humano na população do município de Garanhuns, Estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2007 a 2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 22, n. 1, p. 95-102, 2013.
- [12] VELOSO, R. D. et al. Perfil epidemiológico do atendimento antirrábico humano em Porto Alegre, RS, Brasil. Ciência & saúde coletiva, v. 16, p. 4875-4884, 2011a. Disponível em:www.scielosp.org/scielo.php?pid=S141381232011000200017&script=sci_arttet acesso em maio de 2019
- [13] VERONESI, R.Tratado de Infectologia. 5. ed. Abc: Atheneu, 2015.
- VICENTE, J. A importância da epidemiologia para o enfermeiro. Anais da Semana Acadêmica e Mostra Científica de Enfermagem, n. 1, 2016. Disponível em: https://editora.unoesc.edu.br/index.php/anaissamcenf/article/view/9624/6593. Acesso em 02 de novembro de 2018
- [15] VASCONCELLOS, Jaíne Soares de Paula et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos antirrábicos humanos pós-exposição no município de Santa Maria, RS, Brasil. 2017.

O cuidado dos enfermeiros às lesões de pele em pacientes críticos em um Hospital Público na cidade de Campina Grande – PB

Isabella Maria Filgueira Guedes Piancó Tamillys Macedo Cordeiro Isabella Barros Almeida Chirlaine Cristine Gonçalves

Resumo: As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são setores críticos do hospital destinados aos pacientes que necessitam de vigilância contínua e suporte terapêutico especializado, é um setor em que as condições clínicas alternam-se entre limites estreitos de normalidade/anormalidade. Devido a essa criticidade e o tipo de assistência prestada, outras alterações também que podem estar presentes, como por exemplo, as lesões de pele. A enfermagem deve realizar uma avaliação clínica diária minuciosa aos pacientes internados na UTI, sendo essa conduta de vital importância, levando em consideração o nível de gravidade e instabilidade clinica desses pacientes. A pesquisa teve como objetivos observar as principais ações de enfermagem prestada a paciente com lesão de pele na UTI; Constatar as principais lesões dermatológicas em pacientes internados na UTI, bem como Identificar as principais coberturas utilizadas no processo de cicatrização das lesões. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, realizada em um Hospital público do município de Campina Grande - PB, que chamamos de hospital X. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo proposta por Bardin, Os resultados foram apresentados sob a forma de narrativa dos discursos dispostos no instrumento da coleta empírica. Com relação aos cuidados prestados aos pacientes quando ele chega a UTI encontrou-se duas categorias: É feito monitoramento e É realizado exame físico. Quando questionados sobre as lesões de pele mais frequentes seguiu-se três categorias: Lesões de politraumatizados (escoriações), Úlceras e Lesões cirúrgicas. No que se refere aos cuidados de enfermagem prestados a paciente internado na UTI e que apresentam lesões de pele gerouse três categorias: Realizam cuidados prescritos pelos médicos, Curativos (Apoio da Comissão de Curativos) e Limpeza da lesão. É necessário que o enfermeiro exerça de forma resolutiva sua função desde a admissão do paciente até a sua alta, e tenha o interesse e iniciativa de adquirir novos conhecimentos no intuito de ajuda-los nos seus cuidados diários às lesões cutâneas, buscando conhecer os novos produtos presentes no mercado, contribuindo dessa forma com os avanços e descobertas na realização de um tratamento eficaz.

Descritores: UTI. Lesões de pele. Enfermeiro

1. INTRODUÇÃO

A pele é o maior sistema orgânico do corpo. Forma uma camada de interação entre o nosso organismo e o meio externo, participando em algumas funções vitais, tais como: manutenção da homeostase, proteção das estruturas internas, percepção do meio externo e produção de vitamina D. A composição da pele é feita principalmente pela derme e epiderme (TEBCHERANI, 2010).

Os pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são aqueles graves e de alto risco, onde as condições clínicas alternam-se entre limites estreitos de normalidade/anormalidade. Esses pacientes geralmente são submetidos a cirurgias de grande porte, onde sua recuperação pós-anestésica é efetivada na UTI, objetivando além da estabilização o auxílio as possíveis intercorrências decorrentes do estresse cirúrgico, podendo levar à deterioração grave na função através das mudanças orgânicas, geralmente homeostáticas como: hipotermia, alterações dos níveis pressóricos, arritmias cardíacas, desconforto respiratório, alterações hidroeletrolíticas e ácido-básicas, sangramentos, dentre outras. (BALSANELLI; ZANEI; WHITAKER, 2006).

Outras alterações também podem está presentes, as lesões de pele, por exemplo, podem se apresentar como: lesões mecânicas, laceradas, químicas, térmicas, lesões por eletricidade, por radiação, incisas, contusas, perfutantes, ulcera arterial, lesões vasculogênicas – pé diabético, úlcera por pressão, ulcera venosa, lesões oncológicas, fistulas, ulceras vasculogênicas, lesão de escalpelamento do couro cabeludo, lesões de psoríase vulgar (doença autoimune) e esclerodermia. (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2010).

Os cuidados prestados pela enfermagem aos pacientes internados em uma UTI se iniciam desde a observação direta e exame físico completo até a administração de medicamentos e controle de curativos, seja úmido ou especial, no intuito de evitar problemas dermatológicos. Os principais objetivos desse cuidado consistem em evitar lesões adicionais, prevenir complicações das lesões, traumas cirúrgicos ou feridas penetrantes, converter o processo inflamatório e atenuar os sintomas. (SMELTZER; BARE, 2009).

O enfermeiro que cuida de pacientes críticos, com ou sem fatores de risco que possam desenvolver algum tipo de lesão de pele, não é um simples cumpridor de rotinas, devendo no seu cotidiano buscar obter novos conhecimentos técnico-científico, através de cursos, congressos, especializações, atualizações, buscando novas informações para conduzir suas ações no cuidado a esse paciente, no que se refere às alterações hemodinâmicas ou na prevenção das lesões cutâneas. (SALOMÉ, 2010).

Apesar de atualmente já existirem vários tipos de capacitações e atualizações para o tratamento de feridas, alguns enfermeiros ainda não estão capacitados para realizar o tratamento de forma correta e eficaz.

Para realizar a escolha correta do curativo devem-se avaliar quais os fatores que estão relacionados à lesão, assim como os fatores relacionados ao paciente e também os curativos disponíveis, durabilidades, adaptações da pele e o uso, a fim de adequar o curativo a etapa de cicatrização, no intuito de acelerar tal processo, sem intercorrências como infecção (HESS, 2002).

Alguns pacientes, devido a sua vulnerabilidade, encontram-se mais susceptíveis ao desenvolvimento de alterações dermatológicas, é o que acontece, por exemplo, com pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, onde teremos além dos fatores fisiológicos que encontram-se alterados, como consciência, padrões respiratórios e circulatórios, nutrição, sinais vitais, teremos também fatores inerentes ao espaço físico da UTI, como baixa temperatura, restrição ao leito.

Dessa forma, o cuidado aos pacientes internados em UTI, deverá ter como um dos focos, principalmente a prevenção do aparecimento das úlceras por pressão, o que na maioria das vezes, surge por culpa da enfermagem, que em algum momento do cuidado negligenciou a assistência. Deve-se observar também o quadro do paciente, e se a instituição hospitalar disponibiliza material suficiente para realização da assistência.

Partindo deste pressuposto o presente estudo teve como objetivo geral identificar as principais lesões de pele encontradas em pacientes internados na UTI de um Hospital público da cidade de Campina Grande – PB, descrevendo as principais ações do enfermeiro na prestação do cuidado, e como específicos reconhecer as principais ações de enfermagem prestada a paciente com lesão de pele na UTI; constatar as principais lesões dermatológicas em pacientes internados na UTI e

identificar as principais coberturas utilizadas no processo de cicatrização das lesões.

Diante do exposto torna-se necessário a elaboração de pesquisas que tracem os cuidados que tem sido prestado aos pacientes críticos, com ou sem lesão prévia de pele, a fim de termos um perfil do cuidado prestado, evitando assim o surgimento de novas lesões ou retardando o processo de cicatrização das lesões existentes.

2. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. A Pesquisa foi realizada em um Hospital público do município de Campina Grande – PB, que chamamos de hospital X. A população foi constituída pelos enfermeiros que trabalham na UTI (Unidade de Terapia Intensiva), o que corresponde a 27 enfermeiros, sendo a amostra composta por 14 enfermeiros.

Os dados foram obtidos através da aplicação de um roteiro de entrevista a fim de atingir os objetivos propostos e analisados através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008). Os resultados foram apresentados sob a forma de narrativa dos discursos dispostos no instrumento da coleta empírica.

Para operacionalização da pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento – CESED, com parecer favorável (CEP/CAAE nº 10313312.3.0000.5175). A pesquisa seguiu as diretrizes emanadas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem direta ou indiretamente seres humanos.

As informações sobre a pesquisa (identificação da Pesquisadora, objetivo da pesquisa, relevância, metodologia) foram repassadas aos participantes, com a assinatura em seguida, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que os mesmos atestaram a voluntariedade de participação na pesquisa. Foi assegurado, aos participantes, o anonimato, quando da publicação dos resultados, bem como o sigilo de dados confidenciais. O termo foi impresso e assinado em duas vias e uma delas ficou em posse do participante da pesquisa.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra desse estudo foi formada por enfermeiros de uma instituição hospitalar, com o objetivo de caracterizar a população estudada, utilizou-se na coleta de dados a variável gênero, onde verificou-se que o total percentual 100% corresponde ao gênero feminino, 64,28% dos participantes está na faixa etária entre 20 e 30 anos, 42,85% estavam formados entre 5 a 10 anos, 42,85% está na UTI da instituição de 2 a 4 anos, 85,72% possuem algum tipo de especialização, porém apenas 28,57% se capacitou em UTI.

De acordo com as falas dos profissionais questionados, através das perguntas norteadoras desta pesquisa e assim dando continuidade à análise dos resultados, avaliamos os cuidados da equipe de enfermagem às lesões de pele em pacientes críticos, seus conhecimentos quanto aos biomateriais e o uso dos mesmos.

No que se refere aos "cuidados prestados aos pacientes quando ele chega a UTI", encontramos duas categorias, sendo elas: I- É feito monitoramento; II- É realizado exame físico.

CATEGORIA I - É FEITO MONITORAMENTO

Sabe-se que uma das prioridades a ser realizada ao paciente quando ele chega à UTI é o monitoramento, pois através dele a equipe poderá observar os sinais vitais, SPO2 (saturação de oxigênio no sangue), frequência cardíaca, instalar ventilação mecânica, medicação, dentre outros, que são dados importantes para se saber o estado do paciente e quais as condutas que deverão ser realizadas a ele.

"quando ele chega, a gente muda de uma maca para o leito, ai monitora ele que como é um paciente de UTI tem que coloca-lo no ventilador, ai a gente faz a admissão, a enfermagem, no caso a gente olha qual o quadro clinico dele, e geralmente a gente olha se tem alguma lesão de pele...". (E01).

"primeiro a monitorização do paciente, botando no monitor, no oxímetro, se o paciente não tiver no respirador, instalar o respirador, coloca O2, medicações. Depois de instalado no leito, a gente faz a admissão, vê como tá a pele, se tá integra se não tá, se tem alguma lesão...". (E06).

Segundo Dias et al. (2006) a monitorização é imprescindível na manipulação do paciente em UTI, e é o intensivista quem deve fazer a escolha da monitorização adequada de cada paciente, de acordo com o risco-benefício da técnica, devendo estar atento aos resultados presentes durante a monitorização.

CATEGORIA II- É REALIZADO EXAME FÍSICO

Após a realização da monitorização, deve-se realizar o exame físico cefalocaudal, através da inspeção, palpação, percussão e ausculta. Através dele é que se poderá obter dados gerais sobre o paciente, incluindo o estado da pele do mesmo, se está integra ou apresenta algum tipo de lesão, seja essa cirúrgica ou não.

"sim, a gente faz o exame físico no paciente, avalia se a pele tá integra, se já tem alguma ulcera, se tem alguma equimose, algum probleminha, mais avalia no geral, quanto a pele também". (E02).

"A gente faz o exame físico e aqui a gente também usa alguma prevenção de ulcera, ulcera de calcâneo e da região sacra também, a incidência de ulcera é bem pequena, bem pequena mesmo. Tem paciente que tá aqui a 1 mês mais ou menos e a incidência é bem pequena...". (E04).

"Fazemos avaliação física, exame físico, evolução, sinais vitais, vê se já tem alguma lesão na ... Se vier com curativo oclusivo do bloco a gente não mexe, deixa pra mexer no outro dia, dependendo da hora... Faz a gasometria e providencia os exames que o médico pedir". (E05).

Segundo Cunha (2006) a anamnese tem como importância a avaliação geral do paciente, e é através do exame físico que avaliamos a pele, verificando a existência de lesões cutâneas e diagnosticando qual o melhor tratamento para cada tipo de lesão, identificando o grau de contaminação, se há ou não presença de odor fétido, edemas, e ainda avaliar a necessidade de fazer uma análise da temperatura na região.

Além disso, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento das características normais dos órgãos e sistemas para então poder distinguir quais as anormalidades que foram detectadas durante todo o exame.

Posteriormente os profissionais foram questionados acerca das **"lesões de pele mais frequentes"**, seguindo as seguintes categorias: I- Lesões de politraumatizados (escoriações), II- Úlceras e III- Lesões cirúrgicas.

CATEGORIA I- LESÕES DE POLITRAUMATIZADOS (ESCORIAÇÕES)

O politraumatismo é causado quando há um atrito forte entre o corpo e algum objeto, como acontece, por exemplo, em acidentes de carros, moto, onde a pessoa, por muitas vezes, é arremessada, o que culmina geralmente em algumas fraturas pelo corpo. No intuito de evitar, sequelas o profissional deve realizar o atendimento de forma correta, buscando evitar possíveis complicações.

"... lesões de politraumatismo... pacientes politraumatizados... porém eles não permanecem muito tempo, são pacientes jovens que tem toda possibilidade de saída, todo prognostico de saída e em pouco tempo...". (E07).

"por se tratar de um hospital de trauma, existem muitas abrasões, lacerações, escoriações, são as que mais chegam aqui". (E10).

O politrauma é uma síndrome decorrente de lesões múltiplas, com reações sistêmicas sequenciais que podem levar a algumas falhas ou a disfunção de órgãos ou sistemas vitais não diretamente lesados pelo trauma, devendo o paciente ser considerado grave, podendo apresentar risco de vida. (CAMARGO et al.,

2004).

CATEGORIA II- ÚLCERAS

As úlceras por pressão ocorrem em locais que apresentem tecido mole infartado, ocasionado quando a pressão que é aplicada pela pele em um determinado intervalo de tempo é maior que a pressão exercida no fechamento normal do capilar, sendo essa de aproximadamente 32mmHg. Acomete principalmente pacientes acamados, e também os que fazem uso de cadeira de rodas em tempo prolongado. (SMELTZER; BARE, 2009).

"... ele geralmente tem ulcera de pressão, uma ulcera geralmente na região sacra, região do calcâneo as vezes, região trocanteana, mas nem sempre. Os pacientes as vezes desenvolve depois que estão aqui muito tempo acamado". (E02).

"... depende ... depende do tempo que ele permanece. Se ele progredir em pouco tempo não chega nem a lesionar não, mas se ele passar muito tempo ai lesiona sim, ulcera de pressão...". (E13).

Pacientes críticos estão mais vulneráveis a adquirir a Úlcera por Pressão, pois se encontram acamados, sem mobilidade, mantendo assim a pressão entre o corpo e a superfície. Ela pode se apresentar em diversas partes do corpo, como: região sacra, calcânea, trocanteana, couro cabeludo, úmero, dentre outros.

Segundo Brandão, Santos e Santos (2010), as úlceras por pressão ainda são um dos maiores descuidos da enfermagem, mesmo com tudo que já foi alcançado quando se trata de prevenções e tratamentos de feridas. Esse problema causa um dano grave ao paciente, levando-o ao sofrimento, além de aumentar os custos para o serviço de saúde. Para evitar tais danos, a enfermagem deve realizar a mudança de decúbito, realizar hidratação da pele íntegra, utilizar aliviadores de pressão, e fazer avaliação da pele constantemente.

CATEGORIA III- LESÕES CIRÚRGICAS

As lesões cirúrgicas são causadas por uma abertura no tecido e músculo utilizando-se algum instrumento cirúrgico, podendo essa lesão ser causada em qualquer parte do corpo. Estas encontram-se suturadas, devendo ser realizado os curativos corretos para que não haja nenhuma intercorrência como infecção, hemorragia ou deiscência, que são fatores que além de interferir no processo de cicatrização, podem agravar o estado do paciente.

"... paciente que vem do centro cirúrgico vem com incisão também, pós operatórios, geralmente é nesse estilo, de pós operatórios e lesões de pele, escoriações...". (E01).

"são mais as cirúrgicas viu...". (E05).

Para Silva et al. (2010) a ferida cirúrgica é um tipo de lesão de pele aberta e intencional, podendo ser classificada como limpa, potencialmente contaminada, contaminada ou infectada, sua cicatrização vai depender das técnicas que forem realizadas, podendo variar através das características da lesão. Um dos motivos de maior preocupação dos profissionais que trabalham diretamente com esse paciente é a infecção na ferida.

No que se refere aos "cuidados de enfermagem prestados a paciente internado na U.T.I. e que apresentam lesões de pele" gerou-se três categorias: I- Realizam cuidados prescritos pelos médicos, II-Curativos (Apoio da Comissão de Curativos) e III- Limpeza da lesão.

CATEGORIA I- REALIZAM CUIDADOS PRESCRITOS PELOS MÉDICOS

Sabe-se que o enfermeiro é o profissional que deve avaliar e prescrever o tipo de curativo que deve ser realizado ao paciente, pois além de ser a enfermagem que tem o maior contato com o paciente, ela quem

realizará as trocas de curativos quando necessário, e a cada troca observará quais as melhoras, se será preciso mudar o tipo do curativo.

O enfermeiro é o profissional que possui especialização na área de estomias, e mesmo assim, outros profissionais como os médicos (mencionado pelo entrevistado), insistem em realizar atribuições não pertinentes a sua área de atuação.

"... aqui se usa muito o curativo ... o médico prescreve o curativo biológico e a gente troca diariamente, após o banho...". (E09).

"... infelizmente aqui quem tá prescrevendo são os médicos, coisa que não era pra acontecer, porque é prescrição de enfermagem. A comissão de curativo só vem avaliar se o médico prescrever a avaliação e mesmo assim eles não podem prescrever o curativo, a comissão de curativo não pode prescrever um curativo, isso é um absurdo...". (E14).

Antigamente a estomaterapia podia ser exercida por outros profissionais que não fossem enfermeiros e até mesmo por leigos isso se deu até o final da década de 70, a partir daí, na década de 80 com a criação do World Council of Enterostomal Therapists (WCET) a estomaterapia passou a ser uma especialidade exclusivamente da enfermagem, o que despertou o interesse de algumas enfermeiras que partiram para o exterior na busca de uma especialização. (SOBEST, 2012). Atualmente, toda e qualquer lesão de pele que o paciente apresente quando internado, deve ser tratada e cuidada pela enfermagem.

CATEGORIA II- CURATIVOS (APOIO DA COMISSÃO DE CURATIVOS)

Essa categoria possui uma relação direta com a citada acima, no que se refere a delegar o cuidado com a lesão a outro profissional que não seja o enfermeiro. Hoje os hospitais estão contratando a comissão de curativo para melhor realizar a avaliação das lesões cutâneas, indicando assim o tratamento ideal, visando à regeneração tecidual sem nenhum tipo de dano ao paciente.

"então, a gente tem, o hospital tem uma comissão de curativos, e a comissão dispõe de curativos, que as pessoas chama de curativos biológicos que são sintetizados, e tem duas marcas aqui no hospital... Então a gente tem essa gama de curativos, curativos pra feridas infectadas, debridamento, enfim dessas duas marcas que estão aqui no hospital, que o hospital dispõe na verdade." (E07)

A comissão de curativos é comporta apenas por enfermeiros, que buscam engrandecer seus conhecimentos científicos, conhecer novos materiais, planejar o cuidado adequado para o tratamento da lesão e intensificar a assistência de enfermagem utilizando os recursos mais indicados para cada paciente. São esses enfermeiros que irão prescrever o tipo de curativo, capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem na realização deste, verificar e registrar o

consumo de produtos. (PEREIRA et al., 2006).

CATEGORIA III- LIMPEZA DA LESÃO

Os primeiros cuidados que devem ser realizados a lesão de pele é a limpeza com soro fisiológico ou agua destilada, clorexidina e gaze para retirada de corpos estranhos, exsudação ou até mesmo tecido necrótico.

É muito importante que o enfermeiro esteja devidamente equipado para realização dessa limpeza, tendo realizado higienização adequada das mãos, fazendo uso de luva, e todo o material que será utilizado posteriormente devidamente separado.

"se for incisões fechadas sem sinais florísticos, ai é a mesma conduta, só a limpeza e mantem coberto, se for lesão aberta ou infectava, a gente chama... na verdade a gente tem uma comissão de curativo aqui, ai as vezes a gente chama, porque o pessoal quer que veja a ferida pra indicar o curativo, ai a gente já pede e eles mesmos entregam, quando não, eles vem aqui, avalia a ferida e já vê o material". (E05).

"primeiro a gente vai observar, lavar bem pra gente ver se é corte se for paciente que veio de fora, limpar, se tiver alguma coisa passa um sorinho, pede a família pra trazer dersane, pra hidratar a pele, passar nas lesões. Se o paciente tiver por mais tempo aqui, ai a gente bota aqueles curativos de proteção, o hidrocoloide, aquela proteção de calcanhar, sacral, a gente coloca neles.". (E06).

Segundo Geovanini e Oliveira Junior (2010) a limpeza da lesão é um passo importante para a reparação tecidual, tendo como objetivos realizar a proteção da lesão, remover dentritos e corpos estranhos, retirar exsudato e tecido necrótico. Deve-se lembrar que as lesões sempre devem ser limpas do local menos para o mais contaminado, em apenas uma direção, sem fricção.

Ainda segundo o mesmo autor não deve-se desconsiderar que o CDC (Centers for Disease Control), em 1994, levou em consideração que o principal meio de transmissão de infecções era através das mãos, a partir de então, preconizou padrões para higienização e anti- sepsia das mãos, com objetivo de retirar sujeiras e quebrar as cadeias de infecção, além de reduzir o risco de contaminações cruzadas.

No que se refere as "**principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais na realização do curativo**", conseguimos identificas as seguintes categorias:, I- Falta de conhecimento e II- Não sente dificuldade.

CATEGORIA I- FALTA DE CONHECIMENTO

O profissional de enfermagem que não tem especialização, nem nenhum outro curso de capacitação em estomaterapia, quando começa a trabalhar com curativos, sente muita dificuldade pela falta de conhecimento dos produtos, pois além de serem muitos, cada um possui uma forma individual de ser utilizado, porém com o tempo e a prática vão adquirindo o conhecimento necessário.

É importante a utilização da técnica correta e escolha ideal do produto para a realização do curativo, pois de forma contrária poderá implicar em agravos a lesão, podendo prolongar ainda mais o tempo de permanecia do paciente na UTI.

"...eu como profissional tenho muita vontade de me especializar, não é ser especialista no assunto, mas fazer um treinamento que me dê uma abrangência maior em relação a curativos, porque em curativo tudo ta sempre mudando, como o óleo de girassol que usa na pele integra, e eu já usei em ulcera, clorexidina a gente limpava pele que não era integra e agora não utiliza mais. Então curativo é uma coisa que ta sempre evoluindo, mudando. Eu que trabalho aqui to me sentindo desatualizada, então tem que ta sempre se atualizando nessa área". (E08).

"...eu não conhecia todos, mais ai a medida que a gente foi utilizando ai as dúvidas foram aparecendo, eu particularmente fui ligando pra comissão de curativos, eles foram me auxiliando...". (E14).

O Estomaterapeuta é aquele que possui conhecimentos, treinamentos específicos e habilidades para o cuidado dos pacientes ostomizados, onde o maior objetivo desse profissional especializado é cuidar de pessoas que apresentem estomias, feridas, fístulas e algum tipo de incontinência urinária e anal, sendo ela é uma especialidade exclusiva do enfermeiro. (SOBEST, 2012).

CATEGORIA II- NÃO SENTE DIFICULDADE

Essa categoria complementa a anterior porque quem não tem o curso sentiu algumas dificuldades e quem já possui algum curso de capacitação ou especialização na estomaterapia encontra mais facilidade de trabalhar com os produtos, já que os mesmos são estudados tanto na teoria quanto na prática.

"nenhuma, porque eu já tenho cursos de curativos de pratica de debridamento, porque antes de trabalhar no..., eu já trabalhei com curativos, com ferimentos. Tem vários que conheço e não tem na instituição, mas enfim, dos que tem na instituição da pra suprir a demanda". (E07).

Telles (2010) percebe que a capacitação do enfermeiro bem como de sua equipe nos locais de trabalho é sem dúvida muito importante para o tratamento de feridas, pois a partir daí o enfermeiro se auto avalia,

identificando de acordo com suas dificuldades o que precisa ser mudado nas formas de tratamento, visto que assim poderá contribuir para uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Quando analisamos os relatos dos entrevistados pode-se observar que houve uma contradição em algumas respostas quando dizem que não sente nenhuma dificuldade na utilização no material para curativos, visto que o profissional refere não sentir dificuldade, pois solicita ajuda da comissão de curativos da instituição para poder fazer uso de forma correta do material, o que pode ser observado no discurso abaixo:

"não tenho dificuldade, porque como tem a comissão de curativo... a gente sente mais dificuldade quando é uma coisa mais grave, ai a gente chama eles pra dar uma olhada... tem também o cirurgião vascular aqui..." (E13)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes críticos de uma UTI além de na grande maioria das vezes apresentarem um estado grave, geralmente vem com algum tipo de lesão, seja essa cirúrgica, ou causada por outros fatores. Devido a sua vulnerabilidade, esse paciente necessita de cuidados específicos da enfermagem, principalmente relacionados às lesões, pois está mais susceptível às infecções nas lesões já existentes o que pode levar, por exemplo, ao surgimento das ulceras por pressão, o que pode ter sido ocasionada, algumas vezes, pela falta de cuidado da equipe de enfermagem.

Com o passar dos anos o tratamento as lesões de pele passou de um mero cuidado da enfermagem a umas das funções prioritárias da profissão. E foi através dos estudos e avanços tecnológicos de todo o material utilizado, que a enfermagem atentou para a necessidade de se aprofundar e se capacitar na área dermatológica, visando auxiliar o paciente portador de lesão cutânea acelerando o processo de cicatrização, proporcionando uma melhor qualidade de vida a esse paciente lesionado.

Pode-se observar durante a pesquisa que muitos profissionais sentiam dificuldades ao exercer os cuidados com as lesões de pele, no entanto através da pratica e da ajuda da comissão de curativo presente na instituição hospitalar, estes adquiriram conhecimentos e trocaram experiências, o que foi de vital importância para o seu exercício profissional.

Observou-se também que a medicina tenta intervir nas prescrições de curativos dos enfermeiros, mas sabe-se que essa área é exclusiva dos cuidados de enfermagem, devendo então, apenas o enfermeiro prescrever e realizar os cuidados diários dessa lesão até sua total cicatrização, sem permitir que nenhum outro profissional exerça tal atribuição.

Pode-se observar também que a admissão do paciente na UTI é realizada de forma incompleta, por exemplo, alguns o recebem e monitoram-no logo em seguida, sem fazer nenhum exame físico, o que seria de extrema importância para avaliar o estado do paciente, principalmente na verificação da presença de algum tipo de lesão de pele, a partir desse levantamento seria possível traçar um plano de cuidado, individualizado e consequentemente mais eficaz.

Diante do exposto é necessário que o enfermeiro exerça de forma resolutiva sua função desde a admissão do paciente até a sua alta, e tenha o interesse e iniciativa de adquirir novos conhecimentos no intuito de ajuda-los nos seus cuidados diários às lesões cutâneas, buscando conhecer os novos produtos presentes no mercado, contribuindo dessa forma com os avanços e descobertas na realização de um tratamento eficaz.

REFERÊNCIAS

- [1] BALSANELLI, A. P.; ZANEI, S. S. S. V; WHITAKER, I. Y. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. Acta Paul Enferm. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 16-20, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a03v19n1.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Edições 70: Lisboa. 2008
- [2] BRANDÃO, E. S.; SANTOS, J. A.; SANTOS, J. Úlceras por Pressão. In: SILVA, R. C. L.;
- [3] FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas

Tópicos em Ciências da Saúde - Volume 17

- regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em:http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 2 set. 2013.
- [5] CAMARGO, O. P. A. et al. Ortopedia e traumatologia. Conceitos Básicos, Diagnósticos e Tratamento. São Paulo: Roca, 2004.
- [6] CUNHA, A. N. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas. Olinda: Fundação de Ensino Superior de Olinda, 2006. Disponível em:http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf. Acesso em: 09 abr. 2013.
- [7] DIAS, F. S. et al. Parte II: Monitorização Hemodinâmica Básica e Cateter de Artéria Pulmonar. Revista Brasileira Terapia Intensiva. v. 18, n. 1, p. 63-77. jan./mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n1/a12v18n1.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2013
- [8] GEOVANINI, T.; OLIVEIRA JUNIOR, A. G. Manual de Curativos. 2. ed. São Paulo: Corpos, 2010.
- [9] HESS, C. T. tratamento de feridas e úlceras. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso, 2002.
- [10] PEREIRA, A. F et al. Protocolo de assistência para portadores de ferida, secretaria municipal de belo horizonte, 2006. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/ protocolos/curativos.pdf>. Acesso em: 18 maio 2013.
- [11] SALOME, G. M. Ocorrência de úlcera por pressão em indivíduos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. Saúde Coletiva. São Paulo, v. 42, n.7, p.183-188, 2010. Disponível em: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84215103006.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.
- [12] SILVA, R. C. L. et al. Feridas Cirúrgicas. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.;
- [13] MEIRELES, I. B. Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.
- [14] SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. Brunner e Suddarth. Tratado de enfermagem médico- cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- [15] SOBEST, Associação Brasileira de estomaterapia, estomas, feridas e incontinências: 2012. Disponível em: http://www.sobest.com.br/. Acesso em: 13 abr. 2013.
- [16] TEBCHERANI, A.J. Histologia Básica Cutânea. In: MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C.T. Curativos, Estomias e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2010.
- [17] TELLES, M. Tratamento Ambulatorial: Particularidades da Assistência na Rede Pública de Saúde. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

Capítulo 13

Impacto psicossocial e qualidade de vida em jovens acometidos por acne

Isabela Morais Martins Anna Paulla Alves Maysa Nascimento Pereira Natália Pacheco Lanzoni

Resumo: O objetivo deste estudo foi analisar os impactos e mudanças psicossociais na qualidade de vida em jovens afetados pela acne. A acne é um dermatológico crônico distúrbio que afeta os jovens no início da puberdade, sendo a pele acompanhada de aparência feia, causando problemas psicossociais. O método utilizado foi uma revisão da literatura, com base em artigos e livros dos últimos dez anos. Os resultados foram positivos sobre o impacto psicossocial da acne, onde a maioria dos jovens entrevistados relataram problemas como vergonha, diminuição da auto-estima e problemas em relações interpessoais, depressão e comprometimento da qualidade de vida. Concluiu-se que, em de fato, a acne traz danos psicossociais e impacto na qualidade de vida dos jovens.

Palavra-chave: Acne; Depressão; Jovem; Psicossocial; Qualidade de vida.

1. INTRODUÇÃO

A acne é uma disfunção dermatológica crônica que acomete na maior parte dos casos os jovens no início da puberdade, sendo a pele acompanhada por aspecto inestético, causando assim problemas psicossoais. Partindo desse pressuposto, este trabalho levanta o seguinte problema: os jovens acometidos por acne sofrem alterações psicossociais e mudança na sua qualidade de vida? A delimitação do tema se baseia na alta incidência de jovens acometidos por acne. O objetivo deste trabalho será analisar os impactos psicossociais e as alterações na qualidade de vida em jovens acometidos por acne. O tema se justifica com base nas evidências da alta incidência de alterações psicossociais nesta fase da vida, e fazer uma correlação com a acne, a fim de verificar se essas alterações inestéticas causadas pela acne têm relação com as devidas alterações psicossociais. Foi feito um levantamento bibliográfico e foram selecionadas as fontes publicadas no período de 2008 a 2018, tendo como base de dados o *Pubmed, Lilacs e Bireme*.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A acne é uma disfunção dermatológica inflamatória e crônica, que afeta as unidades pilossebáceas, onde se encontra uma glândula sebácea de desenvolvimento avançado com um grande pelo rudimentar (KAMINSKY e FLÓREZ-WHITE, 2012). As glândulas sebáceas que estão ligadas ao folículo piloso produzem líquido oleoso, que chamado de sebo. (NORDQVIST, 2017).

Segundo Lacrimanti (2014), os fatores etiopatogênicos inter-relacionados com a acne são: hiperqueratinização folicular (excesso de queratina no infundíbulo), hipersecreção sebácea (produção excessiva de sebo), disfunções hormonais (aumento de hormônios andrógenos e cortisol), e por fim a proliferação de bactérias, em especial a *Propionibacterium acnes*, que provoca irritação e inflamação no folículo devido ao sebo acumulado.

O surgimento da acne se dá na puberdade e afeta principalmente os adolescentes, podendo atingir de 80% a 90% dos jovens (PEREIRA, 2013), onde sua prevalência é maior entre os homens, devido à ação hormonal da testosterona, e pode se manifestar em diversos graus (NEGRÃO, 2017).

Atualmente, não existe uma classificação universal a respeito do quadro clínico da acne. Na literatura, existem sete escalas que podem avaliar a gravidade e os graus da acne. A mais recente é apresentada na Tabela 1 (KAMINSKY e FLÓREZ-WHITE, 2012).

Tabela 1- Graus de Acne

GRAU	TIPO DE ACNE	GRAVIDADE	DESCRIÇÃO
GRAU I	Comedoniana	Leve	Comedões abertos e fechados e algumas pápulas ou pústulas. Não-inflamatória.
GRAU II	Papulopustulosa	Leve Moderada Grave	Pápulas, pústulas e alguns comedões na face. Inflamatória.
GRAU III	Nódulo-cística	Moderada Grave	Nódulos e pseudocistos internos na face e tronco. Inflamatória.
GRAU IV	Conglobata	Grave	Lesões inflamatórias na pele, formando abcessos. Comedões múltiplos e cistos não inflamatórios. Muito grave.
GRAU V	Fulminante	Especial	Eritemas, lesões úlcero-hemorrágicas, necrose, quase exclusiva em homens. Muito grave.

Fonte: (KAMINSKY e FLÓREZ-WHITE, 2012)

De acordo Fénton-Danou (2010), a acne na adolescência pode gerar desconfortos ao bem-estar da pessoa, sendo uma fase onde o fator estético é bastante relevante e desencadeia problemas como ansiedade, perda de autoestima, suicídio ou depressão. Para Halvorsen Stern *et al.*(2011), a acne ainda pode trazer problemas psicossociais como: falta de confiança, retiramento social, sentimento de insegurança, oportunidade de emprego limitadas, dificuldades no trabalho e relacionamentos interpessoais.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho trata-se de uma revisão de literatura, que segundo Trentini e Paim (1999), é uma análise onde seleciona-se publicações correntes em uma determinada área do conhecimento. Para a pesquisa foi utilizada a base de dados Pubmed, Bireme e Lilacs, e serviram como instrumento para coleta de dados a partir das seguintes palavras-chave: *Acne; Depression, Young, Quality of life and Psychosocial.* A pesquisa nas bases de dados ainda foi delimitada entre os anos 2008 a 2018.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um estudo realizado na Grécia, entrevistou 1.531 participantes. No geral, o constrangimento e a diminuição da autoestima pela acne foram notados em 46,8% dos entrevistados. O estudo evidenciou diminuição da autoestima por acne facial em 39,8% em alunos com acne leve; em 64,6%, com acne moderada; e 89,3%, em acne grave. Aspectos como diminuição da autoestima foram observados em 46,8% dos alunos com acne e comedões abertos, em 51,5% com comedões fechados, em 54,8% com pústulas e em 75% com cistos e nódulos. Sobre a qualidade de vida, o estudo apontou que 21,4% dos adolescentes com acne foram afetados em seu trabalho escolar e atividades pessoais devido a acne, enquanto 19,4% foram afetados no aspecto pessoal e social, especialmente nas relações interpessoais (TASOULA, GREGORIOU, et al., 2012). Concordando com a pesquisa de TASOULA et al, um estudo realizado com 3.775 jovens noruegueses de idade entre 18 e 19 anos, apontou que o índice de depressão vem crescendo entre eles. Quase um em cada quatro adolescentes com muita acne relatou ideação suicida, sendo a prevalência de ideação suicida maior nos meninos do que nas meninas (HALVORSEN, STERN, et al., 2011).

No Brasil, uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, entrevistou-se 2.200 jovens com 18 anos de idade. Destes entrevistados, 1.678 apresentavam acne facial e 974 (54,05%) demonstraram insatisfação com sua imagem pessoal (ISAACSSON, 2013). Entretanto, numa pesquisa realizada em Kaduna, na Nigéria, descobriu-se uma prevalência da acne que pode chegar a 90,7% entre os jovens, e foi evidenciado que 47,7% se encontram em estado de infelicidade com a sua aparência, porém mais de 70% daqueles que participaram do estudo informaram que a acne não afeta tanto em sua vida, embora seja uma acne leve em sua maioria (YAHYA, 2009). Em uma outra pesquisa realizada na Nigéria, com 160 alunos, onde foram avaliados 83 meninos e 77 meninas, com idade média de 16 anos, observou-se que 15% dos jovens entrevistados não relataram mudança na sua qualidade de vida (OGEDEGBE e HENSHAW, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado nas evidências encontradas nas referências selecionadas, podemos afirmar que os impactos psicossociais e o comprometimento da qualidade de vida em jovens acometidos por acne dependem de alguns fatores relacionados às manifestações clínicas, como grau e localização. As principais manifestações encontradas foram constrangimento, diminuição da autoestima, problemas nas relações interpessoais, depressão e comprometimento na qualidade de vida. No entanto, fazendo uma observação quanto à localização geográfica onde os estudos foram realizados, pode-se notar que a maior parte dos achados está em países onde é imposto um padrão de beleza, onde se caberia uma investigação maior sobre esses impactos estarem associados ou não a esse padrão de beleza evidente.

REFERÊNCIAS

- [1] FÉTON-DANOU, N. Psychological impact of acne vulgaris. PubMed, 2010. Disponivel em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21095498. Acesso em: 10 Março 2018.
- [2] HALVORSEN, J. A. et al. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. Portal Regional da BVS, 2011. Disponivel em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-20844551>. Acesso em: 17 Março 2018.
- [3] ISAACSSON, V. C. S. Impacto emocional da acne vulgar em adolescentes masculinos e fatores associados. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, p. 21. 2013.
- [4] KAMINSKY, A.; FLÓREZ-WHITE, M. Acné. Un enfoque global. 2ª. ed. Buenos Aires: Algaomega, v. 368 p., 2012.

Tópicos em Ciências da Saúde - Volume 17

- [5] LACRIMANTI, L. M. Curso didático de estética. 2ª. ed. São Caetano do Sul: Yendis, v. I, 2014.
- [6] NEGRÃO, M. M. C. Cicatrizes de acne: da avaliação ao tratamento. 1ª. ed. São Paulo: CR8, 2017.
- [7] NORDQVIST,. What you need to know about acne. Medical News Today, 2017. Disponivel em: https://www.medicalnewstoday.com/articles/107146.php>. Acesso em: 4 Março 2018.
- [8] OGEDEGBE, E. E.; HENSHAW, E. B. Severity and impact of acne vulgaris on the quality of life of adolescents in Nigeria. Dove Press Journal: Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology, Calabar, n. 7, p. 329–334, Dezembro 2014.
- [9] PEREIRA, F. L. Série curso de estética: recursos técnicos em estética. 1ª. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2013.
- [10] TASOULA, E. et al. The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece: results of a population survey. Biblioteca virtual em saúde, 2012. Disponivel em: http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/lil-656610>. Acesso em: 17 Março 2018.
- [11] TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa em Enfermagem. Uma modalidade convergente-assistencial. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. 1999.
- [12] YAHYA, H. Acne vulgaris in Nigerian adolescents--prevalence, severity, beliefs, perceptions, and practices. PubMed, 2009. Disponivel em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19416381>. Acesso em: 17 Março 2018.

Capítulo 14

Quem são as mulheres que amamentam dois anos ou mais no Brasil?

Márcia Keller Alves Patrícia da Rosa Schmaedek Keli Vicenzi Ana Carolina Terrazzan

Resumo: Objetivo: Determinar o perfil das mulheres que amamentaram por dois anos ou mais e identificar os fatores associados à manutenção do aleitamento materno prolongado. Material e Métodos: Estudo transversal, composto por 42 mulheres que praticaram aleitamento materno por, no mínimo, 24 meses. A coleta de dados foi realizada através de questionário eletrônico, através do qual coletou-se informações sobre o perfil materno (variáveis demográficas, socioeconômicas, trabalhistas e de saúde), sobre a gestação e parto e sobre o período pós-parto (aleitamento, introdução da alimentação complementar, uso de sugadores não nutritivos e de mamadeira). Os dados foram submetidos à análise descritiva. Resultados: Houve prevalência de mulheres brancas, moradoras da zona urbana, alto nível socioeconômico e escolaridade, uníparas, licença maternidade por período superior a 121, avós como principais cuidadoras, parto tipo cesáreo, alojamento conjunto na maternidade, aleitamento exclusivo até seis meses e o não uso de sugadores não nutritivos e/ou mamadeira. **Conclusão:** Os resultados encontrados mostram que o perfil das mulheres e o comportamento em relação à amamentação corroboram com as evidências científicas no que diz respeito à manutenção do aleitamento materno e, consequentemente, o prolongamento de sua duração

Palayras-chave: Aleitamento Materno; Saúde Materno-Infantil; Comportamento Materno

1. INTRODUÇÃO

Apesar da importância vastamente reconhecida da prática do aleitamento para a mãe, filho, família, comunidade e Estado, e de todas as ações realizadas para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, o cumprimento das metas e recomendações internacionais ainda denotam situações insatisfatórias no Brasil (CAMINHA et al., 2010).

Na fase inicial da vida, o leite humano é indiscutivelmente o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil (BRASIL, 2009). Embora as taxas de iniciação à amamentação no mundo tenham aumentado substancialmente e as taxas de duração melhorado, discrepâncias entre culturas continuam (LAWRENCE, LAWRENCE, 2015).

A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses (WHO, 2003). Os avanços conquistados rumo à expansão da prática da amamentação são indiscutíveis: a duração mediana do aleitamento materno no país aumentou cerca de 1,5 mês, passando de 295,9 dias em 1999, para 341,6 dias, em 2008 (VENÂNCIO et al., 2002). Ainda assim, quanto à duração do aleitamento materno, a situação ainda é considerada muito ruim (BRASIL, 2009).

Variáveis demográficas, como estado civil dos pais, idade materna, número total de filhos, podem constituir preditores relevantes do sucesso ou insucesso da amamentação natural (CARRASCOZA et al., 2005; CARRASCOZA, JÚNIOR, MORAES, 2005). São considerados fatores protetores do aleitamento materno a consciência da mãe sobre os benefícios da amamentação por tempo estendido, a amamentação da criança com leite exclusivamente materno na maternidade e o alojamento conjunto da mãe e criança na maternidade (BAPTISTA, ANDRADE, GIOLO, 2009), além da experiência em amamentação (ter amamentado, pelo menos, um filho até seis meses de vida (CARRASCOZA et al., 2005; CARRASCOZA, JÚNIOR, MORAES, 2005).

São escassos no Brasil estudos apresentando as características das mulheres que mantêm o aleitamento prolongado bem como os comportamentos associados com a manutenção da amamentação por dois anos ou mais, provavelmente pelo fato de que as taxas de aleitamento materno no Brasil continuam bastante aquém do recomendado. Deste modo, o objetivo deste estudo foi determinar o perfil das mulheres que amamentaram por dois anos ou mais e identificar os fatores associados à manutenção do aleitamento materno prolongado.

2. COLETA DE DADOS SOBRE O PERFIL MATERNO

Tratou-se de um estudo transversal, cuja população estudada foram mulheres participantes do Clube de Mães® da rede social Facebook®, que é composto exclusivamente por mães ou mulheres em período gestacional. Até o último dia de coleta dos dados (outubro de 2016) o Grupo era constituído por aproximadamente 12 mil mulheres brasileiras, residentes em diferentes regiões do país. Todas as mulheres do grupo foram convidadas a participar do estudo, utilizando amostragem não-probabilística por acessibilidade, admitindo que estas mulheres poderiam representar o universo foco do estudo, respeitados os critérios de inclusão (ter tido filho(s) antes de julho de 2013, ter amamentado seu(s) filho(s) por no mínimo 24 meses, e concordem em participar do estudo voluntariamente) e exclusão (não ter respondido a todas as perguntas do questionário, não ter assinalado a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ter menos de 18 anos de idade no momento da coleta dos dados).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Cultural e Científica Virvi Ramos¹, sendo observados todos os dispostos acerca da ética em pesquisa com seres humanos, conforme preconizado pela Resolução nº. 466 (BRASIL, 2012) do Comitê Nacional de Saúde. Desta forma, as mulheres participantes foram preservadas pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual continha informações sobre o estudo e seus objetivos.

A coleta de dados foi realizada mediante questionário eletrônico, criado através da ferramenta Google Forms e o *link* de acesso foi disponibilizado às mulheres juntamente com o convite para a participação no estudo por meio de uma postagem no Grupo de Mães. A coleta foi totalmente virtual, sem contato

¹ Número de parecer 1.350.640, de 03 de dezembro de 2015.

presencial com as mulheres ou seus filhos. As variáveis estudadas foram divididas em cinco blocos no questionário: questões demográficas (seis perguntas), questões socioeconômicas (14 perguntas), questões relativas às características de saúde, do parto e hábitos maternos (seis perguntas), questões relativas ao aleitamento materno (18 perguntas), e questões relativas ao bebê (15 perguntas). Todas as questões deveriam ser respondidas fazendo referência à uma única criança, que tenha sido amamentada por no mínimo 24 meses, independentemente da existência de outros filhos.

Os dados coletados foram submetidos à análise descritiva e apresentados através de frequências absoluta (n) e relativa (%), média e desvio-padrão.

2.1. PERFIL MATERNO E FAMILIAR

Participaram do estudo 42 mulheres, mostrando, assim, o número ainda extremamente baixo de mulheres que conseguem continuar o aleitamento para além dos seis meses de vida. Neste estudo, 42 mulheres representaram menos de 0,35% do total de mulheres do Clube de Mães®. A idade materna ao nascimento da criança variou entre 17 anos e 40 anos, com média de 33 ± 4,67 anos. As características socioeconômicas e demográficas da população em estudo estão apresentadas na Tabela 1. Resumidamente, houve prevalência de mulheres brancas (100%), classe socioeconômica B, alto nível de escolaridade e mulheres uníparas.

A maioria (90,5%) coabitava com o pai da criança e em 9,5% das casas, além do pai, a avó (materna/paterna) da criança também estava presente. Quanto à escolaridade do pai da criança, a maioria tinha 12 ou mais anos de estudo (61,9%).

Tabela 1. Perfil socioeconômico e demográfico de mulheres que praticaram aleitamento materno prolongado.

Variáveis	n	%
Raça		
Branca	40	95,2
Parda	2	4,8
Classe socioeconômica		
A (A2)	15	35,7
B (B1 + B2)	22	52,4
C (C1)	5	11,9
Nível de escolaridade (anos de estudo)		
Colegial completo (8 anos)	8	19,0
Ginasial completo (11 anos)	1	2,4
Superior completo (acima de 12 anos)	33	78,6
Situação do domicílio		
Urbano	42	100
Situação civil		
Morava com o pai da criança	38	90,5
Morava com a avó e o pai da criança	4	9,5
Número de filhos		
1	30	71,4
2	10	23,8
3	1	2,4
4	1	2,4

No momento do nascimento da criança, 59,5% tinham vínculo empregatício, 14,3% referiu trabalhar sem vínculo empregatício e o restante se declarou desempregado. O período de licença maternidade neste grupo variou de 120 dias para 11,9% e por período superior a 121 dias para 52,4%. Ao retornar ao trabalho, os principais cuidadores foram os avós (21,4%) e as creches (19,1%). Deste modo, 83,3% das mulheres compartilhou o cuidado infantil e 81% das mulheres referiu ter tido ajuda com as tarefas

domésticas. Algumas mulheres optaram por não retornar ao trabalho (9,5%) ou foram desligadas da empresa (2,4%).

2.2. VARIÁVEIS DE GESTAÇÃO E PARTO

As variáveis referentes à gestação e parto são apresentadas na Tabela 2. Todas as mulheres (100%) relataram ter realizado consultas pré-natal, que variaram entre seis e 20 consultas pré-natal.

Tabela 2. Variáveis materno-infantis (gestação e parto) de mulheres que praticaram aleitamento materno prolongado.

Variáveis	n	%
Realização de consultas pré-natal	42	100
Complicações gestacionais		
Diabetes gestacional	2	4,8
Pré-eclâmpsia	2	4,8
Nenhuma	38	90,5
Tabagismo na gestação		
Sim	1	2,4
Não	41	97,6
Uso de bebidas alcoólicas na gestação		
Sim	2	4,8
Não	40	95,2
Tipo de parto		
Cesariana emergencial	16	38,1
Cesariana eletiva	12	28,6
Vaginal	14	33,3

Após o nascimento, 100% das mulheres e recém-nascidos ficaram em alojamento conjunto. Na maternidade, 21,4% dos recém-nascidos receberam fórmula ou complemento na maternidade, enquanto que 78,6% recebeu apenas o leite materno. Durante os primeiros seis meses de vida após o nascimento, 95,2% das mães declararam que não precisaram se afastar/separar da criança.

As mulheres informaram os dados referentes às características dos bebês, no momento do nascimento, retirando as informações da Carteira da Criança. Houve prevalência de crianças do gênero feminino (52,4%). Os resultados obtidos podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3. Características físicas das crianças ao momento do nascimento.

Variáveis	Média (±DP)	Valor	Valor máximo
		mínimo	
Peso (g)	3.326,19 (± 553,17)	2.330	4.430
Estatura (cm)	49,13 (± 2,32)	44,0	52,5
Perímetro cefálico (cm)	34,63 (± 1,94)	30,0	39,0

2.3. ALEITAMENTO MATERNO

Em relação ao aleitamento, a maioria das mulheres (73,8%) não tinha experiência anterior, e relataram apresentar dificuldades nos primeiros dias para amamentar (64,3%), no entanto, amamentaram exclusivamente (sem oferecer alimentos e/ou bebidas) até os seis meses (83,33%). A maioria das mulheres (78,6%) considera que o tempo ideal para amamentar é 24 meses ou mais.

Destaca-se que a prevalência de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida nesta população foi alta (83,33%), muito acima das médias nacional (41%) (BRASIL, 2009) e mundial (36%) (WHO, 2016). Os autores creditam esta prevalência elevada ao perfil materno e ao seu comportamento em relação à

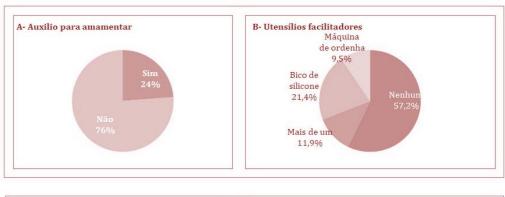
amamentação, cujos dados encontrados corroboram com as evidências científica que sinalizam à manutenção do aleitamento materno.

Neste contexto, a escolaridade materna sempre figura nos estudos que buscam os determinantes das taxas de aleitamento materno (VIEIRA et al, 2004). Quanto maior a escolaridade materna, maior a probabilidade de a criança estar em amamentação exclusiva e de continuar esta amamentação por mais tempo (VENANCIO et al, 2002). No presente estudo, houve prevalência de alta escolaridade (todas as mulheres estudaram oito anos ou mais), o que pode representar um fator protetor da amamentação.

Outros fatores apontados por Chaves et al. (2007) são número de consultas de pré-natal e o uso de álcool ou tabaco na gestação. No presente estudo, a média de consultas pré-natal foi de 11 consultas. Um estudo recente mostrou que 73,1% das mulheres compareceram a seis ou mais consultas, resultados que demonstram cobertura elevada da assistência pré-natal no Brasil (VIELLAS et al, 2014). Quanto ao número de mulheres que relataram o uso de cigarro e álcool na gestação, o presente estudo encontrou uma prevalência mais baixa que Freire et al. (2009), no qual 5,5% e 7,4% das puérperas relataram uso destas substâncias, respectivamente.

O aleitamento com leite humano somente (sem introdução de qualquer líquido ou alimento) pelo período mínimo de seis meses tem diversas vantagens sobre o aleitamento exclusivo por três-quatro meses, tanto para a mãe quanto para a criança, incluindo a manutenção da amamentação (KRAMER, KAKUMA, 2012). Isso porque a oferta de água, chás ou qualquer outro alimento sólido ou líquido substitui o volume de leite materno a ser ingerido (BRASIL, 2013). As variáveis referentes à amamentação são apresentadas na Figura 1^2 .

Figura 1. Variáveis materno-infantis (aleitamento materno) de mulheres que praticaram aleitamento materno prolongado.





Os principais profissionais citados neste estudo, que auxiliaram de alguma formam as mulheres para que amamentasse foram: enfermeiros (21,5%), nutricionistas (7,1%), médicos (7,1%) e outros profissionais da saúde (12%). Pessoas leigas (avós, parentes, vizinhos etc) representaram 12% neste apoio, mostrando a importância de toda a comunidade para a prática do aleitamento materno.

O uso de chupetas é considerado fator determinante para o aleitamento materno (CHAVES, LAMOUNIER, CÉSAR, 2007), e, embora os efeitos do hábito do uso de chupetas e bicos parecem estar bem estabelecidos em relação a sua associação com o desmame precoce, a relação causal necessita ser mais estudada e explicada (LAMOUNIER, 2015). Portanto, o não uso de sugadores não nutritivos no presente estudo parece ter sido um comportamento positivo à manutenção do aleitamento materno. Infelizmente, estes hábitos são ainda bastante difundidos e culturalmente arraigados no Brasil.

2.3. DESMAME E INTRODUÇÃO ALIMENTAR

No momento da coleta de dados, 59,5% declarou que não tinha realizado o desmame e a escolha pessoal foi o principal motivo apresentado dentre as mulheres que o realizaram. A maioria das mulheres declarou sentir-se pressionada por terceiros para desmamar (66,7%), sendo que 7,1% destas relatou ter efetivado o desmame por conselho médico. A duração do aleitamento materno, para mulheres que já haviam realizado o desmame, foi de $953,94 \pm 232,74$ dias.

A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual e não deve substituir o leite materno (BRASIL, 2013). É uma etapa crítica e vários são os prejuízos do aleitamento artificial e da introdução precoce e/ou inadequada dos alimentos (DIAS, FREIRE, FRANCESCHINI, 2010). A introdução alimentar precoce não respeita o desenvolvimento fisiológico do bebê e podem influenciar na seletividade alimentar no futuro. Assim, a transição do aleitamento materno exclusivo para os alimentos familiares deve ocorrer do sexto mês ao segundo ano de idade, e é um período bastante vulnerável, uma vez que é neste período que a mal nutrição inicia, contribuindo significativamente para a alta prevalência de mal nutrição em crianças menores de cinco anos de idade em todo o mundo (WHO, 2016).

Na população estudada houve interrupção prematura da amamentação exclusiva e introdução de alimentos complementares ao 5º mês de vida, tendo como principais alimentos sólidos introduzidos precocemente as papas (salgada e de frutas) e, no que diz respeito aos líquidos, o chá e o suco de frutas. Embora seja considerada precoce a introdução destes alimentos e bebidas, felizmente, este não foi um fator negativo para a duração do aleitamento nesta população.

Quanto à introdução da alimentação complementar ao aleitamento materno no presente estudo, ocorreu a oferta de líquidos antes dos seis meses, sendo que 7,2% das crianças receberam chá e 4,8% receberam suco de frutas. A prevalência do consumo de chá e suco de frutas antes dos dois anos de idade foi de 59,5% e 92,9%, respectivamente. As bebidas industrializadas oferecidas precocemente (entre o 4° e 6° mês de vida) foram fórmula substituta do leite materno e iogurte ou bebida láctea. Como é possível observar na Figura 2, o iogurte ou bebida láctea foi a bebida que apresentou maior consumo antes dos 24 meses de idade (66,7%), enquanto que o refrigerante foi o menos oferecido (4,8%).

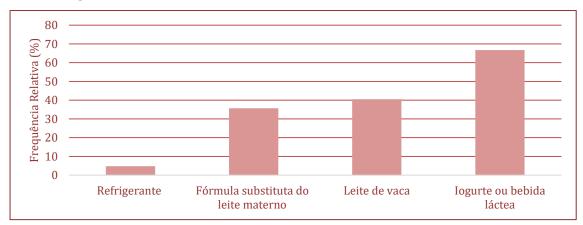


Figura 2. Consumo de bebidas industrializadas antes dos 24 meses de idade

Houve introdução de leite de vaca ultrapasteurizado (UHT) em 16,66% das crianças antes do primeiro ano de vida, enquanto que o iogurte ou bebida láctea foi introduzida em 35,71% das crianças no mesmo período. O leite de vaca integral fluido ou em pó não é recomendado para criança menor de um ano de idade e sua introdução precocemente pode determinar quadros alérgicos e outras doenças (BRASIL, 2013). A introdução de leite de vaca precocemente pode associa-se às micro hemorragias intestinais, principalmente nas crianças menores (OLIVEIRA, OSÓRIO, 2005), e é o mais importante fator dietético de risco para a anemia e a duração da alimentação com esse leite têm influência negativa sobre a hemoglobina e os indicadores do estado nutricional de ferro (MALE et al. 2001). O leite de vaca é um alimento que apresenta excesso de proteínas e minerais, especialmente cálcio, interferindo na absorção do ferro de outros alimentos (OLIVEIRA, OSÓRIO, 2005). O seu uso como forma de alimentação nos dois primeiros anos de vida está associado ao ganho excessivo de peso, fato que se deve à composição inadequada e à maneira inapropriada de administração do leite (CORDEIRO et al, 2013).

Em relação a introdução de alimentos sólidos antes dos seis meses, as papas salgada e de fruta foram oferecidas a partir do 5º mês de vida. A prevalência do consumo de papa salgada e de frutas entre o 4º e 6º mês de vida foi de 11,9% e 26,2%, respectivamente. Dentre os alimentos industrializados sólidos, os biscoitos salgado e doce foram os que apresentaram maior consumo antes dos 24 meses de idade, com prevalência de 76,2% e 71,4%, respectivamente (Figura 3). Ambos foram oferecidos a partir do 6º mês de vida.



Figura 3. Consumo de alimentos sólidos industrializados antes dos 24 meses de idade

Mostrou-se a oferta de alimentos ultra processados antes dos dois anos de idade (salgadinhos industrializados, refrigerante e gelatina), produtos considerados inadequados do ponto de vista energético e nutricional, cujo consumo pode levar ao excesso de peso e às alergias alimentares (BRASIL, 2013). Por este motivo, o Guia Alimentar da População Brasileira (brasil, 2014) recomenda limitar o consumo de alimentos processados e evitar o consumo de ultra processados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito da introdução precoce de alimentos, oferta de ultra processados antes dos dois anos de idade, uso de sugadores não nutritivos e de mamadeira, os autores destacam no presente estudo a importância do aleitamento materno prolongado e valorizam a persistência das mulheres na manutenção do mesmo, ainda que a maioria tenha se sentido pressionada por terceiros para desmamar.

É essencial a conscientização de pais, profissionais da saúde e cuidadores em geral de que a alimentação até dois anos repercute ao longo da vida. Neste sentido, é de extrema importância que o profissional nutricionista esteja inserido na equipe de atendimento às mulheres gestantes, nos diferentes serviços de saúde, de modo que as informações referentes ao aleitamento e especialmente sobre introdução alimentar sejam transmitidas ainda no pré-natal. Entretanto, a responsabilidade é coletiva e todos os profissionais

de saúde, conscientes dos benefícios do aleitamento materno para a mãe, para a criança e para a sociedade como um todo, devem se envolver com esta prática. Somente o apoio e a proteção ao aleitamento possibilitarão o aumento das taxas e duração do aleitamento materno no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Às mediadoras do Grupo Clube de Mães® por todo o apoio ao projeto de pesquisa e sua execução.

REFERÊNCIAS

- [1] Baptista, G.H.; Andrade, A.H.H.K.G.; Giolo, S.R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de família de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 25 (3): 596-604, 2009.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção Básica. 2. ed. Brasília: ministério da saúde, 2014.
- [6] Brasil. Resolução n^o 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Última visualização em 04/12/2016. Publicada no DOU n^o 12 quinta-feira, 13 de junho de 2013 Seção 1 Página 59
- [7] Caminha, M.F.C.; Serva, V.B.; Arruda, I.K.G.; Filho, M.B. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 10 (1): 23-27, 2010.
- [8] Carrascoza, K.C.; Júnior, A.L.C.; Ambrozano, G.M.B.; Moraes, A.B.A. Análise de variáveis biopsicosiais relacioadas ao desmame precoce. Paidéia, 15 (30): 93-104, 2005.
- [9] Carrascoza, K.C.; Júnior, A.L.C.; Moraes, A.B.A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. Estudos de Psicologia, 22 (4): 433-440, 2005.
- [10] Chaves, R.G.; Lamounier, J.A.; César, C.C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. Jornal de Pediatria, 83 (3): 241-246, 2007.
- [11] Cordeiro ACC, Silva EG, Rodrigues FG, Batista ML, Guertzenstein SM. Relação da introdução precoce do leite de vaca com o desenvolvimento da obesidade em lactentes. Pediatr. Mod. 2013: 49(1): 15-18.
- [12] Dias, M.C.A.P.; Freire, L.M.S. (In memoriam); Franceschini, S.C.C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. Revista de Nutrição, 23 (3): 475-486, 2010.
- [13] Freire, K.; Saunders, C.; Padilha, P.C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia, 31 (7): 335-341, 2009.
- [14] Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.
- [15] Male C, Persson LA, Freeman V, Guerra A, vant Hof MA, Haschke F. Prevalence of iron deficiency in 12-mo-old infants from 11 European areas and influence of dietary factors on iron status (Euro-Growth study). Acta Paediatr. 2001; 90: 492-8.
- [16] Lamounier, J.A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. Jornal de Pediatria, 79 (4): 284-286, 2003.

Tópicos em Ciências da Saúde - Volume 17

- [17] Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional. 8a. edição. Editora Elsevier Health Sciences, 2015.
- [18] Oliveira MAA, Osório MM. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. J Pediatr. 2005; 81(5): 361-367.
- [19] Venâncio, S.I.; Escuder, M.M.L.; Kitobo, P.; Rea, M.F.; Monteiro, C.A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Revista de Saúde Pública, 36 (3): 313-318, 2002.
- [20] Vieira, G. O., Almeida, J. A. G. D., Silva, L. R., Cabral, V. A. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 4 (2): 143-150, 2004.
- [21] Viellas, E. F.; Domingues, R. M. S. M.; Dias, M. A. B.; Gama, S. G. N. D.; Theme Filha, M. M.; Costa, J. V. D.; Bastos, M. H.; Leal, M. D. C. Prenatal care in Brazil. Cadernos de Saúde Pública, 30: S85-S100, 2014.
- [22] WHO. Infant and young child feeding. Updated September 2016 Disponível em http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/. Última visualização em 04/12/2016.
- [23] WHO. Laws to protect breastfeeding inadequate in most countries. Updated September 2016 Disponível em http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/breastfeeding/en/. Última visualização em 04/12/2016.
- [24] WHO. Nutrition. Complementary feeding. Disponível em http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/en/. Última visualização em 04/12/2016.
- [25] WHO. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Fifty-Fourth World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2003.

Capítulo 15

A atenção no pré natal: Repercussões no empoderamento da mulher para o aleitamento materno

Edith Monteiro de Oliveira
Frederico Monteiro de Oliveira
Mariana Cabral Maselli
Jéssica Monteiro Rodrigues
Solange de Jesus Santos
Manuela Gomes Campos Borel
Denise Barbosa de Castro Friedrich
Thainara Lopes da Silva

Resumo: A vivência da gestação é um momento singular na vida da mulher e acarreta mudanças psíquicas e fisiológicas. É de suma importância que a atenção pré-natal e puerperal seja humanizada e de qualidade para acolher e apoiar a mulher em todo ciclo gravídico-puerperal. O objetivo geral do estudo visa compreender as ações do pré-natal e as suas repercussões no empoderamneto da mulher para o aleitamento materno. Como objetivos específicos: analisar aspectos históricos da mulher e o aleitamento materno; descrever a importância do aleitamento materno; identificar ações de promoção da autonomia da mulher para amamentação. Foi realizada uma revisão bibliográfica de publicações entre 2014 e 2018, na base de dados BIREME, e legislações por órgãos reguladores da área da Saúde. Durante o pré-natal, o profissional de saúde deve apoiar as gestantes, escutando-as, esclarecendo suas dúvidas, preocupações e favorecendo a troca de experiências, promovendo o empoderamento da mulher frente o aleitamento materno. Logo, a autoeficácia da amamentação pode intervir na decisão da mulher sobre sua competência para dar início ao aleitamento materno, superar os desafios que possam surgir e continuar o processo de amamentação. Contudo, estudos devem ser incentivados buscando delinear ações que promovam o empoderamento da mulher à luz da amamentação, além disso as autoridades devem estabelecer indicadores que possam avaliar com maior precisão a qualidade destas ações junto às mulheres que recebem o cuidado.

Palavras-chave: Cuidado no Pré-Natal; Aleitamento Materno; Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

A vivência da gestação é um momento singular na vida da mulher e acarreta mudanças psíquicas e fisiológicas. É de suma importância que a atenção pré-natal e puerperal seja humanizada e de qualidade para acolher e apoiar a mulher em todo ciclo gravídico-puerperal. A acessibilidade ao pré-natal está previsto em consituioção e é um direito garantido a toda mulher, e os principais objetivos são promover a saúde e o bem estar materno e fetal do pré-natal até os cuidados com o recém-nascido. (BRASIL, 2006)

No período gestacional, a mulher encontra-se perante uma gama de hormônios e mudanças sistêmicas em seu organismo que geram dúvidas, insegurança e medo. Nesse sentido, Bueno (2004) aponta que a mulher torna-se mais sensível e suscetível frente às pressões de familiares, profissionais de saúde e amigos em relação à sua capacidade de amamentar. Além disso, a mulher pode estabelecer um conflito consigo mesma sobre a decisão de amamentar. Logo, a mesma pode facilmente perder sua confiança e auto-estima e estar mais propensa a oferecer mamadeira ao seu bebê. A mulher empoderada é capaz de resistir a pressões contra a amamentação e assegurar este empoderamento através de informações pautadas em evidências científicas é de suma importância e responsabilidade da equipe que realiza com acompanhamento pré-natal.

A decisão de amamentar ou não a criança ocorre, geralmente, bem antes do parto e a intenção pré-natal de amamentar influencia tanto o início quanto a extensão do tempo do aleitamento materno. Assim, orientações prestadas durante a assistência pré-natal corroboram para a decisão da mulher pelo aleitamento materno e para a sua duração. (NASCIMENTO,2013)

Dados nacionais, apontam que a prevalência de AM nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mais atual, publicada em 2009, revelou prevalência de 41% de AME. Mesmo tendo ocorrido um significativo aumento nos índices ao quarto mês de vida no Brasil (35,5% em 1999 para 51,2% em 2008), ao sexto mês essa taxa não chega a 10%, índices abaixo dos aconselhados pela Organização Mundial de Saúde, que são recomenda aleitamento exclusivo até 6 meses e aleitamento materno complementado até 2 anos, no mínimo. (CARVALHO,2018)

Entretanto, evidências científicas de que a amamentação ainda é a melhor forma de alimentar o bebê, se acumulam a cada ano, e ações estão sendo tomadas pelas autoridades por meio de políticas, objetivando promover o aleitamento materno e prevenir o desmame precoce. Contraditório ao exposto, a literatura acerca do empoderamento da mulher no contexto da amamentação ainda não encontra-se amplamente difundida, e por isso o tema desta pesquisa deve constituir um importante objeto de estudo nas próximas décadas.

Face ao exposto, este artigo justifica-se em função da análise de conhecimento sobre ações promovidas no pré-natal que assegurem a informação sobre o aleitamento materno na construção da autonomia da mulher no atual modelo de atenção obstétrica, garantindo assim um atendimento humanizado e seguro às gestantes, tornando-as protagonistas do processo gravídico-puerperal.

Do inquietamento como enfermeira focada no cuidado ao binômio materno-infantil, surgiu a busca pelo comportamento do profissional de saúde nesse cenário, que aspira a mudança cultural e o realimento das ações, orientadas à disseminação da informação e a participação do cliente na promoção e prevenção da saúde.

O objetivo geral do estudo visa compreender as ações do pré-natal e as suas repercussões no empoderamneto da mulher para o aleitamento materno. Como objetivos específicos: analisar aspectos históricos da mulher e o aleitamento materno; descrever a importância do aleitamento materno; identificar ações de promoção da autonomia da mulher para amamentação.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de uma pesquisa exploratória por meio da revisão sistemática de literatura objetivando analisar as publicações científicas de Enfermagem com relação à importância do pré-natal no empoderamento da mulher para o aleitamento materno.

O estudo exploratório possibilita captar conhecimentos e comprovações teóricas, para desenvolver posteriormente uma pesquisa descritiva ou ainda experimental. O tipo de pesquisa é uma análise documental de publicações entre 2014 e 2018, na base de dados BIREME, em que se consta o maior

número de produções cientificas relacionada ao tema em questão. Foram encontrados 113 artigos, dentre os quais 10 foram selecionados e trabalhados nesse estudo.

Os artigos foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser artigo escrito por pelo menos um profissional enfermeiro; estar publicado em um dos periódicos encontrados para o estudo; estar o artigo disponível na íntegra no banco de dados online e apresentar o descritor "Cuidado no Pré-Natal" "Aleitamento Materno" e "Enfermagem".

3. A MULHER E O ATO DE AMAMENTAR: UM RESGATE HISTÓRICO

Desde os tempos bíblicos, a amamentação já era reconhecida e recomendada como prática ideal de alimentação das crianças nos primeiros meses de vida. Na idade média, à maternidade e os bebês não era atribuido nenhum valor especial e a maternagem era delegada às camponesas pobres. Os bebês eram alimentados pelas amas de leite e recebiam cuidados de terceiros até os oitos anos de vida, idade esta que essas crianças cooperam com as atividades domésticas. (GRADVOH,2014)

No Brasil, com o descobrimento, os portugues trouxeram consigo o hábito do desmame, contraditório aos índios tupinambás que aqui viviam, que praticavam o aleitamento materno no mínimo até os 18 meses de vida da criança. Entretanto, naquela época, as mulheres europeias burguesas a amamentação não era considerada uma prática digna de sua classe social. (MARQUES, 2011)

No decorrer da história, mais precisamente em XVII e XVIII, cerca de 20 a 30% das crianças morriam antes de completarem um ano de vida, e tal situação era aceita como a crença da transformação de crianças em anjos, pela sociedade brasileira, o que contribuia para a aceitação da perda e a consideração de uma bênção do céu. Dentro dessa tradição, as mulheres comunicavam a morte das crianças com festas, tais rituais sofriam influencia pelas tradições africanas. (BOSSI, 2005)

Caminha (2010) avalia que com o advento da Revolução Industrial em meados do Séc. XVIII, com a entrada das mulher no mercado de trabalho e o estímulo para o desenvolvimento dos alimentos artificiais para a alimentação infantil, tendência esta consolidada no final do século supracitado, por diversos eventos, entre os quais os estudos bioquímicos sobre a composição do leite humano e de outros mamíferos.

Teixeira (2008) dispôs que a defesa da lactação natural depois da industrialização, onde a divulgação do leite artificial acontecia de forma rotineira, na metade do século XX, não acontecia de forma coletiva, e sim individual. À medida que, pouco se falava do aleitamento materno, o que induzia as mulheres a acreditarem mais no leite artificial do que no aleitamento natural.

Destarte, na década de 70, a percepção sobre a prática da amamentação começa a sofrer mudanças, em razão do elevado índice de morbimortalidade infantil. O Brasil, apresentava indicadores de saúde alarmantes: a mortalidade infantil era de 88 por mil nascidos vivos, 124 por mil na região Nordeste; a desnutrição crônica vitimava 48% da população brasileira; o desmame precoce no primeiro mês de vida atingia 54% dos lactentes na cidade de São Paulo e 80% em Recife; 50% dos pediatras prescreviam mamadeiras e 90% aconselhavam o uso de água nos intervalos das mamadas. (TEIXEIRA,2008)

Atualmente, a estratégia indispensável para a redução da morbimortalidade infantil no Brasil, assim sendo, políticas de saúde materno-infantil tem sido priorizadas, instituindo ações de promoção proteção e apoio ao aleitamento materno, estimulando a melhoria da qualidade de saúde das crianças brasileiras.

4. O ALEITAMENTO MATERNO

O leite humano é um alimento nutricionalmente adequado para o recém-nascido, adaptado ao metabolismo deste, se destacando como indispensável para o desenvolvimento e acarretando proteção imunológica a criança, estimulando também a relação afetiva materno-infantil. Assim sendo, a prática do aleitamento materno é preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo o leite materno indicado como a única fonte alimentar até o seis meses e como completo alimentar até os dois anos ou mais.

Em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu definições relativas ao aleitamento materno (AM) com repercussão mundial. Nesse sentido, o aleitamento materno é classificado em: Aleitamento Materno Exclusivo, quando a criança recebe apenas o leite materno, sendo permitido gotas ou xaropes de

vitaminas, suplementos minerais e outros medicamentos; Aleitamento Materno Predominante, além do leite materno, a criança recebe também água ou bebidas a base de água; Aleitamento Materno Misto ou Parcial, recebe leite materno e outros tipos de leite; Aleitamento Materno, independente de receber ou não outros alimentos; e Aleitamento Materno Complementado, além do leite materno, a criança ingere qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo (BRASIL, 2009).

A amamentação é fundamental para o lactente na proteção contra infecções, diarreia, doenças respiratórias, autoimunes, celíaca e de Crohn, linfomas, diabetes mellitus, entre outras. Possibilita também o crescimento e desenvolvimento saudável, fortalecendo o vínculo afetivo, além de reduzir o índice de mortalidade infantil e fornecer benefícios não só para as crianças, mas também para a nutriz, tendo em vista que, esta ação produz benefícios econômicos, diminui a ocorrência de alguns tipos de fraturas ósseas e morte por artrite reumatoide, além de câncer de ovários e mamas (MARQUES, 2011).

Esses benefícios, integram em relação a: natureza fisiológica - liberação hormonal de ocitocina que favorece a contração uterina, prevenindo a hemorragias e colaborando para a involução uterina com mais rapidez; natureza biológica - o leite humano contém água, proteína, gordura e vitaminas, em quantidade adequada e suficiente, dispensa assim o uso de suplementos vitamínicos; natureza psicológica e emocional - promove vínculo nutriz-concepto. Acredita-se que o ato de amamentar perpassa o vínculo, tal afetividade é uma vivência própria e única da relação humana, originária da relação que o aleitamento proporciona. Quando a natureza financeira - ao considerar que o leite humano é completo em seu valor próprio, não se faz necessário a aquisição de alimentos, gerando economia a mulher. (AZEVEDO,2015)

Bosi (2005) alega que além das propriedades nutricionais, imunológicas e fisiológicas do leite humano, os aspectos psicoafetivos e os aspectos econômicos podem ser significativos, no que tange os seus benefícios, para a criança, a mãe, a família, a sociedade e o próprio Estado. Contudo, a despeito ao estabelecido, a amamentação é, também, uma relação humana, constante na cultura e sujeita à esfera social incorporando uma complexidade própria ao acontecimento que ultrapassa o aspecto nutricional que lhe é inerente e transcende a díade mãe-filho.

5. O ALEITAMENTO MATERNO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

A saúde da mulher é uma das ações prioritárias no Brasil, principalmente com o olhar materno-infantil. Assim sendo, diversas políticas e programas são criados objetivando reduzir os índices de mortalidade do binômio mãe-filho e aprimorar a qualidade da assistência às gestantes, sendo dois dos objetivos do milênio, definidos no ano 2000 pela Organização das Nações Unidas. (BITTENCOURT, 2013)

Nas últimas décadas, mais precisamente entre 1960 a 1980, a assistência à saúde da mulher era assegurada somente pelo Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), programa estabelecido com foco apenas no binômio mãe-filho, sendo esta a primeira política voltada para este grupo. Tal programa era restrita ao aspecto reprodutivo oferecendo atenção pré-natal, controle de puerpério e garantindo o desfecho gestacional para as mulheres que não estavam inseridas no mercado de trabalho formal. Como o PSMI vigora no período anterior ao SUS, os serviços de saúde eram desarticulados e paralelos, dificultando o desempenho e a cobertura do Programa. (COSTA, 2012)

A Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno , criada em 1981, desenvolvia ações coordenadas para a redução do desmame precoce. (RITO, 2013)

No entanto, em 1983, com um olhar na autonomia das mulheres em consonância com o direito a saúde, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), conquista alcançada por aqueles que lutaram pela reforma do sistema de saúde brasileiro, sendo também o primeiro programa a incorporar o conceito de integralidade (BITTENCOURT, 2013). Segundo Costa (2012), as mulheres são incluídas nesta política como sujeitos de direito, seja na esfera reprodutiva, seja no seu bem-estar ou até mesmo na sua participação na sociedade, cujas demandas de saúde ampliam a concepção e as práticas do serviço que se relacionam com as identidades sociais e culturais.

Depois da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, surgiram várias outras políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM; dentre elas, destacam-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança; a Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras e a Lei 11.265/2006; o Método Mãe Canguru; a Rede Cegonha, que contempla a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; além das Semanas de Aleitamento Materno e das Salas de Apoio à Amamentação.

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância deram início à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), programa que mobiliza profissionais de saúde de maternidades para efetuarem mudanças em rotinas e condutas a partir do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno".

O Ministério da Saúde (MS) em 1992, com o apoio das secretarias estaduais e municipais, incorporou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança que capacita os profissionais através de avaliações e estimula a rede hospitalar para o credenciamento. Ao se credenciar o hospital torna-se referência para as demais instituições de saúde e possibilita ao hospital vinculado ao Sistema Único de Saúde, receber um incentivo financeiro para os procedimentos obstétricos, pagos pelo MS conforme a Portaria GM 1117, de 07 junho de 2004(5), sendo o Brasil o único país a fazê-lo. (LAMOUNIER, 1998)

Em 2004, priorizando a saúde da mulher , o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Um importante avanço desta Política apontado por Bittencourt (2013) é o reconhecimento da diversidade do universo feminino brasileiro e sua proposta de atender as necessidades de saúde das mulheres rurais, negras, indígenas, lésbicas, com deficiência, idosas, adolescente e mulheres em situação carcerária.

Os objetivos da PNAISM são: contribuir para promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie e; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. No que diz respeito às diretrizes do PNAISM, o SUS deve estar capacitado a atender, nos diferentes níveis de atenção, as necessidades da saúde da mulher de forma a contemplar a promoção da saúde, as necessidades da população feminina em todos os ciclos da vida e dos diversos grupos populacionais nos quais estão inseridas. A participação da sociedade civil organizada, principalmente o movimento de mulheres deverá ser estimulada nos processos de elaboração, execução e avaliação. (BRASIL, 2004)

A Rede Cegonha, lançada em março de 2011 e instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, apontada como uma estratégia do Ministério da Saúde que preconiza assegurar, à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro, e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto. Estas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia, que são: pré- natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral a saúde da criança e sistema logístico, transporte sanitário e regulação. Dentro dos objetivos da RC, destaca-se reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. A Rede deve ser organizada para a população de um determinado território de forma a garantir, dentre outras, a vinculação da gestante à unidade de referência e a atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade. (BRASIL, 2011).

Composta a Rede Cegonha, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), lançada em 2012, objetiva qualificar as ações nesse cenário por meio do aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tal estratégia soma esforços importantes à Estratégia de Saúde da Família no que tange a temática do aleitamento materno, qualificando o processo de trabalho por meio da educação permanente críticoreflexiva e contribuindo de forma mais efetiva para o aumento dos índices de Aleitamento Materno. (CARVALHO,2018)

A amamentação exclusiva até os seis meses de idade é recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) enquanto a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) determina a licença-maternidade de 120 dias, ou seja, a mulher tem direito ao afastamento do trabalho por quatro meses, a partir do 8º mês de gestação. Contudo, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, amplia a licença-maternidade para 180 dias⁽³⁾, beneficiando as servidoras públicas federais e trabalhadoras de empresas privadas mediante a concessão de incentivo fiscal, como determinado pelo programa empresa cidadã. Embora a adesão da mulher ao programa seja voluntária, para participar, a trabalhadora precisa requerer o prolongamento da licença maternidade até o final do primeiro mês após o parto. Essa lei apenas autoriza o prolongamento da

licença, mas não obriga nem o setor privado, nem o setor público a conceder esse benefício. Alguns estados e municípios, no entanto, possuem uma legislação que contempla a ampliação da licença para mais sessenta dias. Nesse caso, torna obrigatório esse benefício. (MONTEIRO,2017)

6. AS ACÕES DO PRÉ-NATAL: ASSEGURANDO O DIREITO DE INFORMAÇÃO À MULHER

A Estratégia de Saúde da Família apresenta-se como espaço privilegiado para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Nesse cenário, pode-se desenvolver práticas educativas para a promoção do aleitamento desde o pré-natal, o que deve fazer parte da agenda de toda a equipe de saúde, sendo fundamental a formação do vínculo dessa com a tríade mãe-filho-famílias, possibilitando apoio, esclarecimentos sobre as intercorrências comuns na amamentação e promoção da saúde. (CARVALHO,2018)

A assistência pré-natal é enfatizada como um importante recurso para redução das taxas de mortalidade materna e perinatal e a qualidade está interligada com os níveis de saúde do binômio mãe-feto, portanto, deve-se detectar precocemente possíveis riscos e desenvolver ações preventivas. (ROCHA, 2011)

A gestante necessita de assistência adequada para que não haja potencial de transformação da gravidez em situação de risco para o binômio mãe-feto. O pré-natal é uma oportunidade para realizar esse acompanhamento, expor sentimentos e esclarecer dúvidas. Todavia, salienta-se que os problemas que ocorrem na gestação são também de natureza não-biológica, como as características econômicas e sociais.(PIO,2015)

Com o pré-natal é possível detectar quadros patológicos que podem intervir no processo reprodutivo, assim como o nascimento com baixo peso, prematuridade e as complicações infecciosas congênitas.

Na tentativa de assegurar a qualidade da assistência pré-natal, o MS preconiza captação precoce da gestante até 120 dias de gestação e realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, contempla a relação mínima dos procedimentos clínico-obstétricos e exames laboratoriais necessários, assim como realiza outras ações para garantia do cuidado integral e humanizado durante o ciclo gravídico. (BRASIL, 2006).

Para Azevedo (2015), para o manejo clínico da amamentação, é de suma importância o conhecimento técnico e científico por parte dos enfermeiros, em função da intervenção nas intercorrências e de aconselhamento para a gestante acerca da prática do aleitamento materno, como a posição e pega adequadas e, também, a extração manual do leite materno.

Nesse âmbito, Nascimento (2013) aborda que o manejo da lactação, com posicionamento adequado do bebê e pega da região mamilo-areolar gera uma mamada efetiva, prevenindo o aparecimento de complicações na amamentação. Desse modo, vários problemas enfrentados durante a lactação como o ingurgitamento mamário, as fissuras mamilares, a baixa produção de leite e infecções mamárias que têm sua origem em condições que levam a um esvaziamento inadequado das mamas.

Logo, durante o pré-natal, o profissional de saúde deve apoiar as gestantes, escutando-as, esclarecendo suas dúvidas, preocupações e favorecendo a troca de experiências. A orientação pré-natal deve abordar a interferência da alimentação artificial e do uso de mamadeiras, bicos e chupetas na amamentação e a importância da prática da livre demanda, do manejo adequado do aleitamento materno, de seu início na primeira hora de vida e do alojamento conjunto. Estas práticas têm impacto sobre a prevalência de aleitamento materno exclusivo e sobre a satisfação das gestantes e mães com o apoio recebido para amamentar. (NASCIMENTO, 2013)

Enfatiza-se-se que a atenção pré-natal não deve se limitar ao modelo clínico-tradicional (paciente-especialista) em uma sala de consultório, mas incluir ações de educação em saúde na rotina da sua

assistência de forma integral, agregando aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que precisam ser conhecidos pelos profissionais que assistem às mulheres grávidas, objetivano entendê-las no cenário em que vivem, agem e reagem. O profissional de saúde deve ser qualificado para orientar as gestantes, buscando ir além das intervenções clínicas tradicionais e criar momentos de constante aprendizado e oportunidades de desenvolvimento da educação em saúde como expansão do processo de cuidar. Nessa lógica , é primordial que os profissionais de saúde assumam a postura de educadores que compartilham conhecimentos, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério. (SILVA, 2016)

7. A AUTOEFICÁCIA DA AMAMENTAÇÃO E O EMPODERAMENTO DA MULHER

O conceito do empoderamento como prática educativa, surgiu da definição de Freire (1996) no denota "dar poder" a alguém para implementar ações sem a permissividade de outras pessoas. Ora, o autor definiu amplamente este conceito partindo do individual ao coletivo – aquele que realiza por sim mesmo – as ações e mudanças que permitem aos grupos fortalecerem-se e evoluírem, promovendo a consciência social de transformação e acolhimento. Nesse âmbito, o empoderamento da mulher busca valorizar e apoiar todo o ciclo gravídico-puerperal, proporcionando informações para a mulher ter autonomia para lidar com os seus anseios e todos os desafios vindouros durante todo o processo do binômio materno infantil.

Bueno (2004) revela que uma avaliação sobre o aconselhamento em amamentação realizada no Brasil, identificou que os participantes adquirem habilidades de aconselhamento; contudo, para que ocorra a aplicabilidade do aprendizado atrelado à prática, faz-se necessário reforçar o manejo clínico da lactação e também de uma supervisão continuada, desse modo orienta que é fundamental:

"Dar muita atenção aos sentimentos da mãe, respeitando sua opção na escolha do que é melhor para ela e seu filho e não induzindo preocupações ou dúvidas sobre sua capacidade de produzir leite; Deixar que a decisão final seja tomada pela mãe e mostrar que ela é capaz de optar sobre o que é melhor para ela e seu filho, cabendo ao profissional dar sugestões e informações relevantes, com evidências científicas, numa linguagem simples e clara. A mãe sempre tem o seu saber, cabendo ao profissional compartilhar com ela seus conhecimentos sobre amamentação; Reconhecer o real motivo de sua consulta. A identificação da queixa real (que nem sempre é a relatada) é o ponto-chave para sugestões corretas sobre amamentação; Corrigir idéias erradas e dar informações corretas de maneira positiva, sem que soem como críticas. Ao dar informação, o pediatra se apresenta como um expert no assunto. Porém, discorrendo excessivamente sobre a questão, suas informações e sugestões podem não ser bem compreendidas nem tampouco acatadas pela mãe. Assim, o importante é selecionar apenas uma ou duas informações relevantes de modo positivo e de modo tal que ela perceba o que deve ser modificado, sempre mantendo uma atitude humilde; Fortalecer a compreensão da importância da consulta. Esta pode ter vários significados para a mãe: interromper a sua rotina, expor seus sentimentos, aguardar assistência, despender dinheiro e tempo. Uma simples consulta é sempre muito importante para a mãe que busca apoio e/ou orientação; Estar atento ao comportamento verbal e não-verbal tanto da mãe quanto do profissional. Este é o primeiro passo da consulta, que, por vezes, desenvolve-se sem a percepção da diferença contida nas entrelinhas da comunicação do olhar sem ver e do ouvir sem escutar. Mesmo antes de falar ou mesmo sem nada falar, o profissional pode facilitar a comunicação ou, ao contrário, provocar o desinteresse da mãe. Assim, a comunicação entre o profissional e a mãe numa consulta pode ocorrer sem expressão verbal, mas por meio de expressão corporal. Com forte conviçção, de modo natural e por uma representação corporal, a seguinte mensagem deve ser passada para a mãe: "eu estou interessado em recebê-la e em escutar o que você quer contar para mim"; Manter uma corrente de atenção desde a porta de entrada do hospital/unidade básica até a saída da mãe. Nessa atenção se insere o acolhimento, que é o primeiro passo para o estabelecimento da boa relação médico-paciente." (BUENO,2004)

A autoeficácia da amamentação pode intervir na decisão da mulher sobre sua competência para dar início ao aleitamento materno, superar os desafios que possam surgir e continuar o processo de amamentação. A autoeficácia para o aleitamento concebe as expectativas e as crenças da mulher em sua destreza para desempenhar a missão em prol de uma amamentação bem-sucedida. Entretanto, as expectativas e as crenças para a amamentação estão inerentes à vivência pessoal e à persuasão verbal, além de fatores fisiológicos a serem mitigados assim como dor, ansiedade e fadiga. (UCHOA, 2017)

Face ao exposto, infere-se que as informações compartilhadas acerca do aleitamento materno no pré-natal estão relacionadas ao contentamento do apoio recebido pela mulher para promover o aleitamento materno, salientando assim a indispensabilidade da atenção humanizada,integralizada e de qualidade à mulher. Nessa perspectiva, o contentamento tende a promover melhor adesão da mulher ao pré-natal, ao ato de amamentar e ao seu auto-cuidado.

Logo, as ações destinadas à atenção ao binômio materno-infantil devem ser ampliadas com foco primordial na autonomia da mulher, preconizando orientações sobre o manejo da amamentação desde o pré-natal até o puerpério, por profissionais de saúde qualificados, com uma visão holística, acolhedora, integralizada e humanizadora.

Contudo, estudos devem ser incentivados buscando delinear ações que promovam o empoderamento da mulher à luz da amamentação, além disso as autoridades devem estabelecer indicadores que possam avaliar com maior precisão a qualidade destas ações junto às mulheres que recebem o cuidado. Nesse âmbito, a implantação da Rede Cegonha, como um novo modelo de atenção à mãe-filho, tende a possibilitar maior acolhimento, aprimoramento assistencial à saúde da mulher, criança e família, visando assim fortalecer a rede de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] AZEVEDO, Ana Regina Ramos et al. Clinical management of breastfeeding: knowledge of nurses. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 439-445, Sept. 2015 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300439&lng=en&nrm=iso. access on 11 May 2018. http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150058.
- [2] BITTENCOURT, S. D. de A (Org.). Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro, EAD/Ensp. 2013.
- [3] BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. In: Cadernos ESP. Escola de Saúde Pública do Ceará V.1 N. 1 Julho-dezembro de 2005.
- [4] BUENO, Lais Graci dos Santos; TERUYA, Keiko Miyasaki. Aconselhamento em amamentação e sua prática. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 80, n. 5, supl. p. s126-s130, Nov. 2004 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700003&lng=en&nrm=iso. access on 11 May 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700003.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 2011.
- [6] BRASIL. Ministério da Saúde. Pré Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos Caderno nº5. Brasília DF, 2006.
- [7] BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. 2004.
- [8] Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 11.770 de 09 de setembro de 2008. Cria o programa empresa cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a lei 8.212, de 24 de julho de 1991. [citado em 11 Maio 18]. Disponível em: www.planalto.gov.br.
- [9] CAMINHA, Maria de Fátima Costa et al . Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 10, n. 1, p. 25-37, Mar. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000100003&lng=en&nrm=iso. access on 11 May 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000100003.
- [10] CARVALHO, Maria José Laurentina do Nascimento et al . PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PUERPERAL: UMA ESTRATÉGIA PROTETORA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO. Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 36, n. 1, p. 66-73, Mar. 2018 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000100066&lng=en&nrm=iso. access on 11 May 2018. Epub Jan 15, 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;1;00001.
- [11] COSTA, A. M. Politicas de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. ver. e amp.Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- [12] FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

- [13] GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Yolanda. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. Pensando fam., Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 55-62, jun. 2014.

 Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100006&lng=pt&nrm=iso. acessos em 11 maio 2018.
- [14] LAMOUNIER, J.A.. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 44, n. 4, p. 319-324, Dec. 1998 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000400011&lng=en&nrm=iso. access on 11 May 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301998000400011.
- [15] LANA, Adolfo P. B.; LAMOUNIER, Joel A.; CESAR, Cibele C.. Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 80, n. 3, p. 235-240, June 2004. Available from ">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000400013&lng=en&nrm=iso>">http://dx.doi.org/10.2223/1189.
- [16] MARQUES, Emanuele Souza; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; PRIORE, Silvia Eloiza. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 5, p. 2461-2468, May 2011 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500015&lng=en&nrm=iso. access on 11 May 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500015.
- [17] MONTEIRO, Fernanda R. et al . Influência da licença-maternidade sobre a amamentação exclusiva. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 93, n. 5, p. 475-481, Oct. 2017 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000500475&lng=en&nrm=iso. access on 11 May 2018. http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.11.016.
- [18] NASCIMENTO, Vivianne Cavalcanti do et al . Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 13, n. 2, p. 147-159, June 2013 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000200008&lng=en&nrm=iso. access on 11 May 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000200008.
- [19] PIO, Danielle Abdel Massih; CAPEL, Mariana da Silva. Os significados do cuidado na gestação. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande , v. 7, n. 1, p. 74-81, jun. 2015 . Disponível em ">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?s
- [20] RITO, Rosane Valéria Viana Fonseca; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; BRITO, Alexandre dos Santos. Grau de cumprimento dos Dez Passos da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua associação com a prevalência de aleitamento materno exclusivo. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 89, n. 5, p. 477-484, Oct. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000500010&lng=en&nrm=iso. access on 11 May 2018. http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.02.018.
- [21] SANDRE-PEREIRA, Gilza et al . Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 457-466, June 2000 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200016&lng=en&nrm=iso. access on 11 May 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000200016.
- [22] SILVA, Esther Pereira da; LIMA, Roberto Teixeira de; OSORIO, Mônica Maria. Impact of educational strategies in low-risk prenatal care: systematic review of randomized clinical trials. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2935-2948, Sept. 2016 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015219.01602015. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.01602015.
- [23] TEIXEIRA, Marizete Argolo; NITSCHKE, Rosane Gonçalves. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. Texto contexto enferm., Florianópolis , v. 17, n. 1, p. 183-191, Mar. 2008 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100021&lng=en&nrm=iso. access on 11 May 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100021.
- [24] UCHOA, Janaiana Lemos et al. Associação entre a autoeficácia no ciclo gravídico puerperal e o tipo de aleitamento materno. Aquichán, Bogotá, v. 17, n. 1, p. 84-92, Jan. 2017. Available from .access on 11 May 2018. http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.8.

Capítulo 16

As repercussões do climatério e menopausa na vida das mulheres e a assistência de enfermagem

Suély Paulina de Oliveira Silva Thayana Germana do Nascimento Lopes Raquel Vilanova Araujo Maria do Amparo Veloso Magalhães Vânia Maria Alves de Sousa

Resumo: O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos. É uma fase biológica da vida da mulher e um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que podem afetar na forma como ela vive o climatério. O objetivo é analisar as repercussões do climatério e menopausa na vida das mulheres e a assistência de enfermagem. O presente estudo é uma revisão bibliográfica pelo método do tipo revisão integrativa, com abordagem qualitativa. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysisand Retrieval System Online (MEDLINE), na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), por meio do portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi utilizado como critério de inclusão, estudos de pesquisa de campo que respondessem à pergunta da pesquisa, publicados nos idiomas inglês, português, espanhol e que estivessem dentro do recorte temporal de 2005 a 2019, e como critério de exclusão outros tipos de documentos, dentre eles monografias, teses, dissertações e manuais. Após análise dos critérios de inclusão e exclusão foram obtidos 15 (quinze) artigos, e foi criada uma tabela descrevendo o ano de publicação, periódico e região demográfica. Assim, foi possível a criação de 2 (duas) categorias, nas quais estão descritas como: Repercussões e qualidade de vida de mulheres no climatério e menopausa, e a Terapia não farmacológica versus terapia farmacológica e a assistência de enfermagem no climatério e menopausa, essas categorias foram criadas no intuito de destacar seus respectivos sintomas, tratamentos e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a temática. Portanto, é importante destacar que a mulher no climatério e menopausa vivência repercussões nos aspectos físicos, sociais e psicológicos. O profissional de enfermagem é responsável por desenvolver cuidados de uma forma ampla, mostrando às mulheres a amplitude de intervenções capaz de aliviar os sintomas, desconfortos, promovendo uma melhor qualidade de vida.

Descritores: Climatério. Menopausa. Assistência em Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos. É uma fase biológica da vida da mulher e um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que podem afetar a forma como ela o vive e responde às essas mudanças em sua vida (BRASIL, 2016). O envelhecimento populacional é uma realidade demográfica brasileira, sobretudo das mulheres, uma vez que, de acordo com o censo 2013 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a sua expectativa de vida corresponde a 78,6 anos, superando em 7 anos e 3 meses, a expectativa do homem (ASSUNÇÃO *et al.*, 2017).

Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes. A irregularidade menstrual é universal e os fogachos e suores noturnos também são bastante frequentes, típicos deste período. É importante enfatizar que as queixas que mais interferem na qualidade de vida da mulher no climatério são as de ordem psicossocial e afetiva (BRASIL, 2016). Os sintomas apresentados nesse período são: desequilíbrio hormonal, fogachos, suores noturnos, insônia, sensação de fadiga, fortes dores de cabeça, variações de humor, irritação e depressão. Essas alterações ocorrem em razão da queda gradual de hormônios, resultante da falência dos ovários e leva a maioria das mulheres a vivenciar sinais e sintomas que trazem desconfortos em maior ou menor grau (SOUZA et al., 2017).

Já a menopausa é a interrupção permanente da menstruação. Pode ocorrer naturalmente ou de forma artificial, após procedimentos clínicos ou cirúrgicos que levem à parada da produção hormonal ovariana. Apesar de existir influência do eixo hipotálamo hipofisário, a menopausa natural é basicamente um evento ovariano, secundária à atresia fisiológica dos folículos primordiais, ocorrendo geralmente entre 40 e 55 anos. Dados recentes têm relacionado a idade de ocorrência da menopausa e taxas de mortalidade. Mulheres com menor idade à menopausa apresentam maior taxa de mortalidade por causas gerais e por algumas causas específicas, como doenças cardiovasculares (BACCARO *et al.*, 2015).

O ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde. Tal programa fundamentou-se nos princípios do direito à saúde, da integralidade da assistência, da equidade de gênero e em propostas de ações educativas inovadoras, almejando proporcionar às mulheres a apropriação de seus corpos e de sua saúde (FERNANDES *et al.*, 2016).

Recomenda-se a abordagem humanizada dessas mulheres, com o mínimo de intervenção e uso de tecnologias invasivas possíveis, já que o reconhecimento do climatério é essencialmente clínico, e a maior parte das manifestações podem e devem ser manejadas com hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e autocuidado. O envelhecer é um processo biológico, não patológico, exigindo dos profissionais da saúde o cuidado pautado em princípios éticos aliados às competências relacionais, aconselhamento, orientações e educação para a saúde e a qualidade de vida (BRASIL, 2016).

Um ponto que merece destaque no climatério é a sexualidade, onde as mulheres reclamam bastante, pois como já foi mencionado, ocorre a perda de libido. Com isso, a mulher não possui o desejo em ter relações sexuais com seus parceiros, outro problema bastante comum nesse estágio é a fraqueza dos músculos vaginais.

A motivação para este estudo decorre da necessidade existente em manter a melhoria da vida social, qualidade de vida, condições de saúde e autoestima das mulheres no período climatérico. Por essas razões, não se deve deixar que as sequelas do climatério impeçam a mulher moderna de viver a plenitude de sua maturidade. Acredita-se que uma assistência de enfermagem adequada à saúde da mulher, nesse período, possa ser fundamental para a diminuição dos impactos gerados por esse processo de inúmeras alterações fisiológicas e psicológicas.

Percebe-se que na rotina das mulheres climatéricas, não há uma qualidade de vida tão satisfatória como poderia ter. Enfermeiros e estudantes de enfermagem não direcionam assistência às mulheres no climatério e menopausa, mas sim às mulheres que se encontram no período reprodutivo, gravídico-puerpural e no rastreamento do câncer de útero e outras patologias. Percebe-se que a mulher no climatério e menopausa não tem uma assistência estruturada pelos enfermeiros e outros profissionais da saúde e os sintomas relacionados às alterações que ocorrem nesse período não recebem a relevância merecida.

Além disto, observa-se que possui poucos estudos que envolvem a temática. Assim, este estudo trará contribuições no sentido de servir de subsidiário para o desenvolvimento de pesquisas futuras envolvendo a temática, além de trazer discussões e reflexões acerca da importância da assistência de enfermagem no climatério e menopausa para o curso de enfermagem do UNIFSA. Esse trabalho acarretará benefícios às mulheres que estão nesse período, ajudará a comunidade institucional e acadêmica e os profissionais da área da saúde, somando dados científicos atualizados e poderá ser fonte de pesquisas a respeito do tema estudado.

Foi realizado uma revisão integrativa da literatura, com finalidade de analisar as repercussões do climatério e menopausa na vida das mulheres, e descrever a assistência de enfermagem prestada as mulheres que vivenciam este período.

Para responder à questão norteadora do estudo, "Quais as repercussões do climatério e menopausa na vida das mulheres e a assistência de enfermagem?", utilizou-se a estratégia PICo, onde o P diz respeito à população (mulheres), I, o Interesse (Repercussões Assistência de Enfermagem) e Co, o contexto (Climatério Menopausa). Foi utilizado como critério de inclusão estudos de pesquisa de campo, que respondesse à pergunta da pesquisa, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, e que estivesse dentro do recorte temporal de 2005 a 2019, e como critério de exclusão outros tipos de documentos dentre eles monografias, teses, dissertações e manuais.

A busca dos estudos foi realizada nos meses de setembro a novembro de 2019, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e Base de dados de Enfermagem (BDENF), via portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os Descritores controlados em Ciências da Saúde – DeCS – Climatério. Menopausa. Assistência em Enfermagem e conector booleano "OR" e "AND".

Inicialmente foram resgatados 298 estudos, sendo 272 na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), 15 na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e 11 na Base de dados de Enfermagem (BDENF). Após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se 61 estudos e após leitura dos títulos e resumos, ao final, restaram total de 15 artigos que compuseram a amostra final.

Observa-se que dos 15 estudos a maioria foram publicados entre os anos de 2018 e 2019 (5) 33,3%, seguido dos anos de 2016 e 2017 (4) 26.6%. Verifica-se que houve variedade em relação aos tipos de periódicos, no entanto a quantidade de publicação foi igual em todos (1) 6,66%. Quanto à região houve predomínio de realização de estudos na região Sudeste do Brasil (5) 33,33% e em outros países (4) 26,66%. Após leitura minuciosa dos estudo foram construídas duas categorias conforme similaridades entre os estudos.

2. AS REPERCUSSÕES E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA: TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA VERSUS TERAPIA FARMACOLÓGICA.

De acordo com Assunção *et al.*, (2017) e Crema; Tilio; Campos, (2017) há um grande impacto na vida dessas mulheres, por conta da presença dos sintomas decorrentes do declínio estrogênico, como fatores psicossociais e culturais ligados ao próprio processo de envelhecimento do período climatérico. Muitos dos sintomas apresentados são influenciados por fatores modificáveis e o controle dos sintomas por meio de mudanças de hábitos é necessário para a manutenção da qualidade de vida. Apesar de essas dificuldades acometerem muitas mulheres, esses fatores não devem ser compreendidos isoladamente.

Ainda segundo os autores Assunção *et al.*, (2017) e Crema; Tilio; Campos, (2017) eles falam que controle dos sintomas por meio de mudanças de hábitos é necessário para a manutenção da qualidade de vida. Os resultados de grande parte dos estudos indicaram a importância da análise conjunta sobre os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, histórico de vida, podendo assim ter alternativas de uma melhorar na qualidade de vida.

O estudo feito por Cardoso; Camargo, (2017); Nievas (2005); Silva; Rocha; Caldeira, (2018) e Mamede *et al.*, (2018), observaram que além das alterações biopsicossociais que as mulheres enfrentam no climatério, há, ainda, as exigências como faixa etária, presença e problemas com companheiro, cor, hábito de beber, emprego e desemprego, doenças crônicas e a ansiedade, por exemplo, são uns dos sintomas do período climatérico, emoções podem influenciar o aparecimento de doenças específicas ou podem ser consequências de doenças, influenciando seu prognóstico que podem ser entendidas como padrões e habilidades necessárias para desempenhar de forma satisfatória a atividade profissional.

Cardoso; Camargo, (2017); Nievas (2005); Silva; Rocha; Caldeira, (2018) e Mamede *et al.*, (2018) afirmam também que a influência de outros fatores psicossociais, tais como ocorrência de óbito, recursos do sistema de saúde (UBS e PSF), associa-se de maneira significativa com uma percepção negativa do estado de saúde, as emoções podem influenciar o aparecimento de doenças específicas ou podem ser consequências de doenças, influenciando seu prognóstico. A relação entre emoções e a saúde cardiovascular é, então, bidirecional, tendo seu efeito cumulativo no decorrer do tempo, aumento da morbimortalidade, principalmente quando associada à presença da depressão. Há ainda, as exigências do trabalho, que podem ser entendidas como padrões e habilidades necessárias para desempenhar de forma satisfatória a atividade profissional.

Estudos realizados por Zancanaro; Bellaver; Manica, (2019); Santiago, (2008); Dorminare; Becker, (2007) falam que é necessário avaliar os benefícios da terapia versus os riscos potenciais. Antes de tratar com TRH, reavaliar quanto aos seus reais riscos e benefícios. A dose e o regime da terapia hormonal precisam ser individualizados com base no princípio de escolher a menor dose apropriada em relação à gravidade dos sintomas e à idade da menopausa. Já que HT pode não ser uma opção para as mulheres com problemas de mobilidade, o profissional de saúde deve considerar uma variedade de terapias para o gerenciamento de sintomas.

Zancanaro; Bellaver; Manica, (2019); Santiago, (2008); Dorminare; Becker, (2007) afirmaram que, proporcionando às mulheres uma melhor qualidade de vida é um tratamento seguro, eficaz, e com o mínimo de efeitos adversos. Estudos científicos têm demonstrado a eficácia das terapias alternativas no tratamento de muitos sintomas da menopausa, como a diminuição dos sintomas vasomotores e urogenitais. As informações fornecidas ao paciente e sua aceitação do tratamento devem ser avaliadas. Baseado em uma reavaliação quanto aos seus reais riscos e benefícios, assim então, será possível garantir amplos benefícios terapêuticos na prevenção e no tratamento dos sintomas do climatério e pósmenopausa.

Vigeta *et al.*, (2013); Molina; Suazo, (2009) e Piecha *et al.*, (2018) dizem que uma terapia não farmacológica é baseada em um conjunto de práticas e atitudes cotidianas, autocuidado terapêutico e a complexidade da necessidade de cuidado continuado dos indivíduos, intervenções no climatério devem ser norteadas por ações que promovam a qualidade de vida, na qual se valorizam as questões emocionais, sociais e culturais de cada mulher, pois elas vivenciam o climatério de forma singular, ou seja, cada sujeito com suas especificidades. A terapia não farmacológica visa proporcionar a melhora na qualidade de vida, sendo, portanto, uma medida de baixo custo e alta possibilidade de divulgação, devendo ser incluída como parte de um estilo de vida saudável assim como os hábitos nutricionais e de exercícios físicos.

Para Vigeta *et al.*, (2013); Molina; Suazo, (2009) e Piecha *et al.*, (2018) é pertinente planejar uma assistência qualificada, promovendo a saúde, por meio de grupos e atividades, com oficinas, identificando as necessidades da mulher, para a partir de informações coletadas, planejar e implementar medidas que atendam às necessidades, uma amostra dos tipos de conhecimento e diversidade de habilidades exigidas por pessoas e profissionais de enfermagem .

2.1. OS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA PARA ENFERMAGEM ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

No estudo de Gutierrez; Soto; Valdes, (2006); Pereira *et al.*, (2015); Tavares *et al.*, (2018) há a afirmação de que é um desafio para o profissional de enfermagem desenvolver atenção focada no problema real desse grupo de mulheres, resultados sugerem a necessidade de ampliar a inserção de conteúdos sobre climatério, na formação e educação permanente dos profissionais de saúde.

Princípios e diretrizes que caracterizam a ESF, a escassez de pesquisas sobre essas comunidades, particularmente, no que se refere aos dados investigados, torna esta pesquisa descritiva original e relevante. Reforça-se por meio dos resultados, a necessidade da implantação da atenção voltada à saúde da mulher climatérica.

Gutierrez; Soto; Valdes, (2006); Pereira et al., (2015); Tavares et al., (2018) dizem que a atenção focada é um problema real desse grupo de mulheres, isso traz a necessidade de aumentar o número de investigações que nos permitam entender melhor esse estágio e desenvolver estratégias de intervenção que apontem para as necessidades das mulheres no período climatérico e pós-menopausa, como a integralidade da atenção, humanização, vínculo, acesso e a resolutividade que devem ser valorizados para nortear o processo de trabalho e de avaliação das equipes no âmbito da assistência à mulher. Reforça-se por meio dos resultados, a necessidade da implantação da atenção voltada à saúde da mulher climatérica, com profissionais de saúde devidamente capacitados e sensibilizados para as particularidades inerentes a esse grupo populacional.

Cavalcanti *et al.*, (2015) afirmam que as práticas, das ações ainda não foram desenvolvidas. Vale ressaltar a falta de estudos sobre o tema, o que ressalta a importância de se concentrar em questões relacionadas ao climatério, pois é necessário identificar problemas vivenciados nesse período para reduzi-los. Portanto, tendo em vista as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde em abordar as mulheres climatéricas, em relação aos aspectos da sexualidade e pela falta de informação sobre o tema, procuramos dar maior visibilidade aos sintomas climatéricos e seus efeitos na vida sexual das mulheres.

No estudo realizado observou-se que as principais repercussões do climatério e menopausa na vida das mulheres foram nos aspectos físicos, como a irregularidade menstrual, fogachos e suores noturnos, social e psicológicos, que foi evidenciado por desequilíbrio hormonal, insônia, sensação de fadiga, fortes dores de cabeça, variações de humor, irritação e depressão. Verificou-se que, das ações desenvolvidas, tem-se mostrado que o despreparo na formação acadêmica requer reformulação da grade curricular e melhor embasamento dos enfermeiros na assistência ao climatério, menopausa e sexualidade, pois os profissionais não direcionam uma assistência qualificada para esse período da vida da mulher. Por esse motivo a equipe de enfermagem é responsável por desenvolver cuidados de uma forma ampla, mostrando a elas a amplitude de intervenções capazes de aliviar seus sintomas e desconfortos, promovendo assim uma melhor qualidade de vida. Diante deste contexto, constatamos a importância da equipe de enfermagem e reconhecemos também a importância de uma educação permanente dos profissionais de saúde sobre esse tema.

Espera-se que o estudo traga contribuições no sentido de aprofundar as discussões acerca da temática e provocar reflexões quanto à pratica assistencial de modo a enxergar a mulher em sua integralidade e de forma holística. Para isto é fundamental o preparo dos profissionais no cuidado à mulher em todo o seu ciclo vital bem como o estabelecimento do vínculo de confiança.

REFERÊNCIAS

- [1] ANDRADE, A et al. Cuidado de enfermagem à sexualidade da mulher no climatério: Reflexões sob a ótica da fenomenologia, 2016. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org. Acesso em: 08 abr. 2019.
- [2] ARAUJO, F et al. Contraception and familyplanningatthe extreme of productivelife: Climacteric Anticoncepção e planejamento familiar no extremo da vida reprodutiva. Rev. Assoc. Med. Bras. Vol. 62 n. 5 São Paulo, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000500454. Acesso em: 05 mai. 2019.
- [3] ASSUNÇÃO, D et al. Qualidade de vida de mulheres climatéricas: Qualityoflifeofclimactericstagewomen, 2017. Disponível em: http://fi-admin.bvsalud.org. Acesso em: 05 mai. 2019.
- [4] BACCARO, F et al. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar: Factorsassociatedwithmenopausalsymptoms in womenfrom a metropolitanregion in southeasternbrazil: a population-basedhouseholdsurvey. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org. Acesso em: 05 mai. 2019.
- [5] BRASIL. Protocolos da atenção básica saúde das mulheres, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude mulheres,pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

- [6] CARDOSO; CAMARGO. Percepções sobre as mudanças nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais de mulheres no climatério, 2015. Disponível em: http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br. Acesso em: 28 abr. 2019.
- [7] CAVALCANTI, A et al. Climatério: Intensidade dos sintomas e desempenho sexual. Climaterio: lagravedad de lossíntomas y eldesempeño sex, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000590014. Acesso em: 17 abr. 2019.
- [8] CARDOSO; CAMARGO. Terapia ocupacional em saúde da mulher: Impacto dos sintomas do climatério na atividade profissional. São Luiz MA: Universidade Ceuma, 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880722/lbgt-9-port.pdf. Acesso em: 16 nov. 2019.
- [9] CREMA; TILIO; CAMPOS. Repercussões da Menopausa para a Sexualidade de Idosas. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932017000300753&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 nov. 2019.
- [10] DORMINARE; BECKER. Menopause health decision support for women with physical disabilities, 2006. Dispo nível em: https://www.jognn.org/article/S08842175(15)33663-7/fulltext. Acesso em: 16 nov. 2019.
- [11] FAERSTEIN, E et al.Fatores psicossociais e socioeconômicos relacionados à insônia e menopausa: Estudo pró-saúde-psychosocial and socioeconomicfactorsrelatedtoinsomnia and menopause: pró-saúdestudy, 2015. Disponível em: https://doi.org.Acesso em: 06 mai. 2019.
- [12] FERNANDES, L et al. Atuação do Enfermeiro no Gerenciamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: The role ofthe nurse in the management of a support program for women's health care, 2016. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org. Acesso em: 24 abr. 2019.
- [13] GARCEZ, A et al. Padrões alimentares de mulheres no climatério em atendimento ambulatorial no sul do Brasil: Dietarypatterns in menopausalwomenreceiving outpatient care in southern Brazil, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14138123201500050 1565&script=sci abstract&tlng=es. Acesso em: 02 de mai. 2019.
- [14] GOLDIM. Projeto de pesquisa: Aspectos éticos e metodológicos UFRGS, 2001. Disponível em: https://www.ufrgs.br/bioetica/projeto.htm. Acesso em: 25 abr. 2019.
- [15] GUTIERREZ; SOTO; VALDES. Climaterio y Postmenopausia: Aspectos Educativos A Considerar Segun La Etap a Del Período. Universidade Católica de Chile, 2006. Disponivel em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_artt ext&pid=S071795532006000100003. Acesso em: 16 nov. 2019.
- [16] GALVÃO; MENDES; SILVEIRA. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf. Acesso em: 16 nov. 2019.
- [17] LEITÃO, A et al. Manual de enfermagem: Saúde da mulher sms/sp.4a ed, 2015. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org. Acesso em: 28 abr. 2019.
- [18] MENEZES; OLIVEIRA. Evaluation of life's quality of women in climacteric in the city of Floriano, Piauí: Avaliaç ão da qualidade de vida de mulheres no climatério cidadede Floriano, Piauí, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000200219&lng=en&tlng=en. Acesso em: 25 abr. 2019.
- [19] MOLINA; SUAZO. Teoria de orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climatério. Brasília, 2009. Di sponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400021. Acesso em: 16 nov. 2019.
- [20] MANICA; BELLAVER; ZANCANARO. Efeitos das terapias na menopausa, 2019. Disponível em: https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2064. Acesso em: 17 nov. 2019.
- [21] MORAES, Análise de conteúdo. Porto Alegre, 1999. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf. Acesso em: 17 nov. 2019.
- [22] MAMEDE et al., Sintomas Psicológicos em Mulheres Climatéricas Cardiopatas. São Luis- MA, 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/biblio-974970. Acesso em 17 nov. 2019.
- [23] NINA; FIGUEIREDO; CRUZ. Climacteric Symptoms and Sexual Dysfunction: Association between the BlattKup perman Index and the Female Sexual Function Index,
- 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v39n2/01007203rbgo390200066.pdf. Acesso em: 16 de abr. 2 019
- [24] NIEVAS. Depressão em mulheres no climatério. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde04042006092137/pt br.php. Acesso em: 16 nov. 2019.

- [25] NOGUEIRA et al. Sintomas psicológicos em mulheres climatéricas cardiopatas, 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/biblio974970. Acesso em: 17 nov. 2019.
- [26] PEREIRA et al. Atenção ao climatério realizada por profissionais da estratégia saúde da família. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a08.pdf. Acesso em: 16 nov. 2019.
- [27] PIECHA et al. Percepções De Mulheres Acerca Do Climatério. Rio grande do Sul, 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6259/pdf_1. Acesso em: 17 nov. 2019
- [28] RODRIGUES, D *et al.* Mulher climatérica: Uma proposta de cuidado clínico de enfermagem baseada em ideias freireanas. Fortaleza, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt ext&pid=S003471672012000400019. Acesso em: 30 abr. 2019.
- [29] SIMOES, S et al. O cuidar em saúde mental: Contribuições fenomenológicas acerca de mulheres trabalhadoras em situação de climatério,2015.

 Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S086403192015000200006. Acesso em: 26 abr. 2019.
- [30] SORPRESO; BARACAT; JÚNIOR. Ishormonetherapyduringclimacteric for all: Terapia hormonal no climatério é para todas? São Paulo, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302015000300191. Acesso em: 30 abr. 2019.
- [31] SOUZA, S *et al.* Mulher e climatério: Concepções de usuárias de uma unidade básica de saúde, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.recli.2017.01.001. Acesso em: 06 mai. 2019.
- [32] SANTIAGO. Advances in hormone replacement therapy: making the menopause manageable. Madri, España, 2008. Disponível em: https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6874-8-22. Acesso em: 16 nov. 2019.
- [33] SILVA; ROCHA; CALDEIRA. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. Minas Gerais, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1611.pdf. Acesso em: 16 nov. 2019.
- [34] SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010. Revisão integrativa: o que é e como fazer. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 16 nov. 2019.
- [35] TEIXEIRA, J *et al.* Educação em saúde para mulheres no climatério: Impactos na qualidade de vida. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.01.005. Acesso em: 24 abr. 2019.
- [36] TAVARES *et al.* Perfil das mulheres no climatério residentes em uma comunidadequilombola. Recife, 2018. D isponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238468/30872. Acesso em: 17 nov. 2019.
- [37] VIGETA et al. O conhecimento da higiene do sono na menopausa. São Paulo: UNIFESP, 2013. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15002. Acesso em: 16 nov.

Capítulo 17

Intervenções de enfermagem para prevenção e controle das complicações relacionadas ao puerpério

Andressa Cristina dos Santos Silva Hyllary Barbosa Macêdo Raquel Vilanova Araújo

Resumo: O período pós-parto, conhecido como puerpério é definido como período do ciclo gravídico puerperal: um processo de transformação gradativa e fisiológica sistêmica provocada no período da gravidez, havendo mudanças no organismo durante o parto na vida da mulher. O estudo teve como objetivo identificar as intervenções de enfermagem para prevenção e o controle das complicações relacionadas ao puerpério e descrever as complicações mais frequentes relacionadas ao puerpério foi realizado um pesquisa integrativa de revisão de literatura nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) utilizado como descritores: período pós-parto, cuidados de enfermagem, saúde da mulher, enfermagem obstétrica. A amostra inicial foi de 19.418 estudos, após uso dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se a amostra final de 15 artigos. Após analise dos artigos observa-se que o maior número de complicações ocorreram no puerpério imediato as mais frequentes foram: Hemorragias, alterações no tônus uterino, fissuras e ingurgitamento mamilar, depressão puerperal, alterações do sono e repouso, distúrbios metais. E foram identificadas como as principais intervenções de enfermagem para a prevenção e controle dessas complicações como sendo a promoção de ações de educação em saúde, treinamento da equipe, orientação das técnicas de amamentação correta, o autocuidado, realização de diagnósticos precoce de sinais e sintomas para HPP, a promoção do conforto físico e emocional e verificou-se a orientação em relação ao uso da ocitocina no caso das hemorragias. Portanto conclui-se que apesar dos avanços e da qualificação dos profissionais da enfermagem na área da obstetrícia ainda há muito ser melhorado em relação à assistência que está sendo prestada. Torna-se fundamental o desenvolvimento de pesquisas, assim como de discussões e reflexões em relação a pratica assistencial na obstetrícia, assim como das ações para a prevenção e controle das complicações no puerpério.

Palavras-chave: Pós-parto, Cuidado de Enfermagem, Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica.

1. INTRODUÇÃO

O pós-parto ou puerpério corresponde a um período do ciclo gravídico puerperal em que ocorre transformação gradativa e fisiológica no organismo da mulher (CHAVES NETTO, 2011; LOWDERMILK, 2012). Em média dura seis semanas, e é dividido em imediato do 1º aos 10º dias, tardio do 10º ao 45º dias e o remoto que vai além dos 45º dias (Rezende, 2017). Neste período a mulher encontra-se suscetível à diversas complicações, como a infecção puerperal dentre estas as infecções mamarias, de ferida operatória abdominal ou perineal, do útero e seus anexos e por fim as infecciosas generalizadas, o que está relacionado ao aumento da mortalidade materno infantil, um sério problema na saúde pública brasileira (CHAVES NETTO, 2015),(CALDAS, 2019).

O acompanhamento do pós-parto pela equipe de enfermagem é fundamental para prevenir a ocorrência destas complicações, neste sentido as ações visam promover o conforto, a segurança, e levantar discussões acerca do tema e identificar precocemente estas complicações a fim de implementar medidas de controle e prevenção. Alguns Programas tem sido também implementado para direcionar a assistência prestada pelos profissionais, dentre estes o Programa de atenção integral a saúde da mulher – PAISM, que orienta um olhar mais holístico, a atenção de qualidade e a humanização no cuidado a mulher que deve ser assistida em sua singularidade (BRASIL, 2016).

Diante da problemática, surge a questão norteadora do estudo: Quais as complicações mais frequentes no puerpério e as intervenções de enfermagem para prevenção e controle destas complicações? Assim o objetivo do estudo foi realizar uma revisão da literatura buscando a identificação das complicações mais frequentes no puerpério e descrever as intervenções de enfermagem para prevenção e controle destas complicações.

O estudo trará um melhor conhecimento quanto à importância da equipe de enfermagem no período do puerpério imediato, tardio e remoto, pois será possível ter uma melhor compreensão em relação às atividades desenvolvidas para a prevenção e controle das complicações neste período em que a mulher se encontra tão fragilizada e vulnerável. A pesquisa trará contribuições no sentido de ampliar e fortalecer as discussões acerca da temática em discussão.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica do método revisão integrativa de literatura com abordagem quantitativa que percorreu as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa; busca na literatura dos estudos primários; coleta de dados; avaliação dos estudos primários; análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

De acordo SOUZA, Marcela Tavares *et al* (2010) a ser realizada nas seguintes Etapas: 1- Elaboração da pergunta norteadora; 2- Busca nas bases de dados e amostragem; 3- Coleta de dados, 4- Análise críticas dos estudos organizada e organização dos dados.

Para responder à questão norteadora do estudo: "Quais as complicações mais frequentes no puerpério e quais as intervenções de enfermagem para prevenção e controle das complicações relacionadas ao puerpério", utilizou-se o acrômio PICo, onde, o P corresponde a população (Mulheres); o I- Interesse (Intervenções de enfermagem/ prevenção/controle complicações) e o Co – Contexto (Puerpério).

A busca foi realizada nos meses de fevereiro a março de 2020 nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) com os Descritores em Ciências da saúde (DESCS): período pós- parto, cuidados de enfermagem, saúde da mulher, enfermagem obstétrica e conector booleano "OR", conforme estratégia de busca descrita no quadro 1.

Quadro 1: Descrição do acrômio e componentes da pesquisa

Base de dados	Estratégia de busca	Amostra inicial	*Após filtragem	Critérios de exclusão	Amostra final
Lilace	Usando os descritores: cuidados de enfermagem e período pós- parto com o conector booleano "OR"	19.272	98	97	01
Bdenf	Usando os descritores: cuidados de enfermagem e período pós- parto com o conector booleano "OR"	146	51	36	14
Total		19.418	149	133	15

Autor: Andressa Cristina dos Santos Silva, Hyllary Barbosa Macedo e Raquel Vilanova Araújo.

Foram incluídos pesquisas originais, estudo de coorte, estudo de caso controle, ensaio clinico randomizado que respondam à pergunta da pesquisa, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol e publicados nos últimos dez anos e excluídos estudos duplicados indisponíveis na integra para leitura teses, dissertação, monografias, manuais e estudos de revisão.

A coleta de dados foi realizada com o auxílio de um instrumento elaborado pelos pesquisadores que consta de informações relacionadas ao ano de publicação, nome do periódico, natura do artigo, abordagem, tipo de estudo, local do estudo, as complicações no puerpério imediato, tardio e remoto e as intervenções de enfermagem relacionadas ao controle e prevenção das complicações conforme cada período do puerpério.

3. RESULTADO

No quadro 2, tem-se a descrição dos estudo conforme nome do autor, ano, título e objetivos.

Quadro 02. Caracterização dos artigos conforme nome dos autores, título dos estudos e objetivo. Teresina PI, 2020.

f 1, 2020.				
N	Autor/ano	Titulo	Objetivo	
1		Assistencia de enfermagem a muiner no	Descrever a assistência de enfermagem prestada no pós-parto imediato na percepção dos enfermeiros de um hospital público.	
2		Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério	Investigar a satisfação das puérperas, em internação, com os cuidados especializados prestados pelos os Enfermeiros num serviço de obstetrícia de uma unidade de saúde de Portugal.	
3	al,; (2015)	numanização na assistencia de enfermagem no nuernério imediato	Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a humanização na assistência a puérpera, em um hospital público na região do Seridó, Rio Grande do Norte.	
4	Barbosa EMG, et al,; (2014) _.	Cuidados de enfermagem a uma puérpera fundamentados na teoria do conforto.	Aplicar e descrever o processo sistemático de cuidar em enfermagem, dirigido a uma puérpera.	
5		milineres nilerneras	Conhecer como se dá o cuidado de enfermagem na visão de mulheres puérperas de uma maternidade, durante a permanência no alojamento conjunto.	
6	al,; (2018)		Identificar as necessidades de autocuidado no pós- parto em grupos de puérperas e acompanhantes.	
7	(2017)	durante avaliação puerperal: implicações	Relacionar a perda hemática com queixas, sinais ou sintomas de alterações sanguíneas no puerpério, por meio de mensuração do nível de (Hb) e (Ht).	

^{*}Texto completo, bases de dados, assunto principal (período pós-parto, cuidados de enfermagem, enfermagem obstétrica, saúde da mulher) e idiomas (português, inglês e espanhol).

(Continuação)

Quadro 02. Caracterização dos artigos conforme nome dos autores, título dos estudos e objetivo. Teresina PI, 2020.

N	Autor/ano	Titulo	Objetivo
8			Relatar a experiência do "Dia G da gestante" no processo formative de acadêmicos de Enfermagem.
9	al.; ⁽²⁰¹⁷⁾ .		Verificar as orientações prestadas pelo enfermeiro a puérpera em alojamento conjunto.
10	Silva EC, et al,; (2017)		Conhecer a percepção de mulheres sobre o puerpério e assistência de enfermagem.
11	l Ribairo ISST at	Atitudes de Enfermeiros nos cuidados com famílias no contexto do parto e puerpério imediato	Identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado no contexto do parto e puerpério Descrever as atitudes que contribuem e\ou implicam para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros.
12		cuidado de enfermagem recebido no pós-	Conhecer as percepções de puérperas acerca e cuidado de enfermagem durante o pós-parto imediato.
13	(2019).		Conhecer as orientações sobre período puerperal, fornecidas á mulher no puerpério imediato
14			Avaliar a assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto.
15	al _{.;} (2019)	requencia e latores associados a nao realização da consulta puerperal em um	Identificar a frequência da não realização das consultas de puerpério e fatores associados em mulheres residentes de um município de médio porte no Brasil

Fonte: Pesquisa direta em Bases de Dados

Na tabela 1, tem-se a descrição dos estudos selecionados conforme o ano de publicação, periódico, tipo de abordagem, população do estudo e local da pesquisa. Verificou- se o maior numero de publicações ocorreu nos anos de 2017 e 2018 04 (26,5%), respectivamente. Já o maior número de publicações foi na Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental 06 (40,0%), de abordagem quantitativa 08 (53,3%), e desenvolvidas em Maternidade (alojamento conjunto) 12 (80,0%).

Tabela 01. Distribuição das produções científicas segundo o ano de publicação, periódico de publicação e abordagem metodológica e região geográfica. Teresina, 2020.

% 6.66
6.66
0.00
20,0
26.6
26.6
20,0
26.6
40,0
6.66
6.66
6.66
6.66
6.66

(Continuação)

Tabela 01. Distribuição das produções científicas segundo o ano de publicação, periódico de publicação e abordagem metodológica e região geográfica. Teresina, 2020.

Tipo de abordagem			
Qualitativa 07 46.6			
Quantitativa 08 53.3			
Local da pesquisa			
Maternidade (alojamento conjunto)	12	80,0	
Unidade Básica de Saúde	03	20,0	

Fonte: Pesquisa direta em Bases de Dados

Conforme o gráfico 1, observa-se que o maior número de complicações ocorreram no puerpério imediato.

Gráfico 1: Ocorrência das complicações nos momentos do puerpério (imediato, tardio e remoto).



Fonte: Pesquisa direta em Bases de Dados

Das complicações mais frequentes no puerpério imediato verificou-se que foram aquelas relacionadas à alteração do tônus uterino, fissura e ingurgitamento mamilar, disfunção no padrão do sono, ansiedade e distúrbios mentais como psicose e baby blues. Verifica-se a ocorrência de complicações hemorrágicas no puerpério imediato e tardio e dos quadros de psicose no puerpério tardio e remoto, conforme quadro 3.

Quadro 3: Complicações mais frequentes conforme cada período do puerpério.

Complicações no puerpério				
Imediato	Tardio	Remoto		
Hemorragia ⁽⁷⁻¹⁴⁾	Depressão pós-parto ⁽¹³⁾	Psicose puerperal ⁽¹³⁾		
Estresse ⁽⁶⁻¹³⁾	Psicose puerperal ⁽¹³⁾			
Dor aguda ⁽⁴⁾	Hemorragia ⁽⁷⁻¹⁴⁾			
Alteração no tônus uterino ⁽⁷⁾				
Fissuras e ingurgitamento mamilar ⁽¹⁰⁻¹³)				
Depressão puerperal ⁽¹³⁾				
Alterações do sono e repouso (13)				
Ansiedade ⁽¹³⁾				
Distúrbios mentais (psicose) ⁽¹³⁾				
Baby blues ⁽¹³⁾				

Fonte: Pesquisa direta em Bases de Dados

Verifica-se no gráfico 2 que as medidas para prevenção das complicações relacionadas ao puerpério, foram mais frequentes no puerpério imediato.

Medidas de prevenção das complicações no Puerpério

Gráfico 2: Prevenção das complicações em cada período do puerpério.

Fonte: Pesquisa direta em Bases de Dados

Observa-se no quadro 4 que houve destaque das medidas de prevenção das complicações adotadas no puerpério no imediato dentre elas o treinamento da equipe, ações de educação em saúde, orientações para o autocuidado e amamentação correta. Já no puerpério tardio e remoto houve destaque das orientações para o autocuidado.

Quadro 4: Medidas de prevenção das complicações conforme cada período do puerpério

Medidas de prevenção das complicações relacionadas ao puerpério			
Imediato			
Treinamento da equipe (1-3-7)			
Promoção de ações de educação em saúde (1-2-3-5-6-8)			
Promover cuidados especializados de enfermagem ⁽²⁾			
Garantir cuidados e informações sobre as fases do puerpério ⁽²⁾			
Orientar técnicas de amamentação correta (1-2-9)			
Promover conforto físico e emocional ⁽⁵⁾			
Realizar diagnóstico precoce de sinais e sintomas de HPP ⁽⁷⁾			
Tardio			
Promover cuidados especializados de enfermagem ⁽²⁾			
Estimular e orientar o autocuidado (1-2-6-9-10-13)			
Remoto			
Prover cuidados especializados de enfermagem ⁽²⁾			
Estimular e orientar o autocuidado ⁽²⁻⁶⁻⁹⁻¹⁰⁻¹³⁾			

Fonte: Pesquisa direta em Bases de Dados

4. DISCUSSÕES

O puerpério é um período provisório, em que a puérpera está vulnerável fisicamente e psicologicamente. Portanto, é imprescindível que essa mulher encontre um cuidado eficiente durante esse período, que seja considerado as suas alterações físicas e emocionais, pois entende se que é um momento que exige uma assistência de enfermagem com intervenções de qualidade para que se possa controlar ou prevenir diversas complicações que se apresentam nesse período (SANTOS, 2018).

Segundo Chaves Netto (2011), o período puerperal, é dividido em três períodos, o pós-parto imediato que vai do 1° ao 10° dia após o parto, nesse período para Cassiano AN, *et al*,(2015) é o que apresentar o maior o número de complicações , o pós-parto tardio do 10° ao 45° e o pós-parto remoto que ultrapassarem os 45° dias.

Em estudo realizado por Oliveira TD, *et al* (2019), verificou-se que as complicações mais frequentes no puerpério foram as infecções mamarias como as mastites, ingurgitamento mamilar, fissura e abcessos mamilar, alterações no sono e repouso, ansiedade, hemorragia pós-parto (HPP) decorrente da ruptura de vasos sanguíneos e por fragmentos placentários entre outras.

Santos (2015) acrescenta que outras complicações importantes muitas vezes passam despercebidas pela equipe profissional e que necessitam de atenção com é o caso das alterações psicológicas como a depressão pós-parto. O autor completa explicando que a depressão leve, dura em torno de 3 á 10 dias, e é caracterizada por tristeza, sentimento de inadequação ao momento que está sendo vivenciado, além de irritabilidade, inconstância emocional, tensão e outros distúrbios mentais como psicose puerperal e Baby blues.

Vieira SN, et al (2018), destacar a importância do desenvolvimento de técnica a serem desenvolvidas pelos profissionais para o controle destas complicações relacionadas ao puerpério bem como do conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao manejo das hemorragias com o uso de ocitocina. Os autores explicam que o conhecimento e o treinamento dos profissionais de saúde são fundamentais no controle destas complicações.

Rezende (2017), completa afirmando que é essencial o encorajamento da deambulação precoce para o melhor controle de algumas das complicações no puerpério, pois favorece a regressão do útero com a descida dos *lóquios*, além de melhorar o funcionamento da bexiga, intestino e prevenir trombose. O autor destaca que é importante a observação e registro continuo da cor, odor, quantidade e aspecto dos *lóquios* para a prevenção de HPP e infecções que possam ocorrer.

Para a prevenção e controle das complicações relacionadas à mama, Correia *et al* (2015) dizem que é fundamental as orientações em relação à pega adequada da mama e o uso adequado de sutiãs e o esvaziamento da mama com bomba apropriada. Os autores reforçam a importância da equipe de enfermagem avaliar o estado emocional da puérpera e bem como a avaliação da sua aceitação em relação à maternidade, e identificar o grau de interação da mãe com o recém-nascido e da integração familiar no processo de amamentação de modo a motivar sua participação no processo de ensinamento.

Barbosa EMG, et al (2018), destacam que o desenvolvimento das atividade de educação em saúde e as orientações fornecidas pela equipe de enfermagem em relação ao autocuidado e realização de exercícios físicos, é essencial no controle e prevenção das complicações no puerpério, devendo os profissionais estarem preparados e atualizados sobre a temática. É destacar que neste contexto as intervenções de enfermagem tem grande importância para o alcance de resultado positivo e melhor qualidade de vida das puérperas (SILVA EAL, et al, 2017).

As orientações em relação aos cuidados com ferida operatória, higienização do corpo e da genitália e a alimentação, conforme Barbosa EMG, *et al*, (2018), também podem contribuir para prevenir as complicações. Os autores completam afirmando que as medidas para promoção do bem estar e conforto físico e emocional também são de grande importância para o fortalecimento físico e emocional das puérperas, ainda mais por saber que o corpo reage de forma diferente à este momento, que deve ser vivenciado de forma única por cada mulher seja de forma positiva ou negativa depende do processo.

Em estudo realizado por Silva EC, et al (2017), verificou-se que as puérperas que não foram orientadas sobre o autocuidado e o cuidado com filho no momento da altar hospitalar e que tiveram dúvidas que não foram elucidadas, tiveram maiores complicações no decorrer do puerpério, identificadas na visita domiciliar. Diante disto, os autores destacam a importância da Assistência de qualidade à estas mulheres no sentido de preencher as lacunas existentes e responder aos seus questionamentos.

Em pesquisa realizada, verificou-se que as mulheres se sentem negligencia em relação à Assistência de Enfermagem que recebem dos profissionais, pois os cuidados são voltados quase que exclusivamente para os cuidados com o recém-nascido (MESQUITA NS, *et al*, 2019). Diante disto, destacam a necessidade de uma assistência mais individualizada a fim de atender as necessidades dessas puérperas, direcionando o olhar para o binômio mãe-filho, devendo serem vistos de maneiras holística, integral e humana.

Mercado NC, et al (2017), completa afirmando que as mulheres que se sentem negligenciada em relação a assistência prestada pelos profissionais de saúde, por outro lado se sentem satisfeitas pois são instruídas a ter independência no cuidado do deu filho o que aumenta a interação mãe e filho, e portanto ajuda a prevenir muitas complicações tanto física como emocionais que são comuns neste período de adaptação.

Correia TIG, et al,(2015), enfatiza que o maior nível de satisfação das puérperas em relação aos cuidados de enfermagem, ocorre a partir dos seis meses e completa explicando que a insatisfação anterior estava relacionada aos cuidados de enfermagem recebido pela puérpera no período de forma negativa. Destacase que a Assistência de Enfermagem deve ser prestada de maneira sistematizada e individualiza.

Para Barbosa EMG, et al (2014), é necessário a aplicação da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) para a identificação destas complicações, de forma a avaliar as necessidades individuais e planejar as intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados esperados. Para Ruiz MT, et al (2017), com a implementação da SAE é possível desenvolver ações direcionadas para a prevenção e controle das complicações puerperais, de modo a garantir uma Assistência de enfermagem segura, de qualidade e com competências. Devendo as puérperas serem orientadas em relação ao autocuidado e do cuidado com o recém-nascido a fim de reduzir os riscos de possíveis complicações.

Mercado NC, et al,(2017), ainda destaca a necessidade de qualificação da assistência de enfermagem, em relação aos cuidados na serem prestados no puerpério imediato a fim de prevenir e conduzir com segurança e habilidade as possíveis complicações. Neste contexto é essência o planejamento das ações de enfermagem a serem realizadas de modo a manter uma visão integral e humanizada à mulher. Silva EC, et al,(2017), corrobora afirmando que a assistência de enfermagem no período gravídico puerperal dever ser constituído de momentos especiais e abertos, onde a mulher mantenha sua autonomia, de modo a esclarecer suas dúvidas e anseios, fornecer subsídios educativos e assistencial, e portanto preencher as possíveis lacunas.

De acordo com Ebling SBD, et al,(2018), é importante ressaltar que os avanços tecnológicos na assistência de enfermagem e das intervenções de qualidade, são fundamentais para prevenção e controle das complicações relacionadas ao puerpério. Cassiano AN, et al (2015), completa afirmando que a humanização deve ser a base para a prestar uma assistência de enfermagem de qualidade ao enxergar cada indivíduo de modo integral e holístico.

5. CONCLUSÃO

No estudo realizado verificou-se que o maior número de complicações relacionadas ao puerpério ocorreu no puerpério imediato, sendo as mais frequentes as hemorragias, alteração no tônus uterino, fissuras e ingurgitamento mamilar, depressão, alterações do sono e repouso, distúrbios metais. Das intervenções realizadas diante dos problemas identificados foram relacionadas ao desenvolvimento de ações de educação em saúde, treinamento da equipe, orientação quanto às técnicas corretas de amamentação, o autocuidado, realização de diagnósticos precoce de sinais e sintomas para HPP, medidas de conforto físico e emocional. Das medidas para o controle das hemorragias, verificou-se a orientações em relação ao uso da ocitocina. Portanto conclui-se que apesar dos avanços e da qualificação dos profissionais da enfermagem na área da obstetrícia ainda há muito ser melhorado em relação a assistência que está sendo prestada. Torna-se fundamental o desenvolvimento de pesquisas, assim como de discussões e reflexões em relação a pratica assistencial na obstetrícia e das ações para a prevenção e controle das complicações no puerpério.

REFERÊNCIAS

- [1] BARBOSA, Eryjosy Marculino Guerreiro et al. Cuidados de enfermagem a uma puérpera fundamentados na teoria do conforto. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 4, p. 845-854, 2014.
- [2] BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- [3] CALDAS, EridanLalucha de Freitas Conceição et al. Fatores de riscos para infecção puerperal: revisão integrativa. 2019.
- [4] CAMILLO, Bibiana Schultz et al. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. Rev. enferm. UFPE on line, p. 4894-4901, 2016.
- [5] CHAVES NETTO, Hermógenes. Manual de Condutas em Obstetrícia. 3°ed. São Paulo: Atheneu, 2011.
- [6] CHAVES NETTO, Hermógenes. Obstetrícia Básica. 3° ed. São Paulo: Atheneu, 2015.
- [7] CORREIA, Teresa; PEREIRA, Maria de Lurdes Loureiro. Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério. Revista Eletrônica de Enfermagem, p. 21-29, 2015.

- [8] SILVA ROCHA, Kátia et al. Orientações sobre período puerperal recebidas por mulheres no puerpério imediato. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, 2019.
- [9] DE MESQUITA, Nayara Sousa et al. Percepções de puérperas acerca do cuidado de enfermagem recebido no pós-parto imediato. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, p. 160-166, 2019.
- [10] CASSIANO NASCIMENTO, Alexandra et al. Assistência de enfermagem à mulher no puerpério imediato: um ensaio descritivo. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 7, n. 1, p. 2061-2071, 2015.
- [11] EBLING, Sandra Beatris Diniz et al. Compreensões de cuidado na visão de mulheres puérperas. Revista de Pesquisa cuidado é fundamental Online, p. 30-35, 2018.
- [12] LOWDERMILK, Deitra Leonardo, et al. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. 10° ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- [13] MERCADO, Nayara Caselato et al. Cuidados e orientações de enfermagem às puérperas no alojamento conjunto. Revista de Enfermagem UFPE Online, p. 3508-3515, 2017.
- [14] OLIVEIRA, Thais Damasceno et al. Orientações sobre período puerperal recebidas por mulheres no puerpério imediato. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v.11, p.620-626, 2019.
- [15] RESENDE, Filho Jorge, MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. Rezende Obstetrícia. 13º ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2017.
- [16] RIBEIRO, Jéssica Sâmia Silva Torres et al. Atitudes de enfermeiros nos cuidados com famílias no contexto do parto e puerpério imediato. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 2018.
- [17] RUIZ, Mariana Torreglosa et al. Perda hemática e sinais ou sintomas durante avaliação puerperal: implicações para a assistência de enfermagem. Revista Enfermagem UERJ, v. 25, p. 22756, 2017.
- [18] SILVA, Elaine Andrade Leal; AMPARO, Grace Kelly Santos; SANTOS, Eliene Batista dos. A formação em enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Revista de Enfermagem UFPE Online, p. 5139-5144, 2017.
- [19] SILVA, Elzivânia de Carvalho et al. Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. Revista de Enfermagem UFPE Online, p. 2826-2833, 2017.
- [20] SOUZA, Marcela Tavares de, MICHELLY Dias da Silva, and Rachel de Carvalho. Revisão integrativa: o que é e como fazer. São Paulo:Einstein,(2010): 102-106.
- [21] VIEIRA, Solana Nunes et al. Avaliação da assistência de enfermagem na hemorragia pós- parto.Revista de Enfermagem UFPE Online, p. 3247-3253, 2018.

APÊNDICE

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS:

№ DO FORMULÁRIO:
AUTORES:
ANO DE PUBLICAÇÃO:
TITULO DO TRABALHO:
PERIODICO DE PUBLICAÇÃO:
LOCAL DA PESQUISA:
TIPO DE PESQUISA:
OBJETIVO:
PRINCIPAIS RESULTADOS:
PRINCIPAIS EVIDENDIAS/CONCLUSÕES:

Capítulo 18

Representações sociais de profissionais da saúde sobre o abortamento

Camilla do Nascimento Jordão
Juliana da Silva Nogueira Carvalho
Jones Sidnei Barbosa de Oliveira
Evelyn Ferreira Lins
Manoel Adauto Cunha Monteiro
Sandra Valongueiro Alves
Cleuma Sueli Santos Suto

Resumo: O aborto continua sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna, representando 14,5% de todas as mortes maternas no mundo. O principal objetivo do trabalho foi compreender as Representações Sociais de profissionais de saúde sobre abortamento em quatro Maternidades Municipais de Recife. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, realizado com 15 profissionais de saúde em maternidades públicas do município de Recife. O tamanho amostral foi determinado por saturação teórica. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada. A análise dos dados aconteceu em duas etapas: descrição das variáveis sociodemográficas e interpretação do dendograma e nuvem de palavras, obtidos com o software Iramuteq. Todas as participantes tinham orientação religiosa, sendo mais prevalente a católica (46%). Sessenta e sete por cento delas tinham mais de 10 anos de formadas. O estigma do aborto muitas vezes fez com que o atendimento fosse permeado de juízo de valor e preconceito. O papel das profissionais foi entendido como central, hierarquicamente acima do papel da mulher, identificada como paciente, passiva, que aguarda. Aprendeeu-se que as representações sociais de profissionais da sáude sobre abortamento são marcadas pelo juízo de valor, discriminação e preconceitos neste estudo.

Palavras-chave: Direitos sexuais e reprodutivos, Humanização da assistência, Relações profissional-paciente, Aborto, Ética.

1. INTRODUÇÃO

O aborto continua sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna, representando 14,5% de todas as mortes maternas no mundo¹. Essas mortes poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem acesso a um aborto seguro e não fossem expostas a procedimentos realizados em condições inapropriadas. Obviamente a prevenção primária da gravidez é o uso de métodos contraceptivos, mas sabe-se que a eficácia desses métodos não é garantia absoluta. Ainda nesse contexto, deve-se considerar que a violência sexual também é responsável por um número expressivo de gravidezes não desejadas².³.

Aos 40 anos de idade, quase uma em cada cinco mulheres já realizou um aborto, sendo estimada no ano de 2015 a ocorrência de cerca de meio milhão de abortos no país. Metade dessas mulheres precisou ser internada por alguma complicação do procedimento, devido ao fato de que a maior parte desses abortos é ilegal e, portanto, realizada de forma insegura, o que torna o aborto um problema de saúde pública⁴...

Entende-se por aborto, o óbito fetal com idade gestacional menor que 22 semanas ou quando o feto pesa menos do que 500g e/ou mede menos de 25 cm de comprimento^{5,6}. O abortamento pode ser espontâneo, devido a más-formações ou condições incompatíveis com a vida, o que ocorre em 10 a 15% de todas as gestações; ou provocado⁵.

No Brasil, a legislação sobre aborto é restritiva, e a interrupção voluntária da gravidez é permitida em apenas três situações: gravidez com risco de morte iminente para a mulher; gravidez resultante de violência sexual (estupro); e desde 2012, por jurisprudência, gravidez com presença de feto anencéfalo por ser uma condição incompatível com a vida^{7,8}.

Os métodos utilizados pelas mulheres em abortos por muito tempo variaram desde chás a instrumentos perfurantes. Porém, com advento do Citotec® ou misoprostol no mercado na década de 1990, houve uma mudança no cenário do aborto inseguro, diminuindo-se o uso de desses métodos mais invasivos, o que acarretou uma diminuição do número de internamentos hospitalares por complicação de aborto, já que aumentou a ocorrência de abortos completos e reduziu o número de infecções e hemorragias e consequentemente de mortes atribuídas diretamente a interrupção de uma gravidez⁹.

É importante ponderar, entretanto, que se por um lado o acesso ao misoprostol tem reduzido o número de internações hospitalares e número de mortes maternas por suas complicações, por outro, o fato de a droga ser proveniente de fontes clandestinas, tem exposto as mulheres a riscos como a falsificação, uso indevido, dosagem inadequada, desencorajamento por parte dos vendedores a procurar o serviço de saúde em caso de complicações e até assédio sexual, por parte de traficantes⁹.

Devido ao estigma que o aborto possui na sociedade, ao necessitar de um internamento, a mulher em situação de abortamento, por vezes, recebe um atendimento permeado de juízo de valor, discriminação e preconceito, por parte dos profissionais de saúde que agem com parcialidade, orientados por suas convicções pessoais, provocando nela sentimentos de abandono, desassistência e isolamento^{10,11}. Ainda que se trate de situação prevista em lei, a qualidade da assistência à mulher em situação de abortamento nos serviços de saúde tem se mostrado aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde, uma questão que tem gerado reflexões no âmbito da bioética e das políticas públicas.

As Representações Sociais (RS) construídas pelos profissionais de saúde acerca do aborto expressam uma realidade simbólica, não apreensível numa primeira aproximação, que tem capacidade de mobilizar a realidade gerando e orientando os comportamentos e atitudes¹². Assim, a realização deste estudo partiu da vivência como enfermeira em maternidades, assistindo mulheres em situação de abortamento e questionando-se sobre a qualidade da assistência, com o objetivo de conhecer a percepção das profissionais de saúde acerca do aborto.

2. MÉTODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, A pesquisa qualitativa leva em consideração a realidade em que o indivíduo está inserido, trabalhando num universo de significados, de representações pessoais, história de vida, atitudes, crenças, valores e opiniões, aprofundando-se nos processos e acontecimentos que não podem ser restringidos à operacionalização de variáveis¹³.

Este estudo é fundamentado pela Teoria das Representações Sociais (TRS), muito utilizada pela enfermagem. Ela permite ao pesquisador conhecer o entendimento dos próprios participantes da realidade que pretende estudar facilitando a compreensão de atitudes e comportamentos de um grupo social. As RS são uma forma de conhecimento socialmente organizado e partilhado¹⁴.

Este estudo foi realizado em quatro maternidades municipais de risco habitual na cidade do Recife, que contam um total de 415 profissionais de saúde lotados nos setores de Triagem e Sala de Parto, sendo 125 ginecologistas obstetras, 94 enfermeiros, 161 técnicos de enfermagem, 18 psicólogos e 17 assistentes sociais. A carga horária desses profissionais varia entre 24 e 30 horas semanais, distribuída em plantões diurnos, noturnos, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde.

A população do estudo foi definida por saturação teórica, através da qual se fez a suspensão de inclusão de novos participantes quando os discursos começaram a se apresentar redundantes ou repetidos, não sendo relevante persistir na coleta de dados, pois estes pouco ou nada acrescentariam para o aperfeiçoamento da reflexão teórica¹⁵.

Foram entrevistadas 15 profissionais, sendo incluídas apenas profissionais de saúde do sexo feminino que atuassem nos setores de Triagem e Sala de Parto/Centro de Parto Normal. A opção por profissionais de saúde ocorreu por ser uma população exposta ao conhecimento técnico/científico e a opção pelo sexo feminino, para averiguar se havia empatia das profissionais para com as mulheres determinada pela identidade de gênero.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento composto de duas partes, a primeira continha dados sócios demográficos, incluindo as variáveis: idade, religião, renda familiar, situação conjugal, tempo de formação acadêmica, grau de escolaridade, tipo de vínculo empregatício, tempo de trabalho na maternidade e quantidade de vínculos; e a segunda, uma entrevista semiestruturada com 10 perguntas que possibilitou às participantes se expressarem livremente acerca da temática.

A coleta de dados ocorreu entre julho e outubro de 2018. As entrevistas foram realizadas durante três visitas em cada maternidade, em ambientes privados, como salas de reunião e de repouso para garantir a privacidade às participantes. As entrevistadas foram escolhidas aleatoriamente por sorteio de lista nominal das profissionais que estavam de plantão nos dias da coleta de dados. Foi realizada gravação do áudio da entrevista após a concordância da participante para posterior transcrição, e a duração média das entrevistas foi de 11 min. Além disso, foi produzido um diário de campo para minimizar o viés de memória.

As participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das entrevistas. Este estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer n° 2.700.765 e CAAE 88362418.0.0000.5192, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde $466/2012^{16}$.

A análise dos dados aconteceu em duas etapas: na primeira, com os dados sociodemográficos, foi utilizado o programa Excel do pacote Microsoft Office 365 ProPlus e na segunda, utilizou-se o *Iramuteq* (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), um software gratuito desenvolvido na linguagem Python. Este fornece diversas formas de análises estatísticas de textos, produzidos a partir de entrevistas, documentos¹⁷. Para a análise com o *Iramuteq* preparou-se os textos, dividindo-os em quatro temas diferentes, o que produziu quatro *corpus* textuais distintos.

As respostas de cada profissional foram separadas por uma linha de comando, compreendendo 3 variáveis, seguidas do número de identificação dado a cada participante (**** *E_1; **** *Mat_1; **** *Cat_1). A variável (E) se referiu à entrevistada, totalizando 15; a variável (Mat) se referiu à maternidade onde a profissional é funcionária, totalizando 4; e a variável Cat se referiu às categorias ou temas em que foram divididas as respostas, totalizando 4.

Após a transcrição, realizada no programa Bloco de Notas, o arquivo foi salvo como documento de texto na codificação UTF-8 (*Unicode Transformation Format 8 bit codeunits*). As perguntas foram suprimidas, mantendo-se somente as respostas na íntegra. Em seguida, foi realizada uma revisão da pontuação e gramática do texto, uniformização das siglas e junção de palavras compostas, como o termo "técnica_de_enfermagem" para melhor aproveitamento das palavras.

Na análise com o *software*, apesar de terem sido gerados 4 corpus textuais, para este artigo, foram analisados apenas o corpus 1 e o corpus 2. O corpus 1, denominado "conhecimento sobre a legislação do aborto" foi produzido a partir das respostas às perguntas "No Brasil, existe aborto legal? Em que situações?" e "Existe alguma penalidade para a mulher que provoca um aborto no Brasil? E para o profissional?", totalizando 15 textos organizados no mesmo arquivo, que originou 15 UCI (Unidades de Contexto Inicial)¹⁸.

O corpus 2, denominado "assistência ao abortamento nas maternidades, derivou das respostas às perguntas "Quais são as etapas da assistência a mulheres em situação de abortamento nesta instituição, desde a triagem até a alta hospitalar?" e "Você considera que existem diferenças entre o atendimento de mulheres em situação de abortamento e o atendimento de parturientes? Por que?". Para a análise foi utilizado o método da nuvem de palavras, outra imagem possível no *Iramuteq*. Por meio da Nuvem de Palavras, é possível ter uma visão clara do material a ser explorado, pois ela permite identificar rapidamente as palavras chaves do *corpus* textual¹⁷.

3. RESULTADOS

Foram entrevistadas 15 profissionais de saúde do sexo feminino, sendo seis técnicas de enfermagem, cinco médicas, duas enfermeiras, uma psicóloga e uma assistente social. Quanto à idade, duas estavam entre 30-34 anos, quatro entre 35-39 anos, duas entre 40-44 anos, três entre 45-49 anos, uma com 58 anos e uma com 64 anos. A raça/cor declarada por 10 (66%) das participantes foi a parda, seguida da branca, preta e amarela.

A orientação religiosa mais prevalente foi a católica (46%). O tempo de formação variou entre menos de 1 a 40 anos, sendo que a maioria tinha mais de 10 anos de formada. O tempo de trabalho prevaleceu de 0 a 5 anos, mas havia profissionais com menos de 1 mês e com 25 anos de vínculo empregatício. Quanto à situação conjugal, a maioria das participantes (67%) era casada ou estava em união estável. A renda familiar apareceu com igual frequência nas variações entre 1 a 3 salários mínimos (40%) e >10 salários mínimos (40%).

Os dados analisados por meio do *iramuteq* gerou, a partir do cruzamento de segmentos de texto e palavras, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e criou um dendograma composto por 4 classes (Figura 1). Os segmentos de texto incluídos em cada classe foram aqueles que continham as palavras em sua forma ativa (verbos, adjetivos e nomes comuns), as formas complementares (preposições e conjunções) não foram incluídas. No processamento do corpus foram classificadas 35 Unidades de Contexto Elementar (UCE), das quais foram aproveitadas 26, ou seja, 74,29 % do total do corpus, próximo do que é considerado um bom índice de aproveitamento de UCE (75%).

A leitura da relação interclasses feita da direita para a esquerda, assim, tem-se que o *corpus* 1 foi dividido em dois *subcorpus*. O primeiro *subcorpus* originou a classe 4 com 6 UCE, correspondendo a 23,1% do total. O segundo *subcorpus* originou a classe 1 com 5 UCE, correspondendo a 19,2%, e sofreu uma segunda subdivisão, originando a classe 2 com 8 UCE e a classe 3 com 7 UCE, sendo 30,8% referente à classe 2 e 26,9% à classe 3 do total das UCE. Cada classe tem uma cor diferente e as UCE tem a mesma cor da classe a qual pertencem. Através do dendograma foi possível visualizar as palavras que mais se repetiram em cada classe e as que foram menos frequentes.

A classe 1 foi a menos frequente (19,2%) e relacionou-se com o conhecimento das profissionais sobre as situações em que o aborto é legalizado no Brasil apresentando as palavras 'risco', 'vida' e 'estupro' com a maior frequência de repetição. A classe 2 (30,8%), foi a que apresentou maior quantidade de UCE e abordou a penalidade para a mulher que provoca um aborto ilegal, sobressaindo as palavras existir, saber e dever. Essa classe se relaciona diretamente com a classe 3 (a segunda mais frequente – 26,9%), que apresenta as palavras penalidade, questão e legal com maior frequência e está relacionada a penalidade para o profissional de saúde que realiza aborto fora das situações previstas em lei.

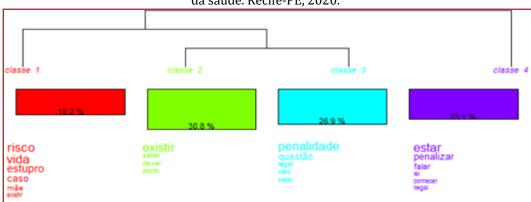


Figura 1 - Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente dos termos evocados pelos profissionais da saúde. Recife-PE, 2020.

Fonte: Elaborado com base no software Iruamteq, 2020.

A classe 4 relacionou-se à questão penal e ética do aborto no Brasil. Apesar de as profissionais, afirmarem que existe penalidade jurídica para o profissional que realiza aborto fora dos casos previstos em lei, elas não sabiam especificar qual o tipo e o tempo da sanção.

Na classe 1, que inclui as respostas das profissionais sobre as situações em que o aborto está previsto em lei, observa-se as palavras risco, vida e estupro com maior frequência, porém em suas falas, 13 das participantes referiram também que o abortamento voluntário, em caso de mal formação fetal incompatível como a vida, é legalizado. No entanto ao utilizarem palavras distintas (anencefalia, deformação, má-formação) que não apresentaram frequência de repetição, o software não as evidenciou.

As palavras apareceram dispostas em posições e tamanhos diferentes, de acordo com suas frequências de repetição, de tal forma que as mais frequentes aparecem maiores que as outras. Nesse estudo, as palavras mais evocadas foram gente, aborto, paciente e médico, sendo as respectivas frequências, 65, 52, 32 e 30 vezes.

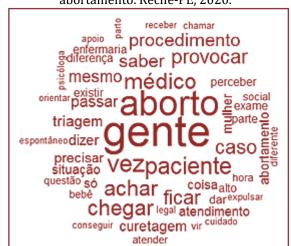


Figura 2 - Nuvem de palavras sobre as representações sociais dos profissionais da saúde acerca do abortamento. Recife-PE, 2020.

Fonte: Elaborado com base no software Iramuteq, 2020.

As etapas da assistência foram evidenciadas na nuvem de palavras através das palavras triagem, procedimento, curetagem, enfermaria. O apoio psicológico e do serviço social apareceu às margens da figura em um tamanho pequeno, já que foi evocado menos frequentemente pelas profissionais.

4. DISCUSSÃO

A forma como as profissionais de saúde percebem-se na assistência a mulheres em situação de abortamento é influenciada fortemente pelo senso comum. O estigma do aborto muitas vezes faz com que o atendimento seja permeado de juízo de valor e preconceitos^{10,11}.

Alguns estudos com mulheres demonstram que para elas há violência e desrespeito dos profissionais de saúde desde o atendimento inicial, momento reportado como tenso e de muito medo por elas^{19,20}. Agressões verbais ou formas mais sutis de violência como julgamento moral, através de olhares de reprovação ou sorriso, foram os exemplos mais frequentes, principalmente quando detectado no exame vaginal restos de medicação utilizada por elas.

O discurso do senso comum é uma forma de conhecimento compartilhada que molda o comportamento dos indivíduos e, portanto, é considerada categoria científica pela teoria das representações sociais, sendo relevante o seu estudo²¹. A partir da análise do dendograma, nota-se que as representações sociais das mulheres em situação de abortamento norteiam o atendimento das profissionais neste estudo.

Estudos evidenciam que tanto mulheres quanto profissionais de saúde e gestores públicos têm conhecimento limitado sobre as leis e políticas do aborto em diversos países do mundo, inclusive naqueles onde o aborto é legalizado, como a Colômbia e o Nepal^{22,23}. O conhecimento dos profissionais de saúde acerca da legislação e das políticas do aborto influencia a assistência e é, portanto, essencial para garantir o acesso ao aborto seguro e proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres²⁴.

Com o objetivo de tornar acessível essa informação, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou, em 2017, um banco de dados *on line* com o objetivo de promover maior transparência das leis e políticas sobre o aborto e responsabilidade do Estado²⁴.

Contrariando esse padrão mundial de profissionais com conhecimento limitado ou equivocado acerca da legislação do aborto^{23,24} as profissionais do presente estudo conseguiram elencar todas as indicações de aborto previstas na legislação brasileira, evidenciando nível de conhecimento satisfatório nesse aspecto.

Já o conhecimento sobre a penalidade para a mulher e para o profissional que realizam abortos ilegais foi limitado, pois as profissionais não souberam responder especificando a sansão. O conhecimento sobre a legislação influencia diretamente a prática assistencial. A incerteza legal leva as profissionais a imporem suas visões morais e a realizarem juízo de valor sobre as mulheres que chegam até as maternidades necessitando de cuidados, o que se configura em uma barreira à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e contraria as intenções da lei²⁴.

A negação do serviço sob argumento de objeção de consciência, um legítimo direito dos médicos de rejeitarem a prática de ações que violem seus princípios éticos ou morais, muitas vezes se configura em um entrave para a mulher ter acesso ao serviço e acontece mesmo quando se trata de situações previstos em lei.

De acordo com o Código Penal brasileiro, o aborto provocado por terceiros, com ou sem o consentimento da gestante pode gerar uma pena de reclusão que varia de um a quatro anos. Por outro lado, quando o aborto é realizado por ser o único meio de salvar a vida da gestante ou em caso de gravidez resultante de estupro, o médico não será punido, pois o código penal prevê o aborto como direito nesses casos⁷

É dever do médico, caso caiba à objeção de consciência, garantir a assistência ao abortamento por outro profissional da instituição ou de outro serviço, ao passo que é dever do Estado manter nos hospitais públicos profissionais que realizem abortamento²⁶.

Porém, esse direito médico é utilizado como pretexto para negar o acesso de mulheres ao abortamento seguro²⁷. Mesmo em países onde as leis sobre o aborto são permissivas, quando os profissionais de saúde desconhecem a legislação, é criada uma barreira para o acesso ao aborto seguro, pois alguns profissionais além de não encaminharem as mulheres para outro profissional insistem em desencorajá-las do ato²³.

Situação semelhante foi identificada no discurso de uma das profissionais entrevistadas, quando ela referiu que foi interpelada por uma médica, durante conversa com mulher que desejava a interrupção para desencorajá-la de sua decisão.

Outra mulher, gestando feto anencéfalo, procurou o serviço para a interrupção voluntária da gestação e teve dificuldade de atendimento, pois os todos os médicos de plantão consideravam errado aquele aborto e alegaram objeção de consciência. A assistência foi realizada na instituição, quando a diretora médica da foi acionada e ela mesma administrou a medicação na mulher.

A assistência humanizada ao abortamento é direito da mulher e dever do profissional de saúde e os preceitos da humanização da assistência determinam que ela deva estar ancorada em um tripé de condições, tais quais: autonomia, assistência centrada na mulher e práticas baseadas em evidências científicas²⁶. Ao analisar a nuvem de palavras, observa-se que a palavra gente é utilizada no sentido de equipe de saúde e de instituição. Ela aparece maior que as outras pela frequência de repetição e localizada no centro da imagem pela relação lexical com as demais. Nos discursos, a atuação das profissionais é entendida como algo central, em detrimento da autonomia da mulher, que é identificada como paciente, passiva, que aguarda.

A descrição das etapas da assistência demonstra que a mulher é levada de um setor a outro do hospital até ter a alta hospitalar, sem direito a informações qualificadas e durante o trajeto, passa pelos julgamentos morais e religiosos dos profissionais e a depender da demanda de gestantes e parturientes, deve aguardar o momento em que será atendida.

O acolhimento com apoio psicológico e do serviço social variou de uma instituição para outra, sendo oferecidos a todas as mulheres em situação de abortamento ou reservados apenas àquelas que são mais "difíceis" ou àquelas que apresentam um aborto espontâneo em uma gravidez com idade gestacional mais avançada. Ainda assim, os profissionais não percebem isso como ato discriminatório.

A teoria das representações sociais possibilita descrever e explicar fenômenos sociais que existem e que motiva as ações dos profissionais, mas que devido a sua normalização não são notados. Para Moscovici, "as representações sociais são conhecimentos práticos que se desenvolvem nas relações do senso comum, são formadas pelo conjunto de ideias da vida cotidiana, construída nas relações estabelecidas entre sujeitos ou através das interações grupais"²⁸.

As representações sociais são criadas para tornar algo não familiar em familiar e assim, gerar um universo onde conflitos sejam evitados onde as crenças são reafirmadas e as novas concepções de mundo tem mais poder de reafirmar as tradições de que negá-las²¹. É assim que as opressões misóginas do sistema patriarcal são reproduzidas na assistência ao abortamento, já que é o corpo da mulher que abriga o evento e os procedimentos.

5. CONCLUSÃO

A partir deste estudo, foi possível compreender que o senso comum, considerado como categoria científica pela a TRS, no que tange à percepção sobre o aborto entre profissionais de saúde, foi marcada pelo juízo de valor, pela discriminação e pelos preconceitos acerca do tema. A falta de conhecimento acurado acerca da legislação permeam o juízo de valor e o desrespeito aos direito sexuais e reprodutivos em rotina institucional "mecanizada". O sexo/gênero das profissionais não pareceu influenciar o grau de empatia pelas mulheres.

Este estudo teve a limitação do número de participantes igual a 15, abaixo do recomendado para análise com o Iramuteq que é 20 textos. Isso pode ter resultado em um aproveitamento limítrofe das UCE. E por último, na etapa de uniformização de palavras, deixou-se de incluir a anencefalia, fazendo com que a palavra não aparecesse no dendograma.

Ressalta-se a importância de investimento em educação permanente em serviço, com foco nos direitos sexuais e reprodutivos, para os profissionais das maternidades, a fim de se implementar um atendimento humanizado às mulheres em situação de abortamento e/ou que desejam abortar, garantindo que as mesmas recebessem cuidado adequado com respeito e autonomia sobre o próprio corpo.

Este estudo contribui para a prática assistencial dos enfermeiros e enfermeiras em maternidades, pois ao se conhecer as limitações de sua assistência torna-se possível a elaboração e implementação de estratégias com a finalidade de garantir uma assistência humanizada à mulher em situação de abortamento. É importante que sejam realizados novos estudos para o aprofundamento das investigações sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- [1] Bhutta ZA, Black RE. Global maternal, newborn, and child health-so near and yet so far. N Engl J Med 2013;369(23):2226-35.
- [2] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO;2012.http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/.
- [3] World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva: WHO; 2011. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/.
- [4] Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Cien Saude Colet. 2017; 22: 653-60.
- [5] ZUGAIB, Marcelo. Zugaib Obstetrícia. 3. ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016.
- [6] BRASIL. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3 ed. Brasília: MS, 2009. 104 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 18 dez. 2017.
- [7] BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.
- [8] STF ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 54 DF. Relator: Ministro Marco Aurélio. DJ: 12/04/2012. JusBrasil, 2012. Disponível em: https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14738666/questao-de-ordem-na-arguicao-de-descumprimento-de-receito-fundamental-adpf-54-df.
- D; Diniz Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica Saúde de urna. Ciência Coletiva, 2010; 15, (1): 959-966. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002.
- [10] Benute GRG, Nonnenmacher D, Mieko R Nomura Y, Souza de Lucia MC, Zugaib M Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. Rev Bras Ginecol Obstet., 2012 34(2):69-73 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a05v34n2.pdf.
- [11] Carneiro MF, Iriart JAB, Menezes GMS. "Largada sozinha, mas tudo bem": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. Interface 2013; 17(45):405-418. Disponível

 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200013.
- [12] Formozo GA, Oliveira DC. [Social representations of the care provided to HIV seropositive patients]. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010[cited 2015 Feb];63(2):230-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/10.pdf Portuguese.
- [13] MINAYO, Maria Cecília De Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3ª Ed.São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO. 1994.
- [14] Silva SED, Camargo BV, Padilha MI. A teoria das representações sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011[cited 2015 Oct];64(5):947-51. Available from: www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf.
- [15] Fontanella BJB. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública 2011 Jan 27(2):389-394.
- [16] Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União 13 jun 2013.
- [17] Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet].2013 [citado 2015 out 15]. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fchiers/tutoriel-en-portugais.
- [18] Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03353. DOI: 10.1590/S1980-220X2017015003353.

- [19] Carneiro MF, Iriart JAB, Menezes GMS. "Largada sozinha, mas tudo bem": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. Int (Botucatu). 2013 Jun;17(45):405-18. DOI: 10.1590/S1414-32832013005000007.
- [20] Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. Ciênc. saúde coletiva 2017 Aug22(8):2771-80. DOI: 10.1590/1413-81232017228.04252016.
- [21] Diorio API, Costa MAF, Santana GCA. A teoria das Representações Sociais como referencial teóricometodológico na pesquisa em Ensino de Biociências e Saúde. Rev Prax. 2017 Jun; 9(17):23-32.
- [22] Stanhope K, Rochat R, Fink L, Richardson K, Brack C, Comeau D. Physician opinions concerning legal abortion in Bogotá, Colombia. Cul, Heal & Sex. 2017;19(8):873-87. DOI: 10.1080/13691058.2016.1269365.
- Puri MC, Raifman S, Khanal B, Maharjan DC, Foster DG. Providers' perspectives on denial of abortion care in Nepal: a cross sectional study. Reprod Health. 2018 15:170. DOI: 10.1186/s12978-018-0619.
- [24] Erdman JN, Johnson BR. Access to knowledge and the Global Abortion Policies Database. Int J Gynecol Obstet, 142: 120-124. doi:10.1002/ijgo.12509).
- [25] Erdman JN, Johnson Jr BR. Access to knowledge and the Global Abortion Policies Database. Int J Gynecol Obstet. 2018 Apr;142(1):120-4.
- [26] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Área Técnica da Mulher, 2011.
- [27] Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. Int J Gynaecol Obstet. 2013 Dec 123(3):S57-9.
- [28] Moscovici S. Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 6a ed. Petrópolis: Vozes; 2009.

Capítulo 19

Visita domiciliar de qualidade

Andressa Lúcia Braga Ferreira Patrícia Dias Barreto Marinho Aliny Correa Viana Everton Andrade Pimentel Lindalva Ribeiro de Melo Luarya da Silva Guimarães

Resumo: A visita domiciliar é um instrumento eficiente para a promoção da saúde, levando a prevenção para a residência, apresentando o diferencial com os integrantes da comunidade. Objetivo: construir uma revisão integrativa, abordando aspectos da visita domiciliar de qualidade. Método: revisão integrativa de artigos publicados nas bases Ministério da Saúde (MS), Banco de Dados em Enfermagem (BDenf), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores: visita domiciliar, saúde da família, qualidade da assistência à saúde e enfermagem em saúde comunitária. Foram selecionadas 16 obras, no período de tempo compreendido entre 2008 a 2018. Resultados: os resultados mostram como deveria ser realizada uma visita domiciliar, embora haja desafios diariamente, que dificulta o planejamento das ações. Discussão: uma prática fundamental para o conhecimento da realidade do usuário, a visita é realizada pelos profissionais da saúde, onde o enfermeiro supervisiona as ações de assistência. É promovido o vínculo entre a equipe e o indivíduo, permitindo um atendimento de qualidade, frente as necessidades encontradas. Conclusão: a visita domiciliar é uma ferramenta, capaz de trazer benefícios aos usuários. Envolve o cuidado, vendo o usuário como um todo, buscando realizar ações de qualidade.

Palavra Chave: Visita Domiciliar; Saúde da Família; Qualidade da Assistência à Saúde e Enfermagem em Saúde Comunitária.

1. INTRODUÇÃO

A atenção domiciliar é definida como sendo práticas desenvolvidas nas residências das pessoas, que buscam à promoção da saúde, à prevenção de agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação nos cuidados paliativos. O papel do enfermeiro, não consiste apenas em enfrentar situações de saúde da família, mas também de interagir nas situações que favorecem a integridade familiar. Para a realização desse processo é indispensável que o profissional planeje as visitas e crie um roteiro, visando a qualidade no atendimento do indivíduo e de sua família. Dessa forma, a visita domiciliar é um instrumento que permite ao profissional da saúde interagir com o meio em que o indivíduo vive, observar e conhecer sua realidade.

A presença do profissional de saúde nos domicílios é percebida pelas famílias como uma importante ajuda emocional, ou pelo menos deveria ser, envolvendo apoio e companheirismo. Isto porque o ir ao domicílio e verificar *in loco* a realidade vivenciada pela família facilita a delimitação de metas e objetivos a serem traçados para minimizar as dificuldades da família, assim como no planejamento de cuidados necessários e condizentes com a realidade. Cabe ressaltar, no entanto, que isto será mais facilmente alcançado se a metodologia de assistência no domicílio pautar-se no princípio que concebe a família como coparticipante do processo de cuidar – respeitando suas crenças e valores – e no estabelecimento do relacionamento terapêutico com a família.³

O espaço domiciliar é potente para promover a reflexão das relações usuários/trabalhadores de saúde no cenário de saúde intradomiciliar. Nos serviços de saúde, quase sempre o usuário é visto como objeto, e o trabalhador de saúde, de forma hierárquica, se colocam no topo da relação, enquanto no domicílio essa relação tende a se tornar horizontalizada e baseada por trocas de subjetividades. Assim, é necessário salientar que os espaços nos serviços de saúde são dos trabalhadores de saúde e que, nos domicílios, eles são de domínio do usuário.⁴

Atualmente, o Programa de Saúde da Família (PSF) é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), pois o termo "programa" aponta para atividades com começo, desenvolvimento e finalidade. A ESF visa à reorganização da Atenção Básica à Saúde no Brasil de forma contínua. Pressupõe a visita domiciliar como forma de interação na prestação do cuidado à saúde, sendo uma técnica de intervenção essencial utilizada pelos profissionais de saúde como método de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, ao gerar e estimular vínculos com os usuários e o entendimento de aspectos importantes da dinâmica no ambiente familiar.²

De fato, a visita domiciliar tem sido considerada um instrumento de intervenção fundamental da ESF, utilizado pelos integrantes para conhecer as condições de vida e de saúde das famílias sob sua responsabilidade. As ESF em geral utilizam a visita domiciliar para conhecer a família. Este fato, ao mesmo tempo em que reforça a importância da visita domiciliar enquanto instrumento de trabalho das ESF, destaca a necessidade de os profissionais não limitarem sua atuação apenas dentro da unidade de saúde.³

Na atual conjuntura dos serviços de saúde, é necessária para prestação dessa assistência uma equipe multidisciplinar, que trabalhe com um conjunto de conhecimentos que vão além do biológico, e com uma estreita relação com a organização dos serviços de saúde, resultando disso a conformação do modelo assistencial.⁴

Com isso, a visita domiciliar é uma modalidade de atenção que consiste num contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco (prioritários), enfermos e seus familiares para coleta de informações e prestação de orientações aos usuários e a população de forma educativa, buscando a promoção da saúde e prevenção de agravos frente às necessidades de cada pessoa.²

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que consiste em sintetizar múltiplos estudos publicados sobre determinado assunto e identificar lacunas que devem ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Para a construção da pesquisa foram levantados conteúdos nas bases de dados: Ministério da Saúde (MS), Banco de Dados em Enfermagem (BDenf), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Sendo adotado como recorte temporal o período de 2008 a 2018. O lapso temporal demasiadamente longo se justifica no fato de que a Estratégia Saúde da Família (ESF) teve sua ascensão nos últimos dez anos.

Para dar início às buscas, os seguintes descritores foram utilizados: visita domiciliar, saúde da família, qualidade da assistência à saúde e enfermagem em saúde comunitária. Como critério de inclusão, foram considerados: artigos na integra, disponível de forma gratuita, artigos que atendam ao recorte temporal e estejam no idioma português do Brasil. Os critérios de exclusão estão relacionados: estudos de revisão de literatura, fora do recorte temporal, artigos repetidos, que não atendam a temática e que estejam em línguas estrangeiras.

Nas bases pesquisadas foram encontrados um total de 663 artigos, 1 resolução e 1 manual. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão obteve-se um número de 16 artigos, 1 resolução e 1 manual, que puderam ser utilizados por atenderem todos os critérios. Destes 16 artigos, foram utilizados como referência bibliográfica 9 artigos, 1 resolução e 1 manual. Os demais artigos foram utilizados de forma indireta, não influenciando diretamente na produção da obra, desta forma estes não constam na bibliografia.

Pode-se observar uma predominância de publicações no ano de 2013 com um total de 3 artigos, seguido pelo ano de 2012 e 2011 com 2 artigos cada, os anos de 2008, 2010, 2014, 2015 apresentam 1 artigo cada.

Quadro 1 - Resultado da associação dos descritores

Quadro 1 - Resultado da associação dos descritores				
Descritores	Artigos			
	Lidos	Selecionados		
[Visita domiciliar] <i>and</i> [saúde da família]	5	1		
[saúde da família] and [enfermagem em saúde comunitária]	0	0		
[visita domiciliar] and [enfermagem em saúde comunitária]	5	1		
[visita domiciliar] and [qualidade da assistência à saúde]	2	0		
[visita domiciliar] and [enfermagem na comunidade]	5	0		
[qualidade da assistência à saúde] and [enfermagem em saúde comunitária]	5	0		
[qualidade da assistência à saúde] and [saúde da família]	56	1		
[enfermagem em saúde comunitária] and [saúde da família]	19	0		
[enfermagem em saúde comunitária] and [qualidade da assistência à saúde]	5	0		
[Visita domiciliar] and [saúde da família]	103	4		
[Visita domiciliar] and [Visita domiciliar]	253	1		
[Visita domiciliar] and [saúde da família]	209	8		
TOTAL	667	16		

Fonte: elaboração dos autores, 2018.

3. RESULTADOS

3.1. PERFIL DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Das obras incluídas nesta revisão, observou-se o predomínio de publicações em revistas voltadas para a área da saúde, sendo a sua maioria em periódicos nacionais. Em relação ao idioma, todas as obras utilizadas foram da língua portuguesa.

Os autores em sua maioria foram da área de enfermagem, não sendo possível delimitar a predominância em relação ao campo de estudo, estando presentes trabalhos que foram desenvolvidos em visitas domiciliares, estudos de caráter observacional, entrevistas e pesquisas bibliográficas. Todos são originais, não sendo utilizadas revisões.

O quantitativo de obras foi pesquisado e separado por anos, conforme quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Distribuição de publicação por ano

Ano publicação	Artigo
2008	1
2009	0
2010	1
2011	2
2012	2
2013	3
2014	1
2015	1
2016	0
2017	0
2018	0

Fonte: elaboração dos autores, 2018.

Os resultados da pesquisa destacam como deveria ser realizada uma visita domiciliar de qualidade, embora haja situações de precariedade de condições de trabalho e desafios que são impostos cotidianamente para a realização das visitas domiciliares, lidando com as demandas que emergem.

Embora a visita domiciliar se apresente como um instrumento potente para o planejamento das ações de saúde, ainda existem importantes entraves para a sua consolidação, que exige grande disponibilidade dos profissionais para lidar com os inesperados e diversos.

A análise das obras permitiu identificar 3 categorias temáticas: Importância da visita domiciliar de qualidade, Deficiências na assistência domiciliar e Atuação dos profissionais de saúde na assistência domiciliar.

4. DISCUSSÃO

A Visita Domiciliar produz um importante papel na criação de vínculos com a comunidade, priorizando estratégias para a integralidade e humanização das ações, o que permite maior proximação e maior responsabilidade dos profissionais com as necessidades de saúde da população, de sua vida social e familiar.⁵ Entende-se que é essencial para prestação de uma assistência de enfermagem que procure envolver, de fato, as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, pois essas ações constituem o cerne da atenção básica em saúde no Brasil.⁴

A atenção à saúde domiciliar, expõe as equipes de saúde à realidade social na qual os usuários estão inseridos, frente à sua rotina, seus valores e às formas de cuidar instituídas na comunidade, passadas durante a vida. Um dos diferenciais das equipes de atenção domiciliar com relação às demais equipes de saúde da rede de atenção básica é o fato de que as relações são construídas com o usuário e familiares que necessita de cuidados no domicílio, e não em uma unidade de saúde.⁶

Sendo assim, a atenção domiciliar é um grande instrumento utilizado no processo de educação em saúde, o qual se configura como um conjunto de saberes e procedimentos orientados para prevenir doenças e promover a saúde. Dessa forma, a realização da visita domiciliar deve ser feita com base nos princípios e condições pautadas fundamentalmente na ética e no respeito, pois o ambiente domiciliar é um local exclusivamente do indivíduo e seus familiares, ao qual cabe o direito de privacidade e sigilo profissional por todos os profissionais.⁷

4.1. IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR DE QUALIDADE

Uma visita domiciliar de qualidade, é possivel através de uma assitência à saúde que traga conforto e bem estar, é necessário entender cada indivíduo como um ser único, que pertence a um contexto social e familiar que condiciona diferentes formas de viver e adoecer. E a idéia de humanização na saúde, nada mais é do que realizar práticas que visam proporcionar melhores condições de trabalho para os profissionais de saude e melhor qualidade no atendimento dos seus pacientes, onde existe a preocupação com o ser humano, respeitando sempre as suas diferencas.⁶

A abordagem das famílias constitui-se como um dos elementos primordiais de prestação do cuidado em Atenção Domiciliar, assim como também na prática diagnóstica e terapêutica. Essa abordagem favorece o conhecimento da família e das possíveis alterações que prejudicam o bem-estar biopsicossocial dos seus usuários.⁶ A visita atua também como forma terapêutica a pacientes acamado, e também serve de aproveitamento para a equipe realizar a busca ativa de usuário faltosos, identificando se há a demanda inerte, construindo ações de promoção, prevenção e de educação em saúde de forma individual e coletiva.⁵

É fundamental que os profissionais de Saúde desenvolvam competências que contribuam para ajudar as pessoas focando na qualidade da vida, especialmente na Atenção Domiciliar, pois os resultados almejados dependem da participação do sujeito e da sua capacidade de adaptação, mesmo frente a doença. Além disso, a escuta qualificada ajuda a pessoa e a família adquirir entendimento sobre a doença, relacionando-a esses questionamentos com a vida para evitar atitudes desinteressadas diante do tratamento necessário.⁶

A visita domiciliar é conceituada como uma ferramenta fundamental que permite compreender o cuidado e as dificuldades de saúde da família, podendo integrar fatores sociais, econômicos e psicológicos. Ao ser realizada na ESF, a atenção domiciliar ultrapassa as práticas institucionais, com a finalidade de constituir práticas novas ao introduzir os profissionais de saúde no modo de vida dos usuários, além de proporcionar a construção de vínculo e melhorar a assistência.8

É importante salientar que, muitas vezes, o emprego da Visita Domiciliar está voltado aos usuários portadores de doenças crônicas, como a hipertensão arterial e o diabetes Mellitus. As ações de prevenção de complicações são importantes, mas, empiricamente, nota-se que a Visita Domiciliar é mais utilizada para as ações curativas do que para as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, ações estas que se caracterizam como cerne dos serviços da atenção básica.⁴

Dessa forma, o atendimento na Visita Domiciliar, se determina como uma condição que requer ações para promoção à saúde, bem como, a prevenção, o tratamento de doenças e reabilitação, onde abrange as modalidades em geral de atendimento que são prestados em domicílio. Com isso, é possível conhecer as condições de vida exposta, a habitação das famílias, seu convívio doméstico e condições de adoecimento. Tais observações permite a realização do planejamento e o direcionamento das ações visando a promoção da saúde e o fortalecimento do autocuidado.

4.2. DEFICIÊNCIAS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Na atenção domiciliar é fundamental que os profissionais de saúde conheçam as condições do meio de atuação em visita domiciliar, como saneamento básico e condições de moradia, pois são fatores considerados relevantes para determinar as medidas de promoção da qualidade de vida do indivíduo, famílias e comunidades. Entende-se que o contexto domiciliar é uma dinâmica específica de cada casa, que alcança fatores que influenciam a vida familiar, como (renda, religião, crença, costume, moradia), incluindo diferentes respostas frente aos questionamentos e transtornos apresentados.⁸

Buscando priorizar novas formas de cuidado, a ESF sugere que a visita domiciliar seja um instrumento centralizado no desenvolvimento de trabalho das equipes. A ESF compreende a atenção domiciliar à saúde como uma oportunidade de assistência para àqueles que necessitam de cuidados constantes, mas acima de tudo, é vista como um instrumento de investigação domiciliar e planejamento de ações a partir da realidade do usuário. No entanto, há uma contradição entre o que é estabelecido na ESF e as práticas assistênciais implementada, o que evidencia o não cumprimento da promessa.⁵

A Atenção Domiciliar é determinada como sendo um dispositivo organizacional e assistencial que favorece à efetivação de novas formas de produção de cuidado e de intervenção em diferentes pontos da Rede Atenção à Saúde (RAS), buscando um cuidado centrado no usuário e também conforme as suas necessidades. De acordo com a atual política de saúde brasileira, a Atenção Domiciliar integra ações destinadas ao indivíduo no seu domicílio, visando a humanização do cuidado, a desospitalização, a minimização dos riscos de infecção hospitalar frente a redução do tempo de internação, quando existir a necessidade.⁷

Em relação a execução da prática de visita domiciliar ainda existem muitos desafios sendo enfrentados. Além disso, a participação da população como forma de controle social se mostra ainda ineficaz. O fato é que existem incertezas e desconhecimentos em relação a forma que é realizada a visita domiciliar, com relações complexas entre a comunidade e o espaço privado do domicílio.

Além disso, também são atribuidos como contribuintes para a ineficácia do processo, as dificuldades inerentes durante a prática da visita domiciliar como: a mudança de famílias, endereços cadastrados errados e recusas no atendimento domiciliar, entre outras situações existentes.⁵

Segundo pesquisas a realização da educação em saúde é um papel do enfermeiro e do ACS na visita domiciliar. O enfermeiro possui embasamento teórico que o permite desenvolver atividades educativas mais detalhadas e mais aprofundadas do que as atividades realizadas pelos ACS. Por outro lado, a linguagem científica e o aprofundamento de informação pode dificultar o entendimento por parte da população. Neste ponto se torna importante o conhecimento empírico que o ACS possui da comunidade, o que faz com que suas orientações educativas sejam mais próximas da realidade da população, favorecendo o entendimento e a valorização. 10

O que muitos não entendem ou não querem entender é que na modalidade de visita domiciliar, as intervenções são realizadas no domicílio do paciente por uma equipe multiprofissional, sendo que para a prática dessa atividade é fundamental o conhecimento da realidade em que o paciente está inserido e tendo como objetivo principal a promoção, manutenção e restauração da saúde dos usuários.⁷

Os profissionais também se deparam com problemas que envolvem não apenas o enfrentamento da doença em si, mas, situações vinculadas ao contexto social e cultural em que a família vivencia. Outra falha encontrada na atenção domiciliar está no excesso de atribuições para os profissionais de saúde, estando relacionados à inadequação entre o quantitativo populacional do território de abrangência para atuação das equipes de saúde, tornando-se um limitador para a construção do vínculo e participação dos profissionais nas atividades domiciliares, comunitárias e de educação em saúde.⁵

Com isso, mesmo com a extenssão de possibilidades atribuídas pelos atendimentos em visita domiciliar, as práticas ainda encontram-se limitadas as queixas básicas dos usuários, que pode ser refletido devido a falta de capacitação dos profissionais de saúde para a atuação nesse espaço de atenção. Entende-se que as dificuldades encontradas por parte dos profissionais de saúde, são pertinentes devido a possiveis casos de pouco investimento na estrutura ofertada para sua atuação bem como também durante o periodo de construção na formação profissional para a efetivação das atividades de assistência domiciliar, não ocorrendo o alcance dos conhecimentos necessários.⁸

4.3. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A visita domiciliar é um procedimento que vem sendo utilizado por diferentes profissionais de saúde, além disso, representa o atendimento ou acompanhamento dos usuários em sua residência. A visita domiciliar enquanto ferramenta da equipe de saúde cumpri o seu papel na saúde da comunidade à medida que responde aos quatro princípios básicos da atenção primária - acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação, e aos três princípios doutrinários do SUS - a saber universalidade de acesso, equidade na assistência e integralidade na assistência.¹¹

A Visita Domiciliar é importante para operacionalizar parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente em uma sociedade num dado momento histórico. Neste sentido, ela é utilizada para realizar inquéritos, cadastramentos, controle de usuários faltosos, controle de focos epidêmicos; em resumo, para efetivar ações pontuais. Geralmente, essas ações são realizadas por um Agente Comunitário de Saúde (ACS) treinado, previamente, para desenvolver a atividade em foco.⁴

Na ESF fica incumbido a enfermeira a realização da assistência integral que visa a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde das pessoas e das famílias na unidade de saúde, além de visita a domicílio, se for necessário. A visita em domicílio promove interação entre a equipe de enfermagem e a família, facilitando o objetivo de proporcionar uma análise do desenvolvimento do processo saúde e doença, através do cuidado.⁸ O vínculo e a confiança em relação aos profissionais de saúde e o usuario é fortalecido de um encontro com o outro na Visita Domiciliar, compartilhando assuntos relacionados a sua vida, que devem ser protegidos como parte do ato de cuidar.⁵

A Visita Domiciliar é uma prática comum para os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde da família na ESF, sendo atribuida específicamente e obrigatóriamente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS desenvolvem a Visita Domiciliar a partir da organização da base geográfica definida em microáreas, cadastrando os usuários e mantendo esses cadastros constantemente atualizados, além de também acompanhar todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades de cada um.⁸

De acordo com estudos a visita domiciliar é a principal tarefa do ACS, representando 30,5% das atividades desenvolvidas por esta categoria. O enfermeiro, como estabelecido pela ESF, realiza a visita domiciliar somente aos usuários com necessidades de saúde prioritárias, que foram triados inicialmente pelo ACS. A Visita Domiciliar do enfermeiro é sempre acompanhada pelo ACS, isso proporciona um melhor acesso a família devido ao vínculo entre família e ACS. O trabalho em conjunto também possibilita a elaboração de práticas de saúde mais coerentes com a realidade dos usuários visitados.¹⁰

O tecnico de enfermagem constitui uma das categorias que formam a equipe de saúde, considerando que são atribuidos a esse profissional a participação nas ações de assistência básica sob a supervisão da enfermeira no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários na ESF. Dessa forma, as enfermeiras exercem uma atividade de supervisão e liderança em relação ao trabalho dos agentes comunitários e técnicos de enfermagem.⁸

O trabalho de Visita Domiciliar dos enfermeiros e dos ACS e técnicos de enfermagem, apesar de serem realizados de forma mutua, possuem particularidades e individualidades exclusivas de cada categoria. De modo geral, o papel do ACS nesta atividade está focado na identificação das demandas de saúde das famílias, na realização da educação em saúde e no acompanhamento dos demais profissionais ao domicílio. Já o papel do enfermeiro volta-se para a educação em saúde de modo mais detalhado e aprofundado, para a investigação das necessidades de saúde das famílias, para a realização de atividades assistenciais da enfermagem e para a benfeitoria. 10

Portanto, o cuidado domiciliar, que compete o enfermeiro da atenção básica, prevê vários procedimentos que permite compreender o modo de vida dos usuários, ao serem colocados em prática. Vale resaltar que a atuação dos ACS é essencial, pois as atividades dos enfermeiros e dos demais profissionais terão por base as informações coletadas pelos ACS nas visitas domiciliares.⁸

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que, é indispensável que o enfermeiro gestor, juntamente com a equipe de saúde da unidade saibam manejar o processo de saúde em domicílio, que não se resume apenas em avaliar o usuário em si, mas as condições em que o mesmo vive, sendo capaz de identificar os fatores de risco. O conhecimento científico, além de prático, por parte do enfermeiro supervisor é extremamente necessário, pois permite conduzir os demais profissionais (como os agentes comunitários de saúde que tem maior contato com as famílias e indivíduos), orientando como atuar nesse processo.

A elaboração das ações desenvolvidas que cabe a cada profissional realizar de forma organizada, enfatizando a importância da construção de vínculo, priorizando a humanização para que a coleta de dados na visita domiciliar venha contribuir para achados significantes na vida do paciente. Nesse sentido, torna-se evidente, portanto, que a visita domiciliar quando feita de forma eficiente, permite muitos benefícios aos pacientes, principalmente para aqueles que estão impossibilitados de se locomover.

Sendo assim, é preciso que os profissionais estejam capacitados, superando seus limites, privilegiando a sensação de conforto e bem-estar do usuário assistido, buscando melhorias e qualidade de vida, tendo como objetivo principal, desvendar caminhos que direcione a uma visita domiciliar de qualidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN n° 464, de 20 de outubro de 2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Diário Oficial da União 3 nov 2014. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html.
- [2] Gomes MFP, Fracolli LA, Machado BC. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. Mundo saúde [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 08];39(4):470-5. Available from: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf.
- [3] Marcon SS, Lopes MCL, Lopes MB. Facilities and difficulties observed by nurses in assisting families. Online braz j nurs [Internet]. 2008 [cited 2018 Jun 08];7(1). Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1224.
- [4] Santos EM, Moraes SHG. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. Cogitare enferm [Internet]. 2011 Jul/Sep [cited 2018 Jun 09];16(3):492-7. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21761/16235.

- [5] Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. Interface comun saúde educ [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 08]; 17(44): 61-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a06v17n44.pdf.
- [6] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 May 31]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf.
- [7] Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da intregalidade. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 07];17(4):603-10. Available from:
- [8] Lionello CDL, Duro CLM, Silva AM, Witt RR. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. Rev gaúcha enferm [Internet]. 2012 [cited 2018 Jun 09]; 33(4):103-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/13.pdf
- [9] Asso RN, Affonso VR, Santos SC, Castanheira BE, Zaha MS, Losada DM, et al. Avaliação das visitas domiciliárias por estudantes e pelas famílias: uma visão de quem as realiza e de quem as recebe. Rev bras educ méd [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 08]; 37(3): 326-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/04.pdf.
- [10] Kebian LVA, Acioli S. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2014 jan/mar [cited 2018 Jun 07];16(1):161-9. Available from: https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a19.pdf.
- [11] Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliaria do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. Ciênc cuid saúde [Internet]. 2010 Jul/Sep [cited 2018 Jun 07];9(3):569-76. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6856/6633.

Capítulo 20

Avanços e desafios na implantação do e-SUS-Atenção Básica

Jairo Porto Alves Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz Klerybia Thayse Gama França Lidiane Monteiro da Silva Cláudia Santos Martiniano

Resumo: A Estratégia e-SUS AB, instituído em 2013 pelo Ministério da Saúde se apresenta como uma nova proposta do Sistema de informatização em Saúde, que tem o intuito de qualificar e viabilizar as informações coletadas nesse nível de atenção. A sua implantação vem se dando de gradual nas equipes de Saúde da Família, com estágios diferentes em todo o país. Objetivo: Descrever os avanços e desafios na implantação do e-SUS-AB no processo de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica. Metodologia: Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, realizado por meio da revisão narrativa analisou documentos do Ministério da Saúde e outras publicações relacionadas diretamente com o tema. Resultados: O e-SUS-AB é um software que tem o objetivo de simplificar a coleta, a inserção, a gestão e o uso da informação nesse nível da atenção. Apresenta a possibilidade da coleta de dados individualizada o que favorece o acompanhamento do usuário de forma individualizada; a consolidação do Cartão Nacional de Saúde. Por outro lado, os estudos revelam o despreparo dos profissionais para o preenchimento adequado das fichas e estrutura inadequada nos serviços de saúde. Destarte, é importante capacitar os profissionais para a utilização do e-SUS, a fim de evitar erros que dificultam a atualização e manutenção do sistema, proporcionando aos profissionais uma atuação mais resolutiva. Conclusão: evidencia-se a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre a implantação do e-SUS, visto que a portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013 determina que o sistema seja adotado em todos os municípios do país, no entanto ainda está sendo implementado nas unidades de saúde.

Palavras Chave: Sistema de Informação, Sistema de informação em Saúde, Atenção Básica

1. INTRODUÇÃO

A atual configuração do Sistema Único de Saúde (SUS) responsabiliza e reconhece os entes municipais no planejamento, gestão, avaliação e controle dos serviços e ações de saúde por eles ofertada. Para tanto, fazse necessário um sistema de informação em saúde capaz de gerar dados precisos e confiáveis que orientem ações resolutivas voltadas às necessidades locais. (NEVES, MONTENEGRO, BITTENCOURT, 2014).

Por meio dos sistemas de informação em saúde (SIS), os profissionais da saúde, com o auxílio dos dados, informações e conhecimentos presentes nos sistemas, efetuam o planejamento para tomar decisões acerca do atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde (MARIN, 2010).

Entre as ações dos profissionais está o trabalho com o Sistema de Informação em Saúde (SIS), ferramenta essencial para o processo de trabalho do profissional de saúde, contempla informações primordiais para diversos níveis de atenção. Direcionando o trabalho em diversas frentes da saúde, configurando-se fundamental para detalhar e unificar informações relevantes no que diz respeito à assistência à saúde (BRASIL, 2014).

Implantado em 1998, o Sistema de Informação Básica (SIAB), com o objetivo de gerenciamento dos SIS local, distinguiu os demais sistemas de saúde que havia no país através de conceitos como: território, problema e responsabilidade sanitária (NEVES, MONTENEGRO, BITTENCOURT, 2014). Com a utilização do SIAB, os profissionais de saúde da Atenção Básica, registravam os dados através da ficha de cadastramento e obtinham informações sobre os cadastros das famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde e composição das equipes de saúde, facilitando o planejamento das ações de saúde realizadas (BRASIL, 2003).

O SIAB contribuiu significativamente para facilitar a tomada de decisão e fornecia dados que agilizavam o processo de trabalho dos gestores e profissionais da saúde. Mas, o sistema SIAB estava obsoleto e havia a necessidade de melhoria estrutural em aspectos como: a unificação dos dados, a informatização do sistema, a inclusão de outras áreas da atenção básica no cadastro de informações (BRASIL, 2014).

Vários blocos compõem o (SIS), um deles é a Estratégia e-SUSAB, instituído em 2013, com a proposta de informatizar, o e-SUS é considerado um mecanismo fundamental para conhecer as especificidades de cada território. O e-SUS surgiu do Ministério da Saúde, no Departamento da Atenção Básica (DAB) com intuito de qualificar e viabilizar as informações coletadas nesse nível de atenção (BRASIL, 2013a).

A transição de um modelo de sistematização da informação implica na necessidade de incorporação de novas práticas profissionais, baseadas na capacitação desses para um novo fluxo de informação, a partir de noiva metodologia de coleta. Assim, a adoção pelas equipes de Saúde da Família do sistema e-SUS-AB para alimentar o SISAB se constitui um grande desafio para os profissionais da equipe de Saúde da família e para a gestão local, que necessita antes de tudo, operacionalizar da estruturação das unidades de saúde para receber essa tecnologia.

Portanto, este estudo tem como objetivo descrever os avanços e desafios na implantação do e-SUS-AB no processo de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica.

2. MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa, realizado por meio da revisão narrativa. A opção por esse tipo de estudo deve-se ao fato de tratar-se de uma temática recente com escassas publicações científicas, sendo necessário lançar mão de publicações mais amplas, visto que revisão narrativa, como sugere Rother (2007, p. vi) "Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor".

Nesse sentido, foram analisados documentos do Ministério da Saúde e outras publicações relacionadas diretamente com o tema. O objeto de análise do presente artigo é o novo Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) recentemente adotado pelo Ministério da Saúde denominado Estratégia e-SUS AB.

O processo de análise deu-se a partir da manifestação do objeto como fenômeno, qual seja a implantação do e-SUS nas Unidades de Saúde da Família (USF).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avanços na Estratégia e-SUS no contexto do Sistema de Informação em Saúde

O e-SUS-AB é um software que tem o objetivo de simplificar a coleta, a inserção, a gestão e o uso da informação nesse nível da atenção, exerce função vital na rede de informação do SUS, já que atua na porta de entrada da atenção (BRASIL, 2013b). O e-SUS eletrônico pode ser utilizado pelos profissionais da AB, em todos os pontos da atenção nesse nível, essa integração beneficia usuários e profissionais, tais como: as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe de Consultório na Rua (CnaR), equipes da Atenção Domiciliar (AD), assim como as ações realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola, no Programa Academia da Saúde e desenvolvidas pelas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP). Essa capilaridade viabiliza o acesso aos dados, padroniza as informações, contribui para melhoria da assistência e facilita a inclusão dos dados com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2013b).

A coleta de dados por meio da estratégia e-SUS AB é realizada através de dois sistemas de softwares, composto pelo Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), que possui como instrumento de coleta de dados fichas para o registro das informações colhidas; e pelo sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2014). No PEC são armazenadas as informações de saúde dos usuários, tendo como características de benefícios aos profissionais de saúde o acesso rápido aos problemas de saúde, a dados clínicos como as intervenções realizadas, e apoio para atendimentos futuros aos usuários; observando que para a implantação deste é necessário considerar os diferentes cenários de informatização dos municípios (BRASIL, 2016).

Um dos principais destaques para do e-SUS AB é a coleta de dados individualizada o que favorece o acompanhamento do usuário de forma individualizada ao longo do tempo e ainda das ações profissionais a que submeteu.

Outra possibilidade oportunizada pela estratégia e-SUS AB é a consolidação do Cartão Nacional de Saúde, ou cartão SUS, como é popularmente denominado. Instituído desde 2011, por meio da Portaria 940/2011, o cartão SUS se caracteriza por ser um instrumento capaz de vincular simultaneamente o procedimento realizado no contexto do SUS ao usuário, ao profissional que lhe prestou o cuidado e ainda à unidade de saúde onde foi atendido. Tal possiblidade é viável devido à exigência precípua de ter como critério de entrada no sistema da Estratégia e-SUS o número do cartão SUS.

Desafios na implantação da Estratégia e-SUS AB

A implantação do e-SUS encontra muitas barreiras, sendo a estrutura das unidades de saúde a maior delas. O último censo revelou que 52,9% das UBS possuem computador, porém apenas 36,7% têm acesso à internet (BRASIL, 2013b). Dentre os obstáculos encontrados para a implantação e utilização do e-SUS AB pelos profissionais de saúde, estão: o despreparo inicial dos profissionais para o preenchimento adequando das fichas, dificultando a atualização dos dados no sistema; computadores inadequados para uso e a impossibilidade de edição dos dados já cadastrados no e-SUS AB (OLIVEIRA et al., 2016).

Destarte, é importante capacitar os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com suas necessidades, para a utilização do e-SUS, a fim de evitar erros que dificultam a atualização e manutenção do sistema, pois o processo de informatização é contínuo e gradativo, proporcionando aos profissionais uma atuação mais resolutiva. Contudo, Neves, Montenegro e Bittencourt (2014) destacam a importância de maiores investimentos em informática nas UBS, possibilitando aos profissionais a consulta de assuntos que auxiliam na tomada de decisões através da interpretação e análise dos dados, na prestação de uma assistência adequada aos usuários e nos processos de referência e contrarreferência.

Outro desafio apresentado à sua efetiva operacionalização é a inexistência de cartão SUS por parte de alguns usuários. Embora não impeça o atendimento ao usuário, essa situação é impeditiva de que haja o registro da informação, gerando subnotificação dos atendimentos.

Outro aspecto a ser destacado é o fato que de, devido a não informatização das unidades de saúde, a coleta dos dados realizada pela equipe são digitadas, na maioria das vezes, de forma centralizada e não há o retorno dos dados para a equipe guiar o planejamento das ações de saúde para a sua população adscrita, não sendo ainda possível a avaliação e o acompanhamento pretendido pela Estratégia e-SUS.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, o e-SUS facilita o processo de trabalho dos profissionais de saúde, pois simplifica a coleta de dados, proporciona maior controle de atendimento e dar bases para tomada de decisões estratégicas. No entanto, a utilização do e-SUS ainda é restrita a alguns profissionais, sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) o profissional que possui maior contato com essa ferramenta.

A infraestrutura oferecida pelo SUS dificulta a implantação do e-SUS eletrônico nas unidades de saúde da Atenção Básica. Diversas unidades continuam utilizando o sistema de coleta de dados simplificada (CDS), ou até mesmo recorrendo ao antigo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), tal conduta dificulta a integração dos dados, a melhoria da assistência e consequentemente o processo de trabalho.

Este trabalho demonstra a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre a implantação do e-SUS, visto que a portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013 determina que o sistema seja adotado em todos os municípios do país, no entanto ainda está sendo implementado nas unidades de saúde. Há que se destacar, que o trabalho de implantação do e-SUS vem sendo desenvolvido de forma gradual, sendo uma ferramenta nova no SUS, e que encontra dificuldades, como extensão do território do país e disponibilidade de estrutura do servico.

REFERENCIAS

- [1] BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 7, de 24 de novembro de 2016. Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências. Diário Oficial da União,Brasília, DF,28 nov. 2016. Seção 1, p. 108. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/35/Resolucao-n-7.pdf. Acessado em: 03 mai 2017.
- [2] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia e-Sus Atenção Básica Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica SISAB / BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013A. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-07-2013-e-SUS-e-SISAB.pdf Acesso em: 01 de abril de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed.Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/SIAB/siab/downloads/manual.pdf> Acesso em: 14 de maio de 2017.
- [4] BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de atenção à Saúde.Departamento de AtençãoBásica. Manual do Sistema Com Coleta de Dados Simplificada CDS/ Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Brasília:Ministério da Saúde, 2014.Disponível em: http://189.28.128.100/DAB/DOCS/Portaldab/Documentos/Manual_CDS_ESUS_1_3_0.PDF Acesso em: 31 de Março de 2017.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Oficina E-Sus Atenção Básica. Julho, 2013B. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/oficina_esus.pdf>. Acesso em: 07/04/2017 ás 09:28.
- [6] MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. J. Health Inform, São Paulo, p. 20-24, jan-mar, 2010.
- [7] NEVES, T. C. C. L.; MONTENEGRO, L. A.; BITTENCOURT, S.D. A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. Saúde em Debate, [s.l.], v. 38, n. 103, p.756-770, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042014000400756&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 maio 2017.
- [8] OLIVEIRA, A.E.C. de et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. Saúde em Debate, [s.l.], v. 40, n. 109, p.212-218, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200212&lng=pt&tlng=pt.
- [9] ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, [s.l.], v. 20, n. 2, p.v-vi, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001. Acesso em: 14 maio 2017.

Capítulo 21

Demanda do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU: Uma revisão integrativa

Gabriela Oliveira Parentes da Costa Josué Alves da Silva Ricardo Clayton Silva Jansen Catiane Raquel Sousa Fernandes Michelle Kerin Lopes Ranieri Arimatea Costa

Resumo: Objetivo: Identificar publicações no período de 2009 a 2014, envolvendo atendimentos prestados pelo SAMU e descrever sua demanda. Materiais e Métodos:Revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa. A questão norteadora proposta foi: quais as publicações descrevem o perfil e a demanda das ocorrências atendidas pelo SAMU no período de 2009 a 2014? A coleta de dados ocorreu entre março e agosto de 2016. Após a leitura completa dos artigos, restaram 10 para compor a amostra desta pesquisa. Os dados extraídos dos artigos selecionados foram esquematizados no diagrama de PRISMA e avaliados de forma descritiva. Resultados e Discussões:Dos artigos selecionados, 10% eram de 2009, outros 10% de 2011, 40% de 2012, 20% de 2013 e outros 20% foram publicados em 2014. Em um estudo realizado no SAMU de Porto Alegre, pode-se evidenciar a demanda de 14.787 atendimentos, destes, 92,75% foram provenientes da população e 7,24% dos serviços de saúde, empresas de transportes e polícia militar; as demandas encontradas, 49,32% foram decorrentes de agravos clínicos, 39,28% classificados como eventos traumáticos, 5,82% como transferências de pacientes, 2,98% psiquiátricos, 2,56% obstétricos e 0,02% não foram classificados. Conclusão:Os serviços de urgência e emergência móvel no Brasil, atendem demandas complexas que competem com outras de menor complexidade. Atendem a diversas demandas de outras naturezas. Isso ocorre pela falta de conhecimento ou pelas condições precárias de deslocamento do usuário, o que se explica o motivo de diversas ocorrências de natureza clínica atendidas pelo SAMU.

Palavras-chave: Socorro de urgência; Serviços médicos de emergência; Enfermagem em Emergência.

1. INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU segue um modelo criado pelos franceses em 1972, quando o cirurgião Dominique Larreypassou a utilizar uma ambulância, para atendimento precoce, na cena de batalha durante a guerra (BRASIL, 2006). No Brasil, o SAMU foi normatizado em 2003, objetivando uma assistência pré-hospitalar que diminua os riscos de morte e complicações dos pacientes atendidos (PEREIRA; FERNANDES; FERREIRA JÚNIOR, 2012). É um serviço que atende a toda população, através de ligação gratuita, para o número de telefone,192. Possui demanda de todos os níveis de complexidade em amplo campo geográfico e profissionais com preparo exclusivo para a assistência (VELOSO; ARAUJO; ALVES, 2012).

Os casos de violência desenfreados, o aumento da criminalidade, dos acidentes de trânsitos, além da morbidade, comprova a importância do atendimento móvel emergencial no cenário mundial (LANDEIRA et al., 2014).

Osprimeiros cuidados emergenciais, podem ser realizados diretamente no domicílio ou no local do acidente, podendo ainda, ocorrer o transportedo paciente para a realização de exames em outro local ou para transferência do mesmo a um hospital de maior complexidade para a continuidade do tratamento.Com a agilidade do transporte do paciente a um serviço de urgência especializado as chances de vida e recuperação do paciente aumentam consideravelmente (PEREIRA; LIMA, 2009).

O SAMU possui equipes de suporte básicos e avançados que trabalham em sincronia com o médico regulador, desde a solicitação do socorro, até a entrega do paciente no hospital de referência (SILVA et al., 2014).

Contudo, énecessário traçar o perfil epidemiológico dos atendimentos prestados, para o conhecimento e a formulação de embasamentos que norteiem a elaboração de políticas que melhorem esta assistência, bem como, para que o atendimento pré-hospitalar tenha qualidade em sua efetivação.Infelizmente, não há um banco de dados eletrônico para o armazenamento dessas informações (CICONET, 2009).

Diante da carência de políticas voltadas para o fortalecimento do serviço de atendimento pré-hospitalar, o presente trabalho tem o objetivo de identificar as publicações no período de 2009 a 2014, envolvendo atendimentos prestados pelo SAMU e descrever sua demanda.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa.

Para direcionar esta pesquisa, foram seguidas as fases descritas por Medeiros (2012) como: definição do tema e formulação dos objetivos e da questão norteadora, busca na literatura e delimitação para a inclusão dos estudos, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A questão norteadora proposta foi: Quais as publicações que descrevem as demandas das ocorrências atendidas pelo SAMU no período de 2009 a 2014?

A coleta de dados ocorreu entre março e agosto de 2016 na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, atravésdos descritores:socorro de urgência AND serviços médicos de emergência AND Enfermagem em Emergência, através do uso do operador booleano "AND", cuja busca resultou em 1.911 artigos.

Após a aplicação dos critérios deinclusão, que foram, artigos publicados dentro do período de interesse da pesquisa, os que estavam disponíveis na íntegra, os que foram pertinentes ao tema do presente estudo eos critérios de exclusão, a saber, artigos repetidos, manuais, livros, artigos de revisão, restaram um total de 101 publicações. Logo após a leitura completa dos artigos, restaram 10 para compor a amostra desta pesquisa.

Os dados extraídos dos artigos selecionados foram esquematizados no diagrama de PRISMA, segundo o nome dos autores, título, revista, o ano de publicação, desenho do estudo, amostra e objetivos. Os mesmos, foramavaliados de forma descritiva, possibilitando observar, analisar e correlacionar os fatos com a maior precisão possível.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos artigos selecionados, 10% eram de 2009, outros 10% de 2011, 40% de 2012, 20% de 2013 e outros 20% foram publicados em 2014. No ano de 2010 não houve seleção de artigos (tabela 1).

Tabela 1-Distribuição das publicações selecionadas com autores, título, revista e ano.

	l'abela 1-Distribuição das publicações selecionadas com autores, título, revista e ano.				
Nº	AUTORES	TÍTULO	REVISTA	ANO	
01	MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S.; CICONET, R. M.	Conditions treated in the Mobile Medical Emergency Services in Porto Alegre – RS.	Acta Paulista de Enfermagem	2011	
02	TAVARES, F. L.; COELHO, M. J.; LEITE, F. M. C.	Men and motorcycle accidents: characterization of accidents from pre-hospital care.	Escola Anna Nery	2014	
03	REZENDE NETA, D. S. et al.	Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI	Revista Brasileira de Enfermagem	2012	
04	ROCHA, E. G. A.; MORAIS, A. C.; BENEVIDES, T. O.	Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) no município de Juazeiro (Ba): principais especialidades demandadas	Revista Baiana Saúde Púbica	2012	
05	COSTA, P. C.; MIRANDA, J. O. F.; SOUZA, K. A. O.	Pediatric prehospital assistance conducted by the mobile emergency care service (SAMU)	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online	2013	
06	CASAGRANDE, D. STAMM, B.; LEITE, M. T.	Profile of attendances made by an Advanced Support Unit from the Mobile Emergency Care Service (MECS) of Rio Grande do Sul state, Brazil	Scientia Medica (Porto Alegre)	2013	
07	VERONESE, A. M.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; NAST, K.	Life risk and nature of samu: users' perspectives and implications for nursing	Revista Gaúcha de Enfermagem	2012	
08	MORAIS, D. A, et al.	Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte	Revista Brasileira de Clínica Médica	2009	
09	MORAIS, D. A.; CARVALHO, D. V.; CORREA, A. R.	Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar	Revista Latino- Americana de Enfermagem	2014	
10	DALL'ORSO, M. S.; CONCHA, P. J.	Presencia familiar durante lareanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares	Ciencia y Enfermer Ia XVIII	2012	

Somadas as amostras de todos os artigos selecionados, achou-se um total de 24.100 atendimentos pelo SAMU e 79 pessoas entrevistadas (tabela 2).

Tabela 2-Distribuição das publicações selecionadas com desenho do estudo, amostra e objetivo do estudo.

	uo estudo.				
Nº	DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRA	OBJETIVO DO ESTUDO		
01	Estudo transversal, descritivo, exploratório	14.787 demandas do SAMU	Caracterizar os agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de Porto Alegre, no período de janeiro a junho de 2008.		
02	Documental, descritivo, com abordagem quantitativa	901 atendimentos de homens	Descrever o perfil das ocorrências envolvendo motocicletas atendidas pelo SAMU-ES, nos meses de janeiro a março de 2012.		
03	Estudo documental, descritivo, com abordagem quantitativa	3.829 politraumatizado s por acidente motociclístico	Investigar o perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina no ano de 2009.		
04	Descritivo com abordagem quantitativa da análise documental dos registros originais	874 atendimentos	Identificar e analisar o perfil do atendimento e as principais especialidades demandadas pelo SAMU no município de Juazeiro, no estado da Bahia, em janeiro de 2008.		
05	Pesquisa quantitativa, retrospectiva e descritiva,	372 atendimentos	Descrever o atendimento pré-hospitalar pediátrico realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) no município de Feira de Santana-BA, em 2009.		
06	Transversal retrospectivo com dados secundários, com abordagem quantitativa	624 usuários	Caracterizar os atendimentos realizados pela USA do município de Ijuí, Rio Grande do Sul.		
07	Misto sequencial	16 entrevistados	Investigar a demanda de pedidos de socorro ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/Porto Alegre (SAMU).		
08	Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo	1.548 atendimentos às pessoas em PCR	Analisar os casos de PCR pré-hospitalar em BH.		
09	Estudo epidemiológico, retrospectivo	1.165 fichas de atendimento	Analisar fatores determinantes da sobrevida imediata de pessoas que receberam manobras de ressuscitação cardiopulmonar pelas equipes de suporte avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, de Belo Horizonte.		
10	Exploratório retrospectivo	33 enfermeiros e 30 familiares	Descrever o significado de testemunhar a ressuscitação de um ente querido para o membro da família e para enfermeiros.		

Em um estudo realizado no SAMU de Porto Alegre, em que foram analisadas as solicitações clinicas no período de janeiro a junho de 2008,pode-se evidenciar a demanda de 14.787 atendimentos, destes, 92,75% foram provenientes da população e 7,24% dos serviços de saúde, empresas de transportes e polícia militar; As demandas encontradas, 49,32% foram decorrentes de agravos clínicos, 39,28% classificados como eventos traumáticos, 5,82% como transferências de pacientes, 2,98% psiquiátricos, 2,56% obstétricos e 0,02% não foram classificados. Dentre os agravos clínicos mais frequentes encontraram-se os neurológicos com 20,04% dos atendimentos, seguidos dos cardiológicos com 17,42% e respiratórios com 12,97%. As Unidades de Suporte Básicos-USB prestaram 91,80% dos serviços enquanto as Unidades de Suportes Avançado –USA apenas 8,19% (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011).

Tavares, Coelho e Leite (2014), evidenciaram que a demanda do SAMU, relacionada a acidentes motociclísticos, cresceu no Espírito Santo no primeiro trimestre de 2012, correspondendo a 18% de todo atendimento realizado no estado, sendo 87% destes envolvendo a população masculina.

Os acidentes de trânsitos são considerados como um problema de grande magnitude e vem acarretando altos custos para a saúde; somente em 2010 o número de óbitos pela ocorrência, foi de 22,54/100.000habitantes, sendo que, os motociclistas formaram a categoria com maiores vítimas (COELHO, 2013).

Outro estudo, realizado em uma capital do nordeste brasileiro, mostrou que as vítimas de trauma por acidentes de trânsito, totalizaram em 1.541 ocorrências somente em um bimestre, sendo que, 84% destes acidentes, foram motociclísticos e, 76,13% destes, entre homens (REZENDE NETA et al., 2012).

A predominância da faixa etária masculina envolvida nos acidentes motociclisticos varia entre 18 e 25 anos, estendendo-se até a faixa dos 35 anos. O aumento nas estatísticas desses acidentes decorre do crescimento da frota de motos, associado ao comportamento imprudente do condutor no trânsitoe o descumprimento dos limites de velocidade, associados ao consumo de bebidasalcóolicas(MACÊDO; OLIVEIRA, 2012; GONSAGA et al., 2013).

Outro estudo realizado em um município baiano, em que foram analisados 874 atendimentos referentes ao mês de janeiro de 2008, demonstrou a predominância das demandas de natureza clínica representadas em 27,5% dos casos, traumatologia com 19,9%, geriatria representou 16,2%, finalizando comos casos de ginecologia e obstetrícia com 13,7%. As solicitações do sexo feminino tiveram predominância entre a faixa etária de 21 a 30 anos (ROCHA; MORAIS; BENEVIDES, 2012).

A predominância de atendimento ao sexo feminino, nessa faixa etária, deve-se ao fato de que o SAMU é um instrumento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, usado para transferências de paciente em alto risco, para maternidade de maior complexidade ou por falta de recursos materiais e leitos. Os casos de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez e Síndromes Hemorrágicas são considerados urgências obstétricas e necessitam desse transporte rápido, porém, devido àprecariedade em que vivem, muitas dessas gestantes acionam o 192 apenas com a finalidade de transporte até a maternidade (PITTERI; MONTEIRO, 2010; DANTAS et al., 2013).

Em relação à assistência pediátrica, um estudo com análise de informações de 372 fichas de registrosdos atendimentos realizados pelo SAMU, às crianças com idade entre 0 e 10 anos, no ano de 2009, mostrou que a predominância das ocorrências na faixa etária de 5 a 10 anos foi de 43,5%, entre a faixa de 0 e 2 anos correspondeu a 30,4%, e na idade pré-escolar de 2 a 5 anos foi de 26,1%. As crianças do sexo masculino corresponderam a 66,4% dos atendimentos. Dentre as causas externas, as quedas representaram o primeiro lugar com 28,7%. Já,com relação às causas clínicas, os agravos respiratórios corresponderam a 40,0% (COSTA; MIRANDA; SOUZA, 2013).

Estudos apontam a predominância das crianças do sexo masculino associadas a quedas, seja de escadas, bicicletasou relacionadas à prática de esportes(BARACAT et al., 2000). Nas escolas, também há um crescimento importante em relação às quedas, o que desperta a importância de condutas de prevenção a estes acidentes, a fim de melhorar o quadro epidemiológico destas ocorrências por causas externas (GRADELLA,2013). Já, os agravos respiratórios, estão em primeiro lugar quando se trata de problemas clínicos pediátricos. Em alguns casos, as infecções e alergias estão associadas à exposição dos poluentes atmosféricos e esse número pode variar dependendo do grau de poluição (MOURA et al., 2008).

No estudo de Casagrande, Stamm eLeite (2013), em que analisaram 624 dos atendimentos realizados pela Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA), ocorridos entre setembro de 2011 a agosto de 2012, observou-se que 30,6% das solicitações eram para transporte de pacientes. A maioria das ocorrências se deuem domicílio, seguidas de solicitações de Unidade Básica de Saúde, vias públicas, transferências entre hospitais e transferências para outros municípios, respectivamente.

É sabido que a alta demanda nos serviços de urgências e emergências torna o nível de resposta insuficiente deste sistema de saúde, causando a superlotação das unidades de atendimento e prontosocorro, quando a natureza da solicitação nem sempre é característica de um atendimento de urgência e/ou emergência. Neste sentido, há a necessidade de uma triagem para separar e classificar os atendimentos, para assegurar um melhor cuidado e a prestação do serviço para o maior número de pessoas possíveis (CABRAL; SOUZA, 2008).

Dentre as ocorrências atendidas pelo SAMU, existem ainda, aquelas que não são compatíveis com sua natureza. Umestudo realizado na cidade de Porto Alegre mostrou que existem divergências entre o conceito de Risco de Vida (RV) para o solicitante dos serviços do SAMU em confronto com os critérios da triagem da regulação do serviço; dentre as amostras do estudo, 82% dos solicitantes entenderam que se tratava de risco iminente de vida, enquanto na avaliação da regulação, 70% se tratava de gravidade pequena, 20% gravidade média e 10% de gravidade indeterminada.

O estudo mostrou que a população, de modo geral, não compreende a finalidade deste serviço, acionandoo em situações que poderiam ser resolvidas no nível primário de assistência (VERONESE; OLIVEIRA; NAST, 2012).

O usuário entende que o SAMU funciona com a finalidade de salvar vidas e que a necessidade de mobilidade deve ser imediata, porém, atribui que a competência e capacidade de salvar vidas estão diretamente relacionadas ao profissional que presta o socorro e ao uso de medicamentos no ato do atendimento, além de muitos usuários entenderem que o SAMU existe meramente como meio de transporte, o que emerge a necessidade de disseminação do conhecimento e conscientização da população sobre o que é, e como funciona este serviço, visto que há um conflito no seu real significado (TANAKA, 2013; O'DWYER; MATTOS, 2013).

Dentre as maiores complicações clínicas, nas ocorrências realizadas pelo serviço móvel de urgência, encontramos a parada cardiorrespiratória (PCR). Uma análisede 1.548 fichas de atendimento em PCR, atendidas pela USA de Belo Horizonte no ano de 2005, pôde-se observar que, a maior parte dos pacientes eramdo sexo masculino com faixa etária predominante entre 45 e 54anos. As causas de PCR foram,em sua maioria, por motivos clínicos (62,2%), seguidas de causas externas (33,6%) (MORAIS et al., 2009).

Outro estudo sobre PCRmostrou que no desfecho do atendimento em ambiente extra-hospitalar, a maioria dos atendidos evoluiu para óbito, o que correspondeu a 78,1%. As causas clínicas mais frequentes foram: hipertensão arterial sistêmica, doenças cardíacas e *diabetes mellitus*(MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014).

No Brasil, a estimativa é que algo em torno de 200.000 PCRs ocorram por ano e, metade desse número, corresponde a casos em ambiente extra-hospitalar (GONZALEZ et al., 2013). Vários estudos apontaram que a ocorrência de PCR em homens é duas vezes maior que em mulheres(SEMENSATO; ZIMERMAN; ROHDE, 2011; CORRÊA, 2010; COSTA, 2007)

Levando em consideração que a maior parte das PCRs fora do ambiente hospitalar ocorram em domicílio e, na presença dos familiares, o estudo de Dall'Orso; Concha (2012), abordou as experiências e sentimentos vividos pela família, nesse momento difícil de reanimação do ente querido. Os sujeitos da amostra citaram como experiência chocante o fato de perceberem a possibilidade de perderem seus parentes, mesmo que muitos deles já estivessem com uma enfermidade terminal. Outros, citaram a comunicação entre a equipe do SAMU como algo angustiante pelo fato de não decifrarem os termos técnicos, bem como, os gestos utilizados por eles. Para outros, a reanimação foi uma prática tranquilizadora, uma vez que sentiram segurança na equipe.

A presença de familiares em trabalho de RCP, começou a ser discutida na literatura médica, nos anos 80. Já, nos anos 90, os questionamentos efetuados em pesquisas eram direcionadosa profissionais médicos e familiares, porém, nas pesquisas atuais, houve a necessidade de se abordar todo o contexto médicofamília-doente; a presença do familiar em RCP pode afetar o desempenho da equipe, entretanto, existem benefícios positivos que incluem o vínculo com a equipe de reanimação, caracterizando um atendimento humanizado. A maioria dos pais gostariam de estar presentes durante a realização de procedimentos em seus filhos. Estudos mostram os benefícios nesse sentido e as *Guidelines*internacionais apoiam essa presença (FERREIRA, 2011).

4. CONCLUSÃO

Os serviços de urgência e emergência móvel no Brasil,atendem demandas complexas que competem com outras de menor complexidade. Atendemtambém, a diversas demandas de outras naturezas que não seja exclusiva de sua finalidade. Isso ocorre na maioria das vezes pela falta de conhecimento sobre urgência e emergência ou, pelas condições precárias de deslocamento do usuário dos serviços de saúde, o que se explica o motivo de diversas ocorrências de natureza clínica atendidas pelo SAMU.

Diante do aumento das ocorrências de natureza traumática, problemas cardiovasculares e respiratórios identificados, e ainda, entre outras situações emergenciais, o tempo-resposta do atendimento pode ser maior quando a solicitação do socorro advém de causas simples ou de natureza clínica não relacionada a situações de urgências.

O serviço de Regulação Médica do SAMU é o principal instrumento de triagem que irá determinar o deslocamento das unidades móveis, o que caracteriza a natureza de cada ocorrência, contudo, para que essa regulação seja eficaz, e levando em consideraçãoque a população desconhece a real necessidade de chamado do SAMU, torna-se necessária a educação da população, seja através de campanhas, educação em saúde eaté mesmo em escolas e grupos específicos com a finalidade de instruí-las sobre manobras básicas em situações urgentes e que sejam capazes de reconhecer uma situação emergencial para acionar o socorro.

A criação de políticas de saúde voltadas à saúde da mulher, do idoso, da criança e do homem e a prevenção de acidentes num cenário atual torna-se bastante relevante para redução da morbimortalidade desse público, uma vez que emergências traumáticas decorrentes de acidentes de trânsito e dos acidentes domésticos são potencialmente evitáveis.

REFERÊNCIAS

- [1] BARACAT, E. C. E. et al. Acidentes com crianças e sua evolução na região de campinas, SP. Jornal de Pediatria. V.76, n.5, p.368-374. 2000.
- [2] BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006.
- [3] LANDEIRA, N. S.; et al. O atendimento móvel de urgência no município de Duque de Caxias. Revista Rede de Cuidados em Saúde. V, n.2.2014.
- [4] CICONET, R. M. Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência. Porto Alegre, 2009. 145p.
- [5] COELHO, J. G. A. M. Acidentes de trânsito atendidos pelo SAMU/Olinda: perfil e distribuição espacial, 2009 a 2011. Recife, 2013. p.135.
- [6] CORRÊA, A. R. Incorporação do desfibrilador externo automático no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte, resultados preliminares. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. V.71. 2010.
- [7] COSTA, M. F. Retorno da circulação espontânea com uso do desfibrilador externo automático em vítimas de parada cardiorrespiratória atendidas pelo SAMU do município de Araras no período de 2001 a 2007. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.2007.191p.
- [8] COSTA, P. C.; Miranda, J. O. F.; Souza, K. A. O. Pediatric prehospital assistance conducted by the mobile emergency care service (SAMU). Journal RES.: Fundamental CARE. V.5, n.4, p.614-621, out./dez.2013.
- [9] CASAGRANDE, D. Stamm, B.; Leite, M. T. Perfil dos atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul. Scientia Medica (Porto Alegre). V.23. n.3, p.149-155. 2013.
- [10] CABRAL, A. P. S.; Souza, W. V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Revista Brasileira de Epidemiologia. V.11, n.4, p.530-540. 2008.
- [11] DALL'ORSO, M. S.; Concha, P. J. Presencia familiar durante lareanimación Cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares. Ciencia y Enfermer Ia XVIII. V.3, p.83-99. 2012.
- [12] DANTAS, A. K. C. et al. Caracterização de ocorrências obstétricas atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência /SAMU Natal/RN. Revista de Enfermagem UFPE. V.7, p.6156-6161. 2013.
- [13] FERREIRA, A. A presença dos pais em situação de ressuscitação cardio-pulmonar.Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP. V.3. nov. 2011.
- [14] GONZALEZ, E. et al.Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia.v. 100, n.2, p. 105-113. 2013.*
- [15] GRADELLA, C. M. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NAS ESCOLAS: prevenção, o melhor cuidado. Revista Catarse, Campo Mourão. V.01, n.1, jan./jun.2013.
- [16] GONSAGA, R. A. T. et al. Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006. Epidemiologia e Serviços da Saúde, Brasília. V.22, n.2, p.317-324, abr./jun. 2013.

- [17] MACÊDO, D. W. M.; Oliveira, F. P. A. Epidemiologia de acidentes urbanos com atendimento móvel de urgência, Santarém, PA, maio a setembro de 2009.Revista Saúde e Desenvolvimento. V.1, n.1, jan./jun.2012.
- [18] MARQUES, G. Q.; Lima, M. A. D. S.; Ciconet, R. M. Conditionstreated in the Mobile Medical Emergency Services in Porto Alegre RS. Acta Paulista de Enfermagem. v. 24, n.2, p. 185-191. 2011.
- [19] MEDEIROS, M. Pesquisas de abordagem qualitativa. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.14, n.2, p.224-225. 2012.
- [20] MORAIS, D. A, et al. Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte.Revista Brasileira de Clínica Médica. V.7, p211-218. 2009.
- [21] MORAIS, D. A.; Carvalho, D. V.; Correa, A. R. Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar.Revista Latino-Americana de Enfermagem. v.22, n.4, p.562-568, jul./ago. 2014.
- [22] MOURA, M. et al. Qualidade do ar e transtornos respiratórios agudos em crianças.Revista de Saúde Pública. V.42, n.3, p.:503-511. 2008.
- [23] O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Cuidado Integral e Atenção às Urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. Saúde e Sociedade de São Paulo. V.22, n.1, p.199-210. 2013.
- [24] PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. Prehospitalteamworklifesupportservice for trafficaccidentvictims.Revista escola de enfermagem. USP. V. 43, n.2, p.319-326.2009.
- [25] PEREIRA, E. A.; Fernandes, J. P.; Ferreira Júnior, M. A. Atribuições do enfermeiro nas unidades de suporte avançado do Serviço de atendimento móvel de urgência SAMU: uma revisão da Bibliografia.RevistaCientíficaLinkania Júnior. V.2, n.2, fev./mar. 2012.
- [26] PITTERI, J. S. M.; Monteiro, O. S. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas-Tocantins, Brasil, em 2009.Comunicação em Ciências da Saúde.v.21, n.3, p.227-236. 2010.
- [27] REZENDE NETA, D. S. et al. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI.Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. V.65, n.6, p. 936-941, nov./dez. 2012.
- [28] ROCHA, E. G. A.; Morais, A. C.; Benevides, T. O. Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) no município de Juazeiro (Ba): principais especialidades demandadas.Revista Baiana de Saúde Pública. V.36, n.4, p.1041-1052, out./dez. 2012.
- [29] SEMENSATO, G.; ZIMERMAN, L.; ROHDE, L.E. Avaliação inicial do Serviço de Atendimento de Urgência na cidade de Porto Alegre. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. V.96, n.3, p.196-204. 2011.
- [30] SILVA, D. S.; et al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência.Revista Eletrônica de Enfermagem. V.16, n.1, p.211-219, jan./mar. 2014.
- [31] TANAKA, N. H. Uma visão crítica do atendimento pré-hospitalar móvel no Rio Grande do Sul. Scientia Medica.v.23, n.3, p.147-148. 2013.
- [32] TAVARES, F. L.; Coelho, M. J.; Leite, F. M. C. Homens e acidentes motociclísticos: caracterização dos acidentes a partir do atendimento pré-hospitalar. Escola Anna Nery. v. 18, n. 4, p. 656-661. 2014.
- [33] VELOSO, I.S.; araujo, m. t.; Alves, M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. Revista Gaúcha de Enfermagem. V.33, n.4, p.126-132. 2012.
- VERONESE, A. M.; Oliveira, D. L. L. C.; NAST, K. Risco de vida e natureza do SAMU: demanda não pertinente e implicações para a enfermagem.Revista Gaúcha de Enfermagem.V.33, n.4, p.142-148. 2012.

Capítulo 22

Educação permanente para cirurgiões dentistas da atenção primária no município de João Pessoa: Um relato de experiência

Terezinha Paes Barreto Trindade Julyane Feitoza Coêlho

Resumo: As diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, estabelecida pela Portaria GM/MS Nº 1996 desde o ano de 2007, trouxeram novas perspectivas e responsabilidades para a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao Sistema Único de Saúde (SUS) no seu âmbito de gestão. A atualização de profissionais dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS representa uma estratégia de grande relevância para a promoção da qualidade do serviço. Os recursos humanos da odontologia da APS no município de João Pessoa configuram-se como uma diversidade de profissionais contratados e concursados oferecendo à população serviços de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde bucal. Este trabalho objetiva relatar as experiências vivenciadas nas capacitações de profissionais dentistas da APS do município de João Pessoa, na Paraíba, durante o período de 2016 a 2018. Os cursos foram oferecidos através de parcerias com universidades na forma de projetos de extensão universitária. Ocorreram neste período a Formação Básica em Auriculoterapia na Atenção Primária à Saúde, o Curso de Atualização Clínica para Preceptores da Odontologia, o Curso de Liderança e Gestão em Odontologia - Mudando Perspectivas Profissionais do Dentista Brasileiro e a I Oficina Municipal sobre a Detecção das Infecções Sexualmente Transmissíveis para Prevenção das Afecções Bucais. Os cursos proporcionaram aos participantes uma excelente oportunidade de atualização e qualificação, bem como a troca de experiências entre os profissionais nos momentos de discussão, favorecendo assim um novo olhar para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde bucal.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Odontologia, Capacitação Profissional, Educação Continuada.

^{*}Trabalho Apresentado no III Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, Campina Grande, PB – 2018 em modalidade comunicação oral e publicado em seus Anais - v. 1, 2018, ISSN 2525-6696. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV108_MD1_SA7_ID1255_210520182 24247.pdf>.

1. INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) relaciona-se ao aprendizado contínuo, à busca pelo autoaprimoramento e desenvolvimento pessoal através de uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho. Alguns dos pilares fundamentais de um processo educativo fundamentado na educação permanente são: a intervenção, interação entre os saberes, associação entre teoria e prática e indissociabilidade entre conhecimento e ação. Assim, entende-se nessa perspectiva a capacitação da equipe multiprofissional na área de saúde, cujas ações vão para além da troca do saber acadêmico e técnico, mas alcançam o aprendizado significativo envolvendo questões ligadas a subjetividade, valores, ética, compromisso, responsabilidade, dentre outros (PASCHOAL; MANTOVANI; METER, 2007).

A capacitação consiste em ações de caráter pedagógico, entrelaçadas e associadas ao planejamento da organização. Representa uma das estratégias utilizadas para desenvolvimento do aprendizado através de ações planejadas, buscando promover o fortalecimento de habilidades, práticas, relações e conhecimentos inseridos na dinâmica organizacional. Tem como objetivo sustentar continuamente o desenvolvimento profissional com vistas à qualidade e à eficiência, devendo, para isso, se apresentar de forma estruturada em consonância com as necessidades e demandas institucionais (CHIAVENATO, 2008; BARBOSA, 2010).

As capacitações na Educação Permanente dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), têm grande relevância na contribuição para a qualificação do cuidado em saúde e para a concretização das diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, diante das demandas do SUS (BRASIL, 2007). Nos serviços de saúde, alguns desafios devem ser considerados para que sejam lançadas as propostas de EPS respeitando as diversidades regionais e locais. De modo que os cursos e treinamentos, bem como outras modalidades de educação devem ocorrer de forma articulada ao contexto local e às necessidades dos gestores, trabalhadores e comunidades (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

É realidade, em muitos municípios do Brasil, a diversidade de competências e habilidades de profissionais de saúde de uma mesma categoria profissional influenciada pelas diferentes formações acadêmicas em relação aos conteúdos e épocas em que foram profissionalizados. Por outro lado, as instituições de ensino necessitam unir os conteúdos acadêmicos às reais demandas do cuidado na saúde pública a fim de que a construção do conhecimento possa oferecer respostas resolutivas aos problemas enfrentados no processo de trabalho destes profissionais (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007). Ainda deve-se considerar o contexto social, cultural, científico e tecnológico em constantes transformações, numa dinâmica muitas vezes mais veloz que a percepção humana.

No município de João Pessoa, na Paraíba (PB), os recursos humanos em odontologia na Atenção Primária à Saúde (APS) configuram-se como uma diversidade de profissionais contratados e concursados oferecendo à população serviços de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde bucal. Este relato visa mostrar as experiências vivenciadas nos cursos de capacitação de profissionais dentistas da APS do município, durante o período de 2016 a 2018, bem como identificar as contribuições destas formações no processo do cuidado em saúde bucal da população.

2. METODOLOGIA

Os cursos de capacitação foram oferecidos através de parcerias de universidades com a gestão municipal de saúde na forma de projetos de extensão universitária. Ocorreram, cronologicamente, no período de 2016 a 2018: o Curso de Liderança e Gestão em Odontologia – Mudando Perspectivas Profissionais do Dentista Brasileiro, a Formação Básica em Auriculoterapia na Atenção Primária à Saúde, o Curso de Atualização Clínica para Preceptores da Odontologia e a I Oficina Municipal sobre a Detecção das Infecções Sexualmente Transmissíveis para Prevenção das Afecções Bucais.

O Curso de Liderança e Gestão em Odontologia – Mudando Perspectivas Profissionais do Dentista Brasileiro foi ofertado na modalidade de projeto de extensão e promovido pelo Departamento de Odontologia Restauradora do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e integrou quatro centros de ensino da UFPB: Centro de Ciências da Saúde, Centro de Educação, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes e Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Ocorreu no período de julho a dezembro de 2016 com carga horária de 60 horas e três encontros presenciais, os quais aconteceram no Centro de Educação (CE) da UFPB.

Foram utilizadas exposições orais, dinâmicas de grupo, debates e autoavaliações com o objetivo de aprimorar os profissionais participantes no desenvolvimento de habilidades e competências de liderança e gestão em seus processos de trabalho. Disponibilizou formação teórica e prática a partir de atividades no ambiente virtual de aprendizagem Moodle e atividades presenciais, conforme as proposições teóricas de John P. Kotter, Dan S. Cohen e Daniel Goleman. Os recursos didáticos utilizados foram objetos de aprendizagem, vídeo aulas, e-books e fóruns de discussão. Foram realizadas atividades semanais de produção de texto e de apresentações multimídias pelos participantes. O curso foi organizado em dez tópicos de estudo, sendo eles: crie um senso de urgência; aliança administrativa; desenvolva e comunique a visão de mudança; capacitação de pessoas e barreiras; gerando vitórias em curto prazo; não desanime; projete a mudança; inteligência emocional – Partes I e II. Ao final, foram elaboradas estratégias relacionadas com quatro eixos, identificados como fundamentais para a mudança na cultura organizacional dos participantes. Foram eles: desprecarização, humanização, sustentabilidade e excelência. A avaliação do desempenho foi realizada de forma contínua e formativa, por meio de acompanhamento da participação e análise qualitativa da produção de conhecimentos nas atividades propostas.

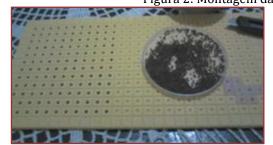
A Formação Básica em Auriculoterapia na Atenção Primária à Saúde foi oferecida a todos os profissionais de nível superior da APS, de municípios pré-selecionados, incluindo os cirurgiões dentistas, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) na modalidade semipresencial com componente de Educação à Distância - EaD, em conformidade com as diretrizes das Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares, de Atenção Básica e de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2016). Este curso baseou-se na utilização de três racionalidades médicas: a Reflexologia, a Medicina Tradicional Chinesa e a Biomedicina, abordando situações do cotidiano do processo de trabalho na APS (Figura 1). Também abordou temas importantes para a inserção da Auriculoterapia como PICS na APS. O curso ocorreu no período de 02/07/2016 a 21/10/2016 com carga horária de 80 horas, divididas em duas etapas: etapa a distância e etapa presencial. A etapa a distância teve formato autoinstrucional e foi pré-requisito para a etapa presencial. Esta etapa teve carga horária de 75 horas, distribuídas em cinco Módulos com atividades teóricas e teórico-práticas através de exercícios aplicados de acordo com as demandas recebidas nas Unidades de Saúde da Família (USF). No município de João Pessoa, a etapa presencial ocorreu no polo regional, o Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - Equilíbrio do Ser, localizado no bairro dos Bancários. Esta etapa teve carga horária de 5 horas. Somente os profissionais que obtiveram aprovação nos exercícios finais de cada Módulo da etapa a distância puderam participar desta etapa. Nesta Etapa, os participantes do curso tiveram apoio de preceptores e professores do curso com momentos estritamente práticos e receberam os materiais necessários para iniciarem a execução da auriculoterapia nas Unidades de Saúde da Família (USF) onde atuam (Figura 2). Cumpridas estas duas etapas, os profissionais tornaram-se aptos à prática da auriculoterapia básica e receberam os seus certificados.

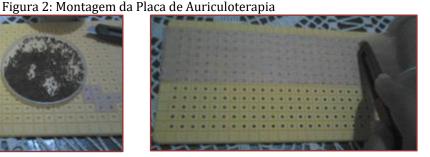
O Curso de Atualização Clínica para Preceptores da Odontologia foi promovido pelo Departamento de Clínica e Odontologia Social do CCS da UFPB na categoria capacitação. Ocorreu no período de 14/03/2017 a 19/12/2017 com carga horária total de 40 horas no CCS-UFPB. O público alvo envolveu os cirurgiões dentistas da Atenção Primária (AP) preceptores do SUS, porém foram inseridos outros dentistas da AP que manifestaram interesse em participar (Figura 3). Este curso teve caráter presencial teórico-expositivo. Nele, foram abordados 17 temas relevantes para a clínica odontológica. Os temas foram selecionados pela equipe de professores da UFPB os quais realizaram uma escuta com sugestões de alguns preceptores em roda de conversa baseada nas realidades vivenciadas no processo de trabalho e na preceptoria. Cada tema foi ministrado na forma de aula expositiva com 2 horas de duração. As aulas tiveram frequência quinzenal e foram distribuídas ao longo dos meses durante o período do curso (Figura 4). Nelas, também foram reservados alguns minutos de trocas de experiências entre os profissionais, de acordo com os temas expostos. A avaliação do curso foi realizada mensalmente pela coordenação e pela equipe colaboradora. Também houve uma avaliação final pelos dentistas participantes, mediante aplicação de um questionário, com o objetivo de colher suas demandas e dificuldades e receber críticas e novas sugestões para a elaboração de novos cursos no futuro. A certificação dos profissionais se deu pelo Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas (SIGAA) da UFPB.

MÓDULO I - Introdução à Formação em Auriculoterapia (15 horas) . Unidade 1 - Conhecendo o Curso . Unidade 2 - Práticas Integrativas e Complementares no SUS · Unidade 3 - Introdução à Auriculoterapia · Unidade 1 - Zonas e pontos reflexos Unidade 2 - Métodos de Avaliação · Unidade 3 - Métodos de Tratamento IÓOULO III - Auriculoterapia segundo a medicina tradicional chinesa (15 · Unidade 1 - Racionalidades Médicas Etapa a · Unidade 2 - Auriculoterapia segundo fundamentos da MTC distância MÓDULO IV - Auriculoterapia segundo a biomedicina (15 horas) · Unidade 1 - Neurofisiologia Etapa Polos Regionais presencial · Preceptoria · Estritamente prático

Figura 1: Estrutura Curricular do Curso de Auriculoterapia

Fonte: BRASIL, 2016





Fonte: Autoria própria.

A I Oficina Municipal sobre a Detecção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) para a Prevenção das Afecções Bucais foi oferecida aos cirurgiões dentistas da APS através de uma parceria do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ, da UFPB e da Seção IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. O número de participantes foi dividido em duas turmas com um dia de atividades para cada uma. As atividades ocorreram nas datas 25/04/18 e 09/05/18, no Auditório do Espaço de Vivência Acadêmica do UNIPÊ, no turno da manhã, e na Clínica-Escola de Odontologia do UNIPÊ, no turno da tarde, e seguiu uma programação pré-formulada. O evento teve o objetivo de promover a detecção precoce de lesões bucais por IST, como o Papilomavírus (HPV), a Sífilis, o HIV e a Herpes (HVS), na população atendida pela rede pública da capital paraibana, visando à prevenção das afecções bucais, incluindo o câncer.



Figura 3: Folder de Divulgação do Curso

Fonte: UFPB, 2017

Figura 4: Registro de Aula e Confraternização Final do Curso





Fonte: Autoria própria

No turno da manhã, foi formada uma mesa redonda com o coordenador de Saúde Bucal do município, a coordenadora da Sessão IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais, a coordenadora desta Oficina e os demais facilitadores. Em seguida foram abordados temas sobre: os resultados do Estudo de Prevalência do Papilomavírus no Brasil – POP Brasil; Infecções Sexualmente Transmissíveis; e Alterações Potencialmente Malignas e o Câncer. A manhã foi finalizada com um debate sobre os temas envolvidos. No turno da tarde, ocorreram as atividades práticas na clínica com exames bucais em voluntários e exposição de casos clínicos com os facilitadores através da projeção de slides e discussão entre os participantes da oficina.





Fonte: Autoria própria

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Curso de Liderança e Gestão em Odontologia disponibilizou aos profissionais dentistas novas ferramentas e técnicas para colaborar na implementação de processos inovadores nos modelos atuais de saúde, na perspectiva de criar estratégias geradoras de articulação nas relações do trabalho em equipe e intersetoriais, aplicando os conhecimentos de liderança e gestão em saúde.

A Formação Básica em Auriculoterapia na Atenção Primária à Saúde ofereceu aos dentistas da AP o conhecimento dos princípios da Medicina Tradicional Chinesa, especialmente da auriculoterapia, com a oportunidade de agregá-los, de forma integrada e complementar, ao seu processo de trabalho no cuidado ao usuário do SUS (Figura 6).



Figura 6: Registro da Utilização da Prática de Auriculoterapia no Serviço

Fonte: Autoria própria

O Curso de Atualização Clínica para Preceptores da Odontologia ofereceu aos profissionais subsídios teóricos atualizados através da apropriação de novos conhecimentos, de técnicas e práticas aplicadas na clínica odontológica.

A I Oficina Municipal sobre a Detecção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) para a Prevenção das Afecções Bucais ofereceu aos cirurgiões dentistas da APS dados epidemiológicos mais atualizados sobre a realidade das infecções por HPV, pelo agente etiológico da Sífilis, pelo HIV e pelo HVS na população, bem como ofereceu dados clínicos importantes para o diagnóstico de forma atualizada pela literatura científica. Deste modo, promoveu aos profissionais um melhor olhar na detecção precoce de lesões bucais por IST e para o tratamento de lesões malignas ou malignizantes, promovendo assim a prevenção e tratamento do câncer bucal com melhoria de prognósticos e da qualidade de vida dos usuários do SUS.

Desta forma, foi visualizado que todas as capacitações oferecidas basearam-se nos pressupostos teóricos e metodológicos da EPS e permitiram a participação ativa dos profissionais, desde a contribuição para escolha das temáticas abordadas de acordo as necessidades do serviço, até a problematização das implicações do aprendizado com o processo de trabalho. Luz (2010) afirma que a EPS prioriza o desenvolvimento de uma metodologia construtiva, baseada na descentralização e na participação de todos os atores envolvidos no processo de construção do conhecimento. Neste sentido, propicia momentos de discussão entre os sujeitos envolvidos na construção de saberes a partir das suas vivências práticas cotidianas. Os profissionais são incentivados, assim, a assumir o lugar de protagonistas em seus processos de formação, desenvolvendo um olhar crítico do próprio trabalho e uma postura proativa para, dentro do grupo, ser capaz de acompanhar o percurso da equipe e suas necessidades.

A EPS deve valorizar os depoimentos dos profissionais, as vivências cotidianas, as percepções e interpretações dos acontecimentos, os sentimentos emergentes nas relações, as sugestões de melhoria com um olhar crítico e assim contribuir para as transformações almejadas da atenção e cuidado em saúde (UFMA, 2015).

4. CONCLUSÕES

A Educação Permanente em Saúde para os profissionais dentistas da APS do município de João Pessoa, nos anos de 2016, 2017 e 2018, ocorreu de forma ativa e efetiva na qualificação destes servidores, contribuindo assim para a melhoria da atenção, nas ações integradas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde bucal da população, como também despertou nos profissionais uma visão estratégica de resolução de conflitos e problemas comumente presentes no cotidiano do trabalho em saúde. Além disso, contribuiu para diminuir as distorções existentes entre a teoria e a prática nas atividades de preceptoria, para a melhoria do ensino odontológico e formação de futuros profissionais da Saúde Bucal no SUS.

5. AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, através de minha fé, por ser o principal motivador da superação dos obstáculos internos do meu eu.

Agradeço à minha orientadora Julyane Feitoza Coêlho, pelo apoio técnico e dedicação constante, com vínculo de amizade sincera.

Agradeço aos coordenadores e professores ministrantes dos cursos, em particular, Fábio Luiz Cunha D'Assunção, Maria Germana Galvão Correia Lima, Laudenice de Lucena Pereira e Paulo Rogério Ferreti Bonan pela oportunidade que me foi dada em relatar estas experiências tão importantes para o meu crescimento profissional e pelas informações fornecidas sobre os cursos.

Agradeço à Prefeitura Municipal de João Pessoa por me proporcionar, como servidora pública da saúde, as oportunidades de participar das capacitações promovidas.

Agradeço às instituições de ensino UFPB e UNIPÊ pela ativa participação nas atividades de Educação Permanente em Saúde do município de João pessoa, com ênfase na articulação ensino-serviço.

REFERÊNCIAS

- [1] ARAÚJO, D.; Miranda, M. C. G.; Brasil, S. L. Formação de profissionais de saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 31, p. 20-31, jun. 2007.
- [2] BARBOSA, E. M. S. A importância da qualificação, capacitação e aperfeiçoamento de funcionários nas instituições de ensino superior: o PCCTAE e a UNIFAP. P@rtes, São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.partes.com.br. Acesso em: 21 mai. 2018.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Introdução à Formação em Auriculoterapia. Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde na Atenção Básica. UFSC. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em 19 de maio de 2018.
- [5] CHIAVENATO, I. Gestão de pessoas. São Paulo: Elsevier, 2008.
- [6] LUZ, F. M. Educação Permanente em Saúde (EPS): uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho. 2010. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) Universidade Federal de Minas Gerais, Varginha, 2010.
- [7] PASCHOAL, A. S.; Mantovani, M. F.; Meter, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev. Esc. Enf. USP, v. 4, p. 478-484, 2007.
- [8] SILVA, J. A. S.; Ogata, M. N.; Machado, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 389-401, 2007. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a08.pdf>. Acesso em 19 de maio de 2018.
- [9] UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. A capacitação como processo de educação permanente e qualidade do trabalho. São Luís, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3311>. Acesso em 19 de maio de 2018.

Capítulo 23

Medidas de conforto para pacientes com câncer de pulmão avançado – uma cartilha didática

Joselaine Dantas
Maurício Wesley Perroud Júnior
Luciana Campanatti Palhares
Carmen Silvia Passos Lima

Resumo: Introdução: O câncer de pulmão (CP) é um importante problema de saúde em todo o mundo. O CP avançado limita a mecânica pulmonar e consequentemente, as trocas gasosas, levando à dispneia e à fadiga. Essas condições favorecem a adoção de um estilo de vida sedentário com redução da qualidade de vida. Quando assume a forma avançada, o CP pode evoluir para impossibilidade de cura, com presença de sinais e sintomas limitantes e pouco controláveis. Diante disso, os cuidados prestados ao paciente deixam de ser curativos e passam a ser paliativos.

Objetivo: O objetivo desse estudo foi desenvolver um material de educação e saúde sobre medidas de conforto para pacientes com câncer de pulmão avançado.

Relato de experiência: Foi desenvolvida uma cartilha ilustrativa com medidas de conforto para pacientes com CP avançado tendo como base as demandas dos pacientes do ambulatório de Oncopneumologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Os pacientes foram avaliados em consultas individuais por médicos e fisioterapeuta. Foram propostas orientações domiciliares para proporcionar alívio dos sintomas descritos pelos pacientes, considerando suas capacidades funcionais. A cartilha foi lançada em forma eletrônica no Hospital de Clínicas da UNICAMP em dezembro de 2018.

Conclusões: Concluímos que as intervenções propostas nesta cartilha podem ser utilizadas na reabilitação domiciliar de pacientes com CP avançado, incluindo aqueles que recebem apenas cuidados paliativos. Acreditamos que seja de grande valia para pacientes, familiares e profissionais da área de saúde, englobando uma única ação de educação e saúde no cuidado a esses pacientes.

Palavras chave: câncer de pulmão, cuidados paliativos, medidas de conforto, fisioterapia educação em saúde.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão (CP) é um dos fenômenos clínicos e epidemiológicos da atualidade (Silva *et al.*, 2016; Bray *et al.*, 2018; Dogan *et al.*, 2019).

Espera-se 1.806.590 novos casos de câncer nos Estados Unidos em 2020, e 606.520 mortes a ele atribuída no mesmo ano (Siegel, Miller e Jemal., 2020). As estimativas mundiais sobre incidência evidenciam 2,1 milhões de casos novos e prevê 1,8 milhões de óbitos por CP (Bray *et al.*, 2018).

Está prevista a ocorrência de 685 mil casos novos de câncer para cada ano do triênio 2020-2022 no Brasil. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, ocorrerão 509 mil casos novos de câncer no pais, sendo o CP o segundo tipo de câncer de maior incidência em homens e o quarto tipo de câncer de maior incidência em mulheres (INCA, 2020).

Os sintomas apresentados por pacientes com CP geralmente surgem quando o tumor já está em estágio avançado e incluem a tosse (ou mudança no padrão da tosse do fumante), a dispneia e dor torácica (Ferreira et al., 2008; Schmitz *et al.*, 2010 e Brett *et al.*, 2016). O diagnóstico é estabelecido por radiografia do tórax, tomografia do tórax, broncoscopia e biópsia do tumor (Ferreira et al., 2008).

Os principais subtipos de CP são o carcinoma de células não pequenas, o adenocarcinoma e o carcinoma de células escamosas (Ettinger *et al.*, 2017). Os pacientes com estágios iniciais do tumor podem ser submetidos à cirurgia, que é o único método potencialmente curável. A maioria dos pacientes (75%) já apresenta CP avançado ao diagnóstico e são tratados com quimioterapia e radioterapia paliativas; há ainda aqueles que não podem ser tratados com quimioterapia e radioterapia paliativas e recebem apenas cuidados paliativos para alívio dos sintomas (Detterbeck *et al.*, 2009; Rivera *et al.*, 2018).

A perda progressiva da capacidade funcional, que afeta a independência nas tarefas diárias e autonomia dos pacientes, ocorre particularmente na forma avançada do CP, quando a cura já não é possível. Os cuidados paliativos são fundamentais para estes casos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos consistem em medidas que promovem a qualidade de vida em portadores de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Visam o alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (Silva et al., 2017).

Desde o início dos anos 2000, há um crescente interesse pela qualidade de vida de pacientes com CP. Notavelmente, estes pacientes apresentam debilidade física, com reduzida capacidade ao exercício (Baracos *et al.*, 2010).

A fisioterapia em cuidados paliativos visa melhorar a qualidade de vida em doença avançada, por meio de condutas que possibilitem a reabilitação funcional de pacientes e auxiliem o cuidador a lidar com o avanço da enfermidade.

O objetivo do presente estudo foi desenvolver um material de educação e saúde com medidas de conforto definidas por fisioterapeuta para pacientes com CP avançado do nosso país.

2. METODOLOGIA

O estudo fez parte de uma dissertação de mestrado conduzida na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Tratou de um ensaio clínico transversal e descritivo conduzido para caracterizar a capacidade funcional de pacientes com CP avançado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP.

Com base nas demandas dos pacientes atendidos nas consultas médicas individuais e na avaliação fisioterapêutica do ambulatório de Oncopneumologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas foram considerados aptos para inserção no estudo os portadores do tumor acima especificado, com idade igual ou maior que 18 anos, de ambos os sexos, com condição clínica e nutricional satisfatórias, sem problemas psiquiátricos e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos do estudo os pacientes que não preenchiam os critérios de inclusão.

Os pacientes foram avaliados em consultas individuais por médicos e fisioterapeuta. Foram computados os sintomas apresentados por pacientes e foi realizado o teste de caminhada de seis minutos para avaliar a capacidade funcional e a escala de Borg Modificada para avaliar a percepção ao esforço (Cheville *et al.*, 2013; Muller *et al.*, 2014 Rivera *et al.*, 2018).

Foram identificados pacientes com boa capacidade funcional e que podiam realizar exercícios físicos diversos. Vários outros pacientes não conseguiram realizar o teste de caminhada de seis minutos e para eles a recomendação de exercícios físicos não pareceu adequada. Entretanto, como apresentavam inúmeros sintomas relacionados à doença ou ao tratamento, necessitavam de atenção especial.

Frente ao exposto, foi desenvolvida uma cartilha com medidas de conforto para melhorar a qualidade de vida de pacientes com CP avançado.

A montagem da cartilha foi elaborada com orientações para alívio dos sintomas dos pacientes e esclarecimentos aos cuidadores, familiares e profissionais da área de saúde, englobando uma única ação de educação e saúde em cuidados paliativos em CP avançado.

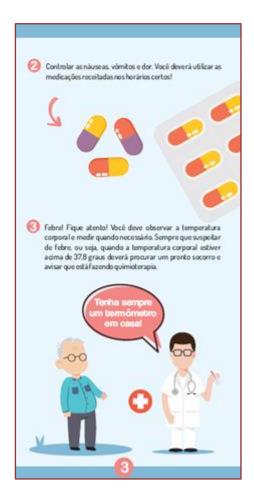
2.1. APRESENTAÇÃO DA CARTILHA DE MEDIDAS DE CONFORTO

São fornecidas na cartilha orientações sobre os melhores posicionamentos corporais a serem adotados, controle de náuseas, vômitos, dor e temperatura corporal, ingestão de líquidos e alimentos, como manter o ambiente arejado e técnicas de conservação de energia.

A cartilha foi lançada em forma eletrônica no Hospital de Clínicas da UNICAMP em dezembro de 2018.















3. DISCUSSÃO

Este estudo acompanhou um grupo de pacientes com CPCNP avançado com o objetivo de observar aspectos pertinentes à avaliação funcional para indicar uma cartilha de orientações como medidas de conforto. Os instrumentos de medidas utilizados foram simples, acessíveis e práticos que podem auxiliar os profissionais na rotina ambulatorial e melhorar a assistência aos pacientes.

Embora o CP esteja entre os tumores mais frequentes, os impactos da doença, quimioterapia e ou radioterapia sobre a capacidade de exercício de portadores do tumor ainda são ainda pouco compreendidos. Entretanto, debilidade física e reduzida capacidade ao exercício parecem aspectos comuns na doença (Baracos *et al.*, 2010).

A avaliação da condição clínica tem grande significado prognóstico nos pacientes oncológicos e tem sido frequentemente utilizada como fator de seleção dos pacientes nos ensaios clínicos (O'Mahony *et al.*, 2015). Identificamos que pacientes mais debilitados necessitam de cuidados e por isso, elaboramos uma cartilha com medidas de conforto que pudessem beneficiá-los. As medidas de conforto foram preparadas para esclarecer os pacientes, cuidadores, familiares e profissionais da área de saúde sobre o que é possível fazer de forma segura em seus domicílios durante o seguimento ambulatorial.

O fisioterapeuta tem a oportunidade de utilizar medidas não farmacológicas e paliativas na missão do cuidado em pacientes com câncer, mesmo em estágio avançado. Em nosso caso, enfatizamos a importância e olhar da fisioterapia no cuidado a pacientes com CP avançado, incentivando à prática do relaxamento, consciência corporal, posicionamento no leito favorecendo a biomecânica da caixa torácica e técnicas de conservação de energia (e Quist *et al.*, 2015; Brett *et al.*, 2016; Ran *et al.*, 2017 referencias), de modo simples e de fácil compreensão por pacientes, cuidadores, familiares e profissionais da área de saúde.

4. CONCLUSÃO

Desenvolvemos uma cartilha com medidas de conforto para pacientes com CP avançado com base na avaliação da capacidade funcional de pacientes atendidos em nossa Instituição. Acreditamos que as ações educativas são complementares no tratamento de pacientes oncológicos com quimioterapia e radioterapia, envolvem vários aspectos do cuidado, têm boa aceitação por pacientes e por cuidadores, familiares e profissionais da equipe multiprofissional que a eles prestam assistência, e constituem ferramenta acessível e segura no manejo domiciliar. Acredita-se que a parceria entre a fisioterapia e os cuidados paliativos promoverão novos estudos e futuramente, serão identificadas medidas terapêuticas mais precisas e específicas para tratar as limitações funcionais, dignamente, desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- [1] Araujo, L. H. et al. Lung cancer in Brazil. J Bras Pneumol, v. 44, n. 1, p. 55-64, Jan-Feb 2018. ISSN 1806-3713 (Print)1806-3756 (Electronic). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562017000000135.
- [2] Bade, B. et al. Increasing Physical Activity and Exercise in Lung Cancer Reviewing Safety, Benefits, and Application. Journal of Thoracic Oncology, v. 10, n. 6, p. 861-871, JUN 2015. ISSN 1556-0864.
- Baracos, V. E. et al. Body composition in patients with non-small cell lung cancer: a contemporary view of cancer cachexia with the use of computed tomography image analysis. Am J Clin Nutr, v. 91, n. 4, p. 1133s-1137s, Apr 2010. ISSN 0002-9165. Disponível em: http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.2010.28608C.
- [4] Batscheider, A. et al. Exposure to second-hand smoke and direct healthcare costs in children results from two German birth cohorts, GINIplus and LISAplus. BMC Health Serv Res, v. 12, p. 344, Oct 2 2012. ISSN 1472-6963. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-344.
- [5] Bray, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, Sep 12 2018. ISSN 0007-9235. Disponível em: http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492.
- [6] Cheville, A. L. et al. A home-based exercise program to improve function, fatigue, and sleep quality in patients with Stage IV lung and colorectal cancer: a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage, v. 45, n. 5, p. 811-21, May 2013. ISSN 0885-3924. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.006.

- [7] De Figueiredo júnior, A. M.; Reis, D. P.; Pimenta, A. C. A.; Santos, L. de J. da C.; Frazão, J. de M.; da Silva, M. C. R.; da Cunha, F. F.; Silva, F. A.; Spindola, P. R. N.; dos Santos, B. N.; de Azevedo, B. A. R.; Lopes, M. M. B.; Vasconcelos, P. L. S.; da Paixão, A. R. T.; de Castro, H. S. Percepção de acadêmicos de Enfermagem sobre educação em saúde na perspectiva da qualificação do cuidado. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 1, p. e1964, 6 jan. 2020.
- [8] Detterbeck, F. C.; Boffa, D. J.; Tanoue, L. T. The new lung cancer staging system. Chest, v. 136, n. 1, p. 260-271, Jul 2009. ISSN 0012-3692. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1378/chest.08-0978.
- [9] Edbrooke, L. et al. Benefits of home-based multidisciplinary exercise and supportive care in inoperable non-small cell lung cancer protocol for a phase II randomised controlled trial. BMC Cancer, v. 17, n. 1, p. 663, Sep 29 2017. ISSN 1471-2407.
- [10] Ettinger, D. S. et al. Non-Small Cell Lung Cancer, Version 5.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw, v. 15, n. 4, p. 504-535, Apr 2017. ISSN 1540-1405. Disponível em: http://dx.doi.org/.
- [11] Ferlay, J. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. Int J Cancer, v. 127, n. 12, p. 2893-917, Dec 15 2010. ISSN 0020-7136. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1002/ijc.25516.
- [12] Ferreira, K. A. et al. Impact of cancer-related symptom synergisms on health-related quality of life and performance status. J Pain Symptom Manage, v. 35, n. 6, p. 604-16, Jun 2008. ISSN 0885-3924 (Print)0885-3924. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.07.010.
- [13] Follak, N.C. et al. Promovendo Saúde a partir da sala de espera: relato de experiência. Salão do Conhecimento Ciência Alimentando o Brasil, 2016. Disponível em: https://www.publicacoeseeventos.unijui.edu.br Acesso em: 21/12/2019
- [14] Kuehr, L. et al. Exercise in patients with non-small cell lung cancer. Med Sci Sports Exerc, v. 46, n. 4, p. 656-63, Apr 2014. ISSN 0195-9131. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1249/mss.0000000000158.
- [15] Machado, L. et al. Evolution of performance status, body mass index, and six-minute walk distance in advanced lung cancer patients undergoing chemotherapy. J Bras Pneumol, v. 36, n. 5, p. 588-594, Sep-Oct 2010. ISSN 1806-3713.
- [16] Machado MFAS, et al. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. Ciência & Saúde Coletiva, 2010; 15(4): 2133-43.
- [17] Muller, A. M. et al. Assessing quality of life and lung function in patients with lung cancer. Clin Biomed Res, v. 34, n. 4, p. 347-56, 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.48568. Acesso em julho 2018.
- O'mahony, S. et al. Survival Prediction in Ambulatory Patients With Stage III/IV Non-Small Cell Lung Cancer Using the Palliative Performance Scale, ECOG, and Lung Cancer Symptom Scale. Am J Hosp Palliat Care, v. 33, n. 4, p. 374-80, May 2016. ISSN 1049-9091. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1177/1049909115570707.
- [19] Ran, J. et al. Health-related quality of life in long-term survivors of unresectable locally advanced non-small cell lung cancer. Radiat Oncol, v. 12, n. 1, p. 195, Dec 2 2017. ISSN 1748-717x. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1186/s13014-017-0909-6.
- [20] Rivera, M. P. et al. Incorporating Coexisting Chronic Illness into Decisions about Patient Selection for Lung Cancer Screening. An Official American Thoracic Society Research Statement. Am J Respir Crit Care Med, v. 198, n. 2, p. e3-e13, Jul 15 2018. ISSN 1073-449x. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201805-0986ST.
- [21] RODRIGUES, B.C. et al. Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro. v.36, n. 1, supl. 1, p. 149-154, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.Acesso em 15 Dez. 2019.
- [22] Siegel, R.L., Miller, K.D. and Jemal, A. (2020), Cancer statistics, 2020. CA A Cancer J Clin, 70: 7-30. doi:10.3322/caac.21590
- [23] Silva, L. F. A et al. Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade. Rev Bioet. 2017;25(1):148-57. http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017251176.
- [24] Sousa LB, et al. Práticas de Educação em Saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2010; 18(1): 55-60.
- Tang, F. et al. Quality of Life and Its Association with Physical Activity among Different Types of Cancer Survivors. PLoS One, v. 11, n. 11, p. e0164971, 2016. ISSN 1932-6203. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0164971.
- [26] Wang, J. W. et al. The influence of comorbid chronic diseases and physical activity on quality of life in lung cancer survivors. Support Care Cancer, v. 23, n. 5, p. 1383-9, May 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1007/s00520-014-2494-7.
- [27] Wiskemann, J. et al. Positive study: physical exercise program in non-operable lung cancer patients undergoing palliative treatment. BMC Cancer, v. 16, p. 499, Jul 19 2016. ISSN 1471-2407.
- [28] Wild, Camila Fernandes et al. Educação em saúde na sala de espera de uma policlínica infantil: relato de experiência. Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 660 666, nov. 2014. ISSN 2179-7692. Disponível em: . Acesso em: 20 dez. 2019

Capítulo 24

Modificações cerebrais na aprendizagem motora: Uma revisão de literatura

Karoline Olivia da Silva Carneiro Laura Emmanuela Lima Costa Cleuma Sueli Santos Suto Carle Porcino Lucas da Silva Santos

Resumo: Este artigo busca colaborar para o progresso do entendimento de como se dá a aprendizagem motora e como os professores podem utilizá-las na melhoria do ensino. Este trabalho, faz uma revisão de literatura onde descrevemos quais modificações acontecem no cérebro durante a aprendizagem motora, além de esclarecer os conceitos envolvidos no processo de aprendizagem e demonstrar como o professor pode utilizar métodos para facilitar a aprendizagem motora na primeira infância. Considerando que a aprendizagem motora é complexa e envolve praticamente todas as áreas corticais de associação, é necessário entender o desempenho neurofisiológico na maturação a fim de proporcionar bases teóricas para a estruturação de um plano de ensino que atenda as fases de desenvolvimento neural da criança, potencializando assim o aprendizado.

Palavras-chave: Modificações Cerebrais. Aprendizagem Motora. Neurociência. Educação Física.

1. INTRODUÇÃO

Devido ao crescimento e inovação de estudos relacionados a grandes áreas de conhecimentos como a Neurociência e Educação, este artigo justifica-se pela necessidade de compreender quais são as modificações cerebrais que acontecem durante a aprendizagem motora, uma vez que essa aprendizagem, como um campo de investigação, procura explanar mecanismos e procedimentos subjacentes às mudanças no comportamento motor de um indivíduo em função da prática, ou seja, o processo de aquisição de habilidades motoras e os fatores que o influenciam (TANI; CORRÊA, 2016).

A neurociência é um ramo da ciência que compreende várias áreas como neurologia, psicologia, biologia, medicina nuclear, entre outras. Essas áreas têm como objetivo comum estudo do sistema nervoso (SN), sendo, portanto, conceituada como uma área multidisciplinar responsável pela conexão entre o cérebro e a aprendizagem (SOUSA; ALVES, 2017). Apesar de haver um crescimento de estudo nessas áreas, a escassez de material publicado ainda é grande. Com isso, o intuito desta pesquisa é contribuir para o avanço do entendimento de como se dá a aprendizagem motora e como os professores podem utilizá-las na melhoria do ensino.

Assim, com vistas ao melhor entendimento da anatomia da aprendizagem, é necessário compreender as bases celulares, da neuroembriologia e também a compreensão dos aspectos maturacionais do cérebro. Por conseguinte, o controle das contrações musculares e dos movimentos corporais está relacionado ao córtex motor. Uma parte deste controle motor ocorre em respostas aos sinais somatossensoriais recebidos das porções sensoriais do córtex, os quais mantêm o córtex motor informado sobre as posições e os movimentos das diferentes partes do corpo, localizado no córtex motor (GUYTON; HALL, 2017).

Nesse sentido, por intermédio de pesquisas realizadas constatou-se que o sistema nervoso humano é composto por duas partes principais: Sistema nervoso central (SNC): que consiste em cérebro e medula espinal; Sistema nervoso periférico (SNP): que consiste nos nervos que transmitem a informação para e a partir do SNC (MCARDLE; KATCH; KATCH, 2017).

O SNC é categorizado por seis áreas principais: bulbo, protuberância, mesencéfalo, cerebelo, diencéfalo e telencéfalo. O bulbo, a protuberância e o mesencéfalo compõem o tronco cerebral. O cerebelo funciona através de complexos circuitos de retroalimentação (feedback), monitorando e coordenando outras áreas do cérebro e da medula espinal que participam do controle motor. Ele também funciona como o principal centro de comparação, de avaliação e de integração para os ajustes posturais, a locomoção, a manutenção do equilíbrio, as percepções da velocidade do movimento corporal e outras funções reflexas diversificadas relacionadas com o movimento (GUYTON; HALL, 2017).

Existem no SNC dois tipos de células nervosas, que equivalem às duas unidades estruturais e também funcionais, são elas: o neurônio e o gliócito, também denominado de célula glial ou neuróglia. A princípio, a ideia era a de que apenas o neurônio fosse a unidade morfofuncional fundamental ao SNC, enquanto que o gliócito era tido apenas como uma célula de base. No entanto, constata-se que as células gliais são 10 a 15 vezes mais numerosas do que os neurônios, que podem transformar-se com a chegada de novas informações no SNC e que de certo modo, também participam dos mecanismos celulares do aprendizado (ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016).

Os neurônios, são células extremamente excitáveis que se comunicam entre si e também com outras células efetuadoras, tais como células musculares e secretoras. Eles são constituídos de um corpo celular (soma), de onde emerge extensões longas (axônios) e curtas (dendritos). Os dendritos recebem informação de axônios de outros neurônios, enquanto axônios transmitem informação para outros neurônios. Cada neurônio tem potencial para fazer em torno de 60mil conexões ou sinapses. Além disso, eles transmitem sinais pelas mudanças no potencial elétrico através de suas membranas. A sinalização por uma sinapse requer a liberação de neurotransmissores que, quando ligados a seu receptor específico, iniciam um sinal elétrico na célula-alvo ou receptora (ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016; SMITH; MARKS; LIEBERMAN, 2007).

O termo células gliais vem do inglês glue, que significa cola. Existem diversos tipos de células da neuróglia, que são representados por dois grandes grupos de células gliais: a neuróglia do SNC e a do sistema nervoso periférico. A ideia inicial era de que as células gliais auxiliavam apenas para colar e dar apoio aos neurônios do SNC.

Entretanto, verificou-se que as células gliais também possuem outras funções, como por exemplo: orientação e ajuda no processo de migração neuronal, participação na comunicação interneural, defesa e reconhecimento de situações patológicas para si e para os neurônios, além de controlar eventos epileptogênicos (ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016).

O primeiro intercâmbio dos músculos e do sistema nervoso ocorre através dos neurônios motores alfa, assim chamados em função de sua grande espessura. Os neurônios motores alfa localizam-se na medula espinal, se projetam através da raiz ventral e terminam nas fibras musculares. Assim como ocorre com os demais neurônios, um potencial de ação no neurônio motor alfa libera um neurotransmissor que, nesse caso, é a acetilcolina. No entanto, a liberação do transmissor não modifica a atividade de um neurônio póssináptico, ao invés disso, faz as fibras musculares se contraírem. Portanto, os neurônios motores alfa fornecem a base física para traduzir o sinal neural em ações mecânicas. Nesse seguimento, o movimento acontece quando os neurônios motores alfa mudam o comprimento e a tensão dos músculos (GAZZANIGA; IVRY; MANGUN, 2006).

O processo de aprendizagem dar-se-á no SNC, que é uma estrutura complexa. Em função de sua complexidade o aprendizado e memória podem se confundir da seguinte forma: quando chega ao SNC uma informação habitual, ela gera uma lembrança, que nada mais é do que a memória; quando chega ao SNC uma informação nova, essa mensagem produz uma mudança, ou seja, é o que é denominado como aprendizado5. Tanto a aprendizagem, quanto a memória ocorrem em praticamente todas as regiões do Sistema Nervoso, abrangendo circuitos simples ou mais complexos. Nesse ínterim, compreende-se que a quantidade de mudanças nas conexões sinápticas ao longo da cadeia neuronal são definidas por fatores genéticos e ambientais (FLORINDO, M.; PEDRO, 2014).

Os episódios ambientais formam sensações que contextualizam a ação (sistemas sensoriais), desenvolvem agentes que possibilitam a sua execução (sistema neuromusculoesquelético) e a probabilidade de alcançar o objetivo (sistema neuromotor) (FLORINDO, M.; PEDRO, 2014).

Dessa forma, diferentes aprendizados se concedem em diferentes locais, mas também são consolidados em épocas distintas. Além disso, os aprendizados não são iguais ou puros em seu conteúdo podem comportar elementos provenientes de diferentes áreas (ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2016).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza básica que não apresenta finalidades imediatas e produz conhecimento a ser utilizado em outras pesquisas, tendo o objetivo de cunho descritivo, que registra e descreve os fatos observados sem interferir neles, com abordagem qualitativa e procedimentos bibliográficos por meio da busca de publicações, tais como: livros, revistas, periódicos e artigos científicos (GIL, 2010).

Sendo assim, neste trabalho, a revisão de literatura narrativa possibilitou a descrição de modificações que acontecem no cérebro durante a aprendizagem motora e a identificação das respectivas áreas cerebrais onde ocorrem os processos de aprendizagem motora, além de esclarecer os conceitos envolvidos no processo de aprendizagem e demonstrar como o professor pode utilizar métodos que facilitem a aprendizagem motora na primeira infância.

Para a revisão narrativa, cuja coleta dos dados realizou-se em artigos, livros e teses/dissertações que discorrem sobre a temática e disponíveis na bibliotecas da Universidade do Estado da Bahia ou em bases eletrônicas de acesso livre.

A busca dos textos realizou-se em março de 2019, utilizando-se das palavras-chave "Modificações Cerebrais", "Aprendizagem Motora", "Neurociência", "Educação Física". Utilizou-se um instrumento de coleta elaborado especificamente para esta pesquisa, o qual teve os seguintes itens: base de dados, descritores, ano de publicação.

A seleção dos textos baseou-se nos critérios de inclusão: textos completos, que estivessem nos idiomas português ou espanhol, publicados estre os anos de 2004 e 2016, em formato de documento do tipo PDF. Como critério de exclusão optou-se em eliminar os duplicados e os que não se enquadrassem nos objetivos e na temática proposta.

Sendo assim, após avaliação criteriosa foram analisados profundamente seis textos, sendo quarto artigos, um livro e uma dissertação, de onde se extraíram as evidências deste estudo sobre os principais conceitos envolvidos no processo de aprendizagem.

3. RESULTADOS

São apresentados os conceitos envolvidos no processo de aprendizagem: aprendizagem; aprendizagem motora; fases da aprendizagem motora; e habilidade motora e técnica.

Aprendizagem

"A aprendizagem é a mudança de comportamento viabilizada pela plasticidade dos processos neurais cognitivos" (ANDRADE; LUFT; ROLIM, 2004). A aprendizagem é o processo através do qual ganhamos conhecimentos sobre o mundo (FLORINDO, M.; PEDRO, 2014).

Dessa forma, é correto definir aprendizagem como o método pelo qual os animais adquirem conhecimento a respeito do meio (SÁ; MEDALHA, 2001).

Aprendizagem motora

Pode-se definir aprendizagem motora como a união de processos neurais associados com o treino e repetição de ações relativamente invariantes, levando a mudanças estáveis no que diz respeito, a capacidade de os indivíduos executarem estabelecida tarefa. Isto é provável devido às alterações das redes neurais responsáveis pelas respostas motoras, proporcionando uma execução mais eficaz na tarefa treinada (PALAZZIN, 2007).

A aprendizagem motora investiga a modificação no comportamento motor derivado da obtenção de uma nova habilidade motora, que exibe três características: a forma como o movimento é organizado, a importância relativa dos elementos motores e cognitivos e o nível de probabilidade ambiental envolvendo performance e habilidade (LUFT; ANDRADE, 2006).

Fases da aprendizagem motora

A aprendizagem motora é um processo contínuo em que certas fases características têm sido reconhecidas: uma fase inicial, denominada de cognitiva, uma fase intermediária, denominada de associativa, e uma fase final, também conhecida como autônoma (TANI; CORRÊA, 2016).

Na fase inicial o que se procura é a compreensão do que está para ser feito, ou seja, o objetivo da habilidade, as informações que precisam ser seletivamente atendidas para a efetivação do movimento e o plano de ação que deve ser criado mediante a organização sequencial dos seus elementos para atingir o objetivo. Nessa fase, a exatidão do movimento não deve ser a central preocupação, visto que ela é acima de tudo, cognitiva (TANI; CORRÊA, 2016).

Na fase intermediária, o que se busca é a diminuição dos erros e o consequente refinamento da habilidade, tornando-a mais preparada tanto espacial como temporalmente. Nessa fase, o componente fundamental é o feedback. Existem dois tipos de feedback: o intrínseco, que se refere às informações desenvolvidas pelo movimento que são recebidas pelo próprio aprendiz durante e depois a sua execução; e o extrínseco, que remete as informações adicionais ou complementares recebidas pelo aprendiz de fontes externas como professor, técnico, instrutor ou um sistema de vídeo (TANI; CORRÊA, 2016).

Na fase final, a execução da ação motora fica independente das demandas de atenção, de maneira que o aprendiz pode agora ocupar-se com outros aspectos do comportamento, ou mesmo realizar outra tarefa ao mesmo tempo (TANI; CORRÊA, 2016).

Habilidade motora e técnica

São utilizados muitas vezes como sinônimos, mas também para evidenciar fenômenos claramente distintos. Habilidade motora é uma capacidade adquirida por meio da aprendizagem, implicando uma alteração interna do indivíduo, sendo, portanto, individual. Já a técnica é algo objetivo, cujas especificações podem ser expressas por meio da fala e da escrita, ou seja, em forma de palavras.

Considera-se que a confusão entre técnica e habilidade acontece principalmente quando a palavra habilidade é usada para indicar uma estabelecida tarefa motora e a técnica é aplicada como informação que especifica o "como executar" essa tarefa motora (TANI; CORRÊA, 2016).

4. DISCUSSÃO

Durante a pesquisa constatou-se que em relação à aprendizagem, estudos sobre o cérebro mostraram que este possui uma notável habilidade, a plasticidade cerebral, que é a possibilidade de se transformar e se adaptar, de acordo com as experiências vivenciadas pelos seres humanos, ou seja, o meio ambiente causa uma reestruturação nas redes neurais e nas conexões sinápticas. Sendo assim, sabe-se que a aprendizagem ocorre através da plasticidade cerebral. Acerca desse tema justifica que a estrutura e o funcionamento do cérebro sofrem modificações no decorrer do crescimento do indivíduo, devido à interação do ser humano com o meio físico e social (JOENK, 2002).

Entretanto, a neurociência como uma área do conhecimento que estuda o Sistema Nervoso, investigando seu funcionamento, sua estrutura e seu desenvolvimento tem uma conexão importante com a educação, uma vez que é no cérebro que se dá o aprender. A medida que os professores compreendem essa lógica, eles conseguem melhorar suas aulas selecionando melhor suas estratégias pedagógicas.

Desse modo, conceitos como neurônios, sinapses, plasticidade cerebral, lobos cerebrais, córtex cerebral, necessitam estar presentes no dia a dia das escolas, visto que são eles que permitem o entendimento dos processos e padrões individuais de aprendizagem, memória e emoção.

Todavia, conhecer como o cérebro funciona não é a mesma coisa do que saber qual é o melhor modo de ajudar os alunos no processo de aprendizagem, pois são vários os fatores que necessitam ser respeitados para que a aprendizagem ocorra. Nesses fatores estão envolvidos os aspectos; fisiológicos do cérebro, visto que, o ensino bem-sucedido ocasiona modificações na taxa de conexão sináptica e afeta a função cerebral. O autor prossegue explanando os outros fatores, tais como, a natureza do currículo, da capacidade do professor, as metodologias de ensino, o contexto da sala de aula, o familiar e o da comunidade (BARTOSZECK, 2013).

Os achados recentes na área da neurociência oferecem boas probabilidades para esclarecer as complexidades que envolvem o cérebro humano e, assim, entender a natureza da memória e da inteligência, expondo o que acontece quando e como aprendemos. Para essa autora a influência da neurociência na prática educacional poderá consolidar os procedimentos já utilizados em sala de aula, além de propor inovações na maneira de ensinar (CHEDID, 2007).

Ainda assim, considerando que a aprendizagem motora é complexa e envolve praticamente todas as áreas corticais de associação, é indispensável compreender o funcionamento neurofisiológico na maturação a fim de proporcionar bases teóricas para a estruturação de um plano de ensino que analise as fases de desenvolvimento neural da criança, maximizando assim o aprendizado (ANDRADE; LUFT; ROLIM, 2004).

A esse respeito, "cérebro é o órgão privilegiado da aprendizagem. Conhecer sua estrutura e funcionamento é fundamental na compreensão das relações dinâmicas e complexas da aprendizagem" (TABAQUIM, 2003). Por isso, é de maneira essencial que a neurociência esteja presente na sala de aula, uma vez que a aprendizagem está conectada diretamente ao desenvolvimento do sistema nervoso.

5. CONCLUSÕES

A neurociência está imterrelacionada com várias áreas do conhecimento, entre elas a educação. Esse diálogo é fundamental no processo de ensino e aprendizagem em função das possibilidades de benefícios para os seres humanos. Nesse aspecto, é condição sine qua non compreender o processo de aprendizado cerebral, visto que poderá contribuir na seleção das atividades pedagógicas que excitam as sinapses e concretizam o conhecimento. Assim sendo, além de conhecer os princípios da neurociência, uma instituição precisa empregá-los na sua prática educativa, de maneira que os procedimentos de ensino sejam objeto de pesquisa constante, consentida e informada.

Diante disto, existem técnicas que os professores podem desenvolver nos espeços educativos/formativos como uma maneira de auxiliar no processo da aprendizagem.

Sendo assim, é primordial que o professor saiba como a Neurociência poderá ser aplicada na sua praxis independentemente do campo em que atue. Desse modo, é fundamental que o mesmo compreenda a importância da Neurociência enquanto conteúdo de ensino e como esse conteúdo contribua no desenvolvimento infantil e nos processos cognitivos como percepção, memória, aprendizagem e consciência.

REFERÊNCIAS

- [1] TANI, G.; Corrêa, U. C. Aprendizagem motora e o ensino do esporte. Blucher, 2016.
- [2] SOUSA, A. M. O. P.; Alves, R. R. N. A neurociência na formação dos educadores e sua contribuição no processo de aprendizagem. *Rev. psicopedag.* [Internet]. 2017. 34(105):320-31. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0103-84862017000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2019.
- [3] GUYTON, A. C.; Hall. J. *Tratado de Fisiologia Médica*. 13.ed. Gen: Guanabara Koogan; 2017.
- [4] MCARDLE, W. D.; Katch, F. I.; Katch, V. L. *Fisiologia do Exercício: nutrição, energia e desempenho humano.* 8.ed. Guanabara Koogan, 2017.
- [5] ROTTA, N. T.; Ohlweiler, L.; Riesgo, R. S. (Org.). *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. 2.ed. Artmed, 2016.
- [6] SMITH, C.; MARKS, A. D.; Lieberman, M. Bioquímica médica básica de Marks. 2.ed.Artmed, 2007.
- [7] GAZZANIGA, M. S; IVRY, R. B.; Mangun, G. R. Neurociência cognitiva: a biologia da mente. 2.ed. Artmed, 2006.
- [8] FLORINDO, M.; Pedro. R. O processo de aprendizagem motora e a neuroplasticidade. *Salutis Scientia Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. [Internet]. 2014. 6:1-8. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/SS-119.pdf. Acesso em: 05 abr. 2019.
- [9] GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5.ed. Atlas, 2010.
- [10] ANDRADE, A.; LUFT, C. B.; Rolim, M. K. S. B. O desenvolvimento motor, a maturação das áreas corticais e a atenção na aprendizagem motora. *Rev Digital Buenos Aires*. [Internet]. 2004. 10(78). Disponível em: https://www.efdeportes.com/efd78/motor.htm. Acesso em: 23 março 2019.
- [11] SÁ, C. S. C.; Medalha, C. C. Aprendizagem e Memória Contexto Motor. *Rev. Neurociências*. [Internet]. 2001;9(3):103-10. Disponível em: http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-4.pdf. Acesso em: 13 março 2019.
- [12] PALAZZIN, A. Aprendizado motor em crianças e adultos normais: semelhanças e diferenças. [Dissertação de Mestrado em Neurociências e Comportamento]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2007.
- LUFT, C.; Andrade, A. A pesquisa com EEG aplicada à área de aprendizagem motora. *Rev. Port. Cien. Desp Porto.* 2006; 6(1):106-115. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-05232006000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 março 2019.
- [14] JOENK, I. K. Uma Introdução ao Pensamento de Vygotisky. *Revista Linhas*. 2002; 3(1): 29-42. Disponível em: http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1276. Acesso em: 13 março 2019.
- [15] BARTOSZECK, A. B. *Neurociência na educação*. 2013. Disponível em: http://www.geocities.ws/= aviookb/neuroedu.pdf. Acesso em 10 março 2019.
- [16] CHEDID, K. A. Psicopedagogia, Educação e Neurociências. *Rev. Psicopedagogia*. [Internet]. 2007; 24(75):298-300. Disponível em: http://pepsic.bysalud.org/pdf/psicoped/v24n75/v24n75a09.pdf. Acesso em 10 marco 2019.
- [17] TABAQUIM, M. L. M. Avaliação Neuropsicológica nos Distúrbios de Aprendizagem. In: Ciasca SM. (Org.). Distúrbio de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar. *Casa do Psicólogo*. [Internet]. 2003: 91-111. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862006000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 março 2019.

Capítulo 25

Análise química do teor de ácido acetilsalicílico (AAS) em medicamentos

Tarcísio Rezene Lopes
Joice Rosa Mendes
Kleison Alves de Souza
Lara Souza Pereira
Joseane Damasceno Mota
Joseneide Alves de Miranda
Nadjma Souza Leite
Thiago Brito de Almeida

Resumo: Os medicamentos que compõem a classe dos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) exercem papel importantíssimo nas práticas de saúde. Um dos representantes mais populares dessa classe é a Aspirina (Ácido acetilsalicílico) que costuma ser utilizada principalmente para supressão da dor e no combate à febre. A concentração de princípio ativo em cada comprimido é essencial para sua eficácia. Este teor pode ser determinado utilizando técnicas analíticas, como por exemplo a titulometria. O objetivo deste trabalho é determinar o teor de ácido acetilsalicílico em AAS infantil®, Aspirina® e Engov®, por meio da titulometria de neutralização. As análises foram realizadas no laboratório multidisciplinar na FAI - Faculdade Irecê. As amostras foram tituladas contra uma solução de hidróxido de sódio (NaOH) 0,0987mol/L padronizada com solução de biftalato de potássio. As titulações de todas as amostras foram realizadas em triplicata. A técnica analítica empregada, provou-se promissora. Isto porque é uma técnica simples, precisa e exata. Os dados experimentais obtidos para AAS infantil® mostraram que o mesmo é composto por 95,4 mg de AAS (95,4%), enquanto que a Aspirina® por 444,6 mg (88,92%) e o Engov® por 132,7 mg (88,47%). De acordo com a farmacopeia Brasileira os medicamentos incluindo o AAS devem conter de 90 a 110% do princípio ativo afirmado em suas apresentações. Assim, é possível perceber que somente o AAS infantil® encontra-se dentro deste padrão estabelecido. Deste modo, percebe-se a necessidade de fiscalização no controle de qualidade dos medicamentos, no intuito de garantir produtos de qualidade para a população.

Palayras-Chaves: Medicamentos; Ácido acetilsalicílico; Titulometria.

1. INTRODUÇÃO

Os medicamentos são considerados umas das formulações químicas mais utilizadas mundialmente os quais exercem um papel de extrema importância nas práticas de saúde com ênfase nas finalidades curativas e paliativas. Entre tantas classes de medicamentos os anti-inflamatórios que desempenham atividade analgésica (supressão da dor) e antipirética (combate à febre) constituem um dos grupos de uso mais indiscriminado do mundo isso porque, normalmente são eficazes contra grande parte dos sinais clínicos que assolam a população e também por serem bastante acessíveis (em muitos casos de venda livre fora dos estabelecimentos autorizados) o que acaba resultando no uso irracional de medicamentos (TIERLING et al., 2004; FERNANDES; CEMBRANELLI, 2015; OLIVEIRA et al., 2017).

O termo Aspirina refere-se a um dos medicamentos mais populares do mundo desde o início da sua comercialização a qual apresenta como princípio ativo o Ácido Acetilsalicílico. Segundo descrito em documentos como Papiro de Ebers, a substância ativa característica que compõe os salicilatos era encontrada na casca do Salgueiro branco (*Salix alba L.*) bem como em outras espécies vegetais como árvores do gênero *Populus* ou na *Spirea ulmaria H* que eram utilizadas como opção terapêutica nos casos de febres reumáticas e dores. A substância ativa obtida através do vegetal foi denominada de Salicilina cujo a estrutura assemelha-se muito com a do Ácido salicílico, que em 1829 foi isolada pela primeira vez pelo farmacêutico francês H. Leroux (BRANÃ *et al.*, 2005; PINTO, 2011).

Em agosto de 1897 o químico da indústria farmacêutica Bayer, Felix Hoffman conseguiu melhorar e estabilizar a molécula de ácido Acetilsalicílico. Através deste feito, permitiu que o perfil do medicamento fosse melhorado de modo a causar menos efeitos colaterais aos seus usuários. Seguidamente, novas pesquisas foram realizadas acerca do fármaco que se tornou padrão de análise e comparativo para as novas substâncias que surgiram no mercado ao longo do tempo (QMC, 2009; BRUNTON et al., 2012).

Encontrado em concentrações que vão desde 100 a 500mg, o ácido Acetilsalicílico desempenha o seu mecanismo de ação acetilando as subunidades catáliticas das enzimas cicloxigenase (COX) 1 e 2 inibindo de forma irreversível a sua atividade. Consequentemente, a formação dos produtos da via do ácido araquidônico como as prostaglandinas (principal mediador químico envolvido no processo de dor) e tromboxanos também será inibido (BRUNTON et al., 2012; GOLAN et al., 2014).

Para que o medicamento seja sintetizado, utiliza-se como matéria prima o ácido salicílico o qual sofre um processo de acetilação resultando em uma molécula com características menos ácidas. Contudo, o produto obtido é analisado e passando por procedimentos de purificação e controle de qualidade, haja vista que possíveis irregularidades na qualidade do medicamento podem comprometer diretamente no sucesso farmacológico ou sujeitar aos usuários ocorrências adversas e indesejáveis decorrentes do uso (QMC, 2009; MENDES; PERUCH; FRITZEN, 2012).

De acordo com a farmacopeia brasileira, o controle de qualidade dos medicamentos, tem objetivo de garantir que os produtos sigam as normas de teor, pureza, eficácia, entre outras. Boas práticas de manipulação visam também garantir a seguram e eficácia do produto farmacêutico, onde depende do conhecimento científico, da captação do profissional assim como da competência do farmacêutico (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

A concentração de princípio ativo em cada comprimido é essencial para sua eficácia, em que apenas pequenas variações são aceitas. Para a realização de identificação e doseamento de princípios ativos, é fundamental a sua desvinculação do excipiente, através de solventes adequados, onde geralmente são utilizadas técnicas de titulação (PRISTA; ALVES; MORGADO, 1990; KOHLER *et al.*, 2009).

Umas das técnicas mais utilizada na determinação de concentração de uma amostra é a titulometria (volumetria). Isto pelo fato de ser considerada uma metodologia analítica precisa, simples, confiável e de baixo custo. A mesma se baseia na medição de uma solução conhecida (solução padrão) que reage com a amostra a ser analisada (analito). Com isto, através de cálculos estequiométricos é possível descobrir a concentração da amostra (ALVES *et al.*, 2014; BROWN; LEMAY; BURSTEN, 2005; FELTRE, 2005).

Partindo deste pressuposto, o objetivo do presente trabalho é realizar análise quantitativa por meio da titulometria de neutralização para determinar o teor de ácido acetilsalicílico em medicamentos (AAS infantil®, Aspirina® e Engov®).

2. METODOLOGIA

O presente estudo, baseou-se na verificação em termos quantitativos do teor de ácido acetilsalicílico contidos em três medicamentos (AAS infantil®, Aspirina® e Engov®) comercializados em farmácias comunitárias da cidade de Irecê/BA.

Para a realização da análise experimental, seguindo o método descrito na Farmacopeia Brasileira, utilizouse a titulometria de neutralização, tendo em vista ser um método simples e de alta precisão e exatidão.

As análises foram realizadas no Laboratório Multidisciplinar da Faculdade Irecê (FAI) desenvolvidas em três etapas conforme apresentadas no diagrama (Figura 1).

Etapas da análise

1º Etapa

2º Etapa

3º Etapa

Padronização da solução de NaOH (biftalato de potássio)

Preparação das amostras

Determinação do teor de AAS

Figura 1: Etapas das análises realizadas neste trabalho

Fonte: Própria, 2019

A primeira etapa consistiu na padronização da solução de hidróxido de sódio (NaOH) a 0,1 mol/L com biftalato de potássio. A segunda baseou-se na preparação das amostras dos três medicamentos e a terceira foi a determinação do teor de ácido acetilsalicílico.

A solução de NaOH com concentração molar a 0,1 mol/L foi padronizada com uma solução de biftalato de potássio para encontrar sua concentração real. A princípio, preparou-se as soluções a serem tituladas, em que foram adicionadas 4 gotas de fenolftaleína a 1 % à solução de NaOH, logo, o procedimento de titulação teve seu início contra uma solução de biftalato de potássio (titulante). A titulação para padronização foi realizada três vezes (triplicata).

A reação de padronização do biftalato de potássio contra a solução do hidróxido de sódio é apresentada na Equação 1.

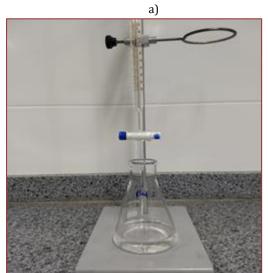
$$NaOH + C_8H_5KO_4 \rightarrow C_8H_4O_4NaK + H_2O$$
 (1)

A partir da técnica utilizada, obteve-se como concentração real para o hidróxido de sódio de 0,0987 mol/L. Dessa forma, a solução padronizada foi utilizada posteriormente na execução das titulações de soluções subsequentes.

Na etapa de preparação das amostras dos medicamentos em questão, inicialmente fez-se a pesagem dos comprimidos de cada medicamento, em seguida, foi feito a trituração dos mesmos e as massas obtidas após a pesagem foram registradas e posteriormente adicionadas em erlenmeyer, juntamente com álcool etílico absoluto e água destilada, solubilizando a mistura. Após isso, adicionou-se em cada solução 4 gotas do indicador fenolftaleína a 1%.

Seguidamente, iniciou-se as titulações de determinação do teor de princípio ativo (AAS) presente em cada amostra, utilizando uma bureta e erlenmeyer - Figura 2 (a), contra uma solução padrão de NaOH a 0,0987 mol/L em constante movimento até a identificação do ponto de equivalência da reação, caracterizado pelo aparecimento da coloração rósea, como apresentado na Figura 2 (b).

Figura 2: Procedimento de titulometria (titulação) utilizando as vidrarias Erlenmeyer e bureta (a); Amostras de medicamentos tituladas (b).





Fonte: Própria, 2019.

A reação de neutralização do AAS é apresentada na Equação 2:

$$C_8O_2H_7COOH + NaOH \rightarrow C_8O_2H_7COONa + H_2O$$
 (2)

Na presente reação o número de mols do NaOH (titulante) é igual ao número de mols do titulado (solução dos medicamentos) e a partir disso, por meio de cálculos estequiométricos foi possível calcular a massa de AAS presente em cada comprimido analisado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os métodos utilizados exibiram boa qualidade reprodutível nas análises das amostras dos medicamentos utilizados, em que cada ensaio foi realizado em triplicata afim de minimizar prováveis erros de aplicação da metodologia analítica empregada.

Os experimentos realizados em apresentações de comprimidos que continham o princípio ativo ácido acetilsalicílico (AAS) foram possibilitados a partir das amostras comerciais de: AAS infantil® indicando respectivamente na bula concentração de 100 mg de AAS, Aspirina® indicando concentração de 500 mg de ASS e Engov® indicando concentração de 150 mg de ASS. Quais, demonstraram resultados que estão expressos na Tabela 1.

Tabela 1: Resultados do teor de ácido acetilsalicílico dos medicamentos analisados.

Medicamentos	Concentração AAS (mg)	Dados experimentais obtidos AAS (mg)	%	Desvio Padrão
AAS infantil®	100	95,4	95,4	±0,40
Aspirina®	500	444,6	88,92	±0,06
Engov®	150	132,7	88,47	±0,32

Fonte: Própria, 2019.

Os dados expostos na tabela, indicam que após as análises o ASS infantil® 100 mg, demonstrou ser composto por 95,4 mg de AAS, percentual equivalente a 95,4% de princípio ativo com desvio padrão de 0,40.

A Aspirina® 500 mg, apontou ser composta somente por 444,6 mg de AAS, o que equivale a uma taxa de 88,92% de princípio ativo com desvio padrão de 0,06. Enquanto que o Engov® 150 mg, expôs ser composto por 132,7 mg de AAS, o equivalente a um percentual de 88,47% com desvio padrão de 0,32.

A Figura 3 apresenta os dados (graficamente) do percentual de AAS nos três medicamentos analisados.

Percentual de AAS em medicamentos analisados 110 95,4 100 88.92 88.47 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 AAS infantil® ■ Aspirina® ■ Engov®

Figura 03: Percentual de Ácido Acetilsalicílico (AAS) encontrado.

Fonte: Própria, 2019.

A partir das oscilações do percentual de princípio ativo dos medicamentos avaliados, percebe-se que somente o ASS infantil® encontra-se dentro do padrão estabelecido, visto que, de acordo com a Farmacopeia Brasileira os medicamentos incluindo AAS devem conter de 90 a 110% do princípio ativo afirmado em suas apresentações.

Uma embalagem inapropriada pode ter permitido a entrada de umidade causando assim a hidrólise do princípio ativo, bem como o armazenamento e a distribuição incorreta do medicamento que pode ter provocado a degradação excessiva dos princípios ativos contidos nos medicamentos (XAVIER; SOUSA, 2013).

Em casos que a quantidade do princípio ativo sofre alterações o medicamento pode vir a ter seu efeito anulado ou reduzido, implicando deste modo, negativamente na eficácia terapêutica do medicamento e atribuindo a ele uma falta de confiabilidade e credibilidade (BRASIL, 2010; XAVIER; SOUSA, 2013).

4. CONCLUSÃO

Dessa maneira, certifica-se que a titulometria de neutralização foi eficaz, fator notado pela reprodutibilidade dos dados, o que configura uma metodologia exata e precisa, além de sua simplicidade.

Foi possível notar que dentre as amostras de medicamentos analisadas, apenas o AAS infantil® apresentou o teor de princípio ativo AAS em conformidade com a norma vigente.

Os teores de AAS fora das especificações mínimas exigidas para Aspirina® e Engov® podem estar associados as próprias condições de transporte e armazenamento, tendo em vista que são fatores que interferem na estabilidade dos medicamentos.

Assim, vale salientar a necessidade de fiscalizações mais rigorosas que assegurem a qualidade dos medicamentos, desde a própria fabricação pelas indústrias, até sua chegada ao consumidor, garantindo a população um produto seguro, de qualidade com características inerentes a este. Isto porque, alterações nas formulações medicamentosas podem causar complicações no tratamento farmacológico bem como possíveis reações adversas.

REFERÊNCIAS

- [1] ALVES, A. I.; TEIXEIRA, L. J. Q.; SARAIVA, S. H.; CARNEIRO, J. S. Revalidação do método titulométrico para determinação do ácido ascórbico. *Revista Ceres*, 61(2), 155-161. 2014.
- [2] BRAÑA, M. F. *et al.* La verdadera historia de la aspirina. In: Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia, 2005.
- [3] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Farmacopeia Brasileira. 5. ed. Brasília: ANVISA, 2010.
- [4] BRASIL. Formulário Nacional da Farmacopéia Brasileira. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2. ed. Brasília: ANVISA, 2012.
- [5] BROWN, T.; LEMAY, H. E.; BURSTEN, B. E. Química: a ciência central. 9. ed. Pearson Prentice Hall, 2005.
- [6] BRUNTON, L.L. *et al.* As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.
- [7] FELTRE, R. Fundamentos de química. 4. ed. São Paulo: Moderna, 2005.
- [8] FERNANDES, W. S.; CEMBRANELLI, J. C. Automedicação e o uso irracional de medicamentos: o papel do profissional farmacêutico no combate a essas práticas. Revista Univap, v. 21, n. 37, p. 5-12, 2015.
- [9] GOLAN, D. E. *et al.* Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- [10] KOHLER, L. F. *et al.* Avaliação biofarmacotécnica e perfil de dissolução de comprimidos de dipirona: equivalência farmacêutica entre medicamentos de referência, genéricos e similares. Rev. Bras. Farm, v. 90, n. 4, p. 309-315, 2009.
- [11] MENDES, A. S.; PERUCH, M. da G. B.; FRITZEN, M. Síntese e purificação do ácido acetilsalicílico através da recristalização utilizando diferentes tipos de solventes. Revista Eletrônica Estácio Saúde, v. 1, n. 1, 2012.
- [12] OLIVEIRA, T. T. A. *et al.* Nível de conhecimento populacional sobre o ácido acetilsalicílico–aas em Aracaju/SE. In: Congresso Internacional de Atividade Física, Nutrição e Saúde. 2017.
- [13] PINTO, A. C. Alguns aspectos da história da aspirina. Instituto de Química, 2011.
- [14] PRISTA, L. N.; ALVES, A.C.; MORGADO, R. Técnica farmacêutica e farmácia galênica. 3. ed. Lisboa, 1990.
- [15] QMC/UFSC. Departamento de Química. Florianópolis: UFSC, 2009.
- [16] SKOOG, D. A. *et al.* Fundamentos de química analítica. Tradução de MATOS, R. M. 9. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.
- [17] TIERLING, V. L. *et al.* Nível de conhecimento sobre a composição de analgésicos com ácido acetilsalicílico. Revista de Saúde Pública, v. 38, p. 223-227, 2004.
- [18] XAVIER, M. P.; SOUSA, S. F. Análise de teor de ácido acetilsalicílico 100mg em comprimidos comercializados em farmácias e drogarias do município de Gurupi/Tocantins/Brasil. Amazônia: Science & Health, v. 1, n. 3, p. 35-42, 2013.

Capítulo 26

Aspectos gerais da transexualidade

Caroline Lhamas da Silva Giovana Güntzel Vidigal Maria Fernanda Piffer Tomasi Baldez da Silva

Resumo: A "identidade de gênero" refere-se à percepção que o indivíduo tem de si mesmo, como homem ou mulher, diferenciando de "designação de gênero", que é o sexo correspondente ao nascimento. Assim, transexual é aquele que não se identifica ao seu sexo biológico, podendo apresentar o desejo pela readequação sexual, um processo que envolve questões psicológicas, fisiológicas e anatômicas. O presente estudo teve por objetivo apresentar, através de uma revisão, aspectos gerais sobre o transexualidade, desde seu conceito, bem como suas possíveis etiologias. Ainda, problematizou sobre o acolhimento, o diagnóstico e a conduta correta para esses indivíduos. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema a partir de trabalhos publicados em bases de dados, como *PubMed, Scielo e UpToDate*; utilizando alguns critérios de seleção, como data de publicação, autores, idioma e população-alvo.

Palavras-Chave: Transgênero; Etiologia; Genética; Conduta; Tratamento.

1. INTRODUÇÃO

O sexo ao nascimento é definido pela anatomia dos órgãos genitais e pela carga genética (46,XY para o sexo masculino e 46,XX para o sexo feminino). Já o desenvolvimento secundário se dá pela forma com que os tecidos do organismo respondem aos hormônios sexuais (MOORE et al., 2016). Além disso, ainda existem os fatores biopsicossociais (TANGPRICHA, SAFER, 2018). A "identidade de gênero" refere-se à percepção que o indivíduo tem de si mesmo, como homem ou mulher, diferenciando de "designação de gênero" que é o sexo correspondente ao nascimento (SPIZZIRRI, 2017).

A transexualidade foi caracterizada como sendo uma disforia de gênero – quando há incongruência entre o sexo biológico e o sexo de identidade (OLSON-KENNEDY, FORCIER, 2018) - que traz sofrimento clínico, de duração de no mínimo seis meses, segunda o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) (SPIZZIRRI, 2015). A prevalência da transexualidade é estimada em cerca de 1:100.000 habitantes brasileiros, enquanto que nos países europeus e asiáticos é de cerca de 1:2.900 habitantes. Globalmente, em torno de 4,6 casos a cada 100 mil habitantes; a proporção entre mulheres transexuais (MT) e homens transexuais (HT) é de 2,6:1 (SPIZZIRRI, 2017).

Diversas etiologias foram propostas para a transexualidade. Vários estudos já apoiam a importância de fatores hormonais para a gênese de alterações, uma vez que estes são importantes fisiologicamente para a diferenciação sexual, visto que o sistema nervoso central se modula a partir destes. Assim, além de fenômenos de virilização ou feminização, os hormônios também são capazes de alterar a neuroanatomia de indivíduos transgênero. Ainda, cita-se a participação de fatores genéticos; bem como contribuições de eventos intra-útero. O meio de vivência, os aspectos psicossociais e as relações familiares parecem também exercer papel de destaque (CORSELLO et al., 2011).

Segundo Santa Rosa (2015), os transgêneros têm o direito ao acesso à saúde livre de preconceitos e discriminações, visto os conceitos de integralidade, equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde do Governo Federal. Cabe a este oferecê-los estratégias que levem à readequação sexual, bem como garantir a promoção de sua saúde, considerando suas vulnerabilidades.

O presente estudo visou reunir informações, através da elaboração de uma revisão, à respeito dos aspectos gerais da transexualidade, através de revisão bibliográfica, feita a partir de material colhido em bases de dados, como Scielo, Pubmed e UptoDate, visto que trabalhos utilizando essa metodologia não são muito claros e trazem poucas informações sobre o tema. Esse artigo visou trazer uma revisão sobre os novos conceitos relacionados à transgenicidade, dados epidemiológicos, possíveis etiologias, critérios para diagnose e condutas. Considera-se a importância do tema para a formação médica e a deficiência de publicações sobre o mesmo na Língua Portuguesa.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi elaborada uma revisão não sistemática, o qual traz uma retrospectiva sobre conceitos, epidemiologia, etiologia, fatores determinantes, quadro clínico, diagnóstico, atendimento e conduta, a fim de se tornar uma revisão de referência no estudo do tema em questão. Para isso esse estudo foi embasado utilizandose estudos primários, os quais foram obtidos a partir de bases de dados online, como *PubMed, Scielo e UpToDate*. A produção da revisão foi baseada em uma diretriz voltada a melhorar a qualidade do conteúdo de revisão em geral. As palavras-chaves utilizadas foram: transgênero, etiologia, genética, conduta e tratamento.

Para a elaboração do artigo foram selecionados artigos utilizando alguns critérios como data de publicação, autores, idioma, tipo de trabalho e população-alvo, como segue na tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão para escolha dos trabalhos que foram utilizados para a elaboração da presente revisão.

ciaboração da presente revisão.					
Data de publicação	Critérios de inclusão 2010 até o presente	Critérios de exclusão Anos inferiores a 2010			
Idioma	Língua portuguesa Língua inglesa	Demais línguas			
Tipo de trabalho	Revisão não sistemática Revisão sistemática Artigo científico	Relatos de caso Trabalhos experimentais			
População-alvo	Humanos	Outros animais			
Área de interesse	Medicina Psicologia	Demais áreas			

Para a progressão da elaboração da revisão mencionada foi necessário o conhecimento de noções epidemiológicas, habilidades informáticas, além de a questão clínica escolhida ser conhecida. Uma ferramenta bastante útil foi o domínio suficiente da língua inglesa para que publicações internacionais não deixassem de serem utilizadas, pois estas agregam.

A partir destes critérios, foram selecionados 30 artigos, dentro dos critérios de inclusão e exclusão descritos na tabela 1. Foi realizada então uma extensa leitura integral de cada publicação selecionada, sendo base para esta revisão. Nesta etapa ocorreu seleção de informações pertinentes que a corroboraram para a elaboração desta revisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. CONCEITOS

O sexo ao nascimento é definido pela anatomia dos órgãos genitais e pela carga genética (46,XY para o sexo masculino e 46,XX para o sexo feminino). No início do crescimento intrauterino, a partir da sétima semana, se houver a presença do cromossomo Y, o desenvolvimento da anatomia feminina é suprimido e surgem os órgãos genitais masculinos. Esses processos necessitam de concentrações dos hormônios corretos em períodos críticos do período intrauterino (MOORE et al., 2016).

O desenvolvimento sexual de características secundárias se dá pela forma com que os tecidos do organismo respondem aos hormônios sexuais. Além disso, ainda existe a interferência dos fatores biopsicossociais (MOORE et al., 2016). A "identidade de gênero" refere-se à percepção que o indivíduo tem de si mesmo, diferenciando de "designação de gênero", que é o sexo correspondente ao nascimento (SPIZZIRRI, 2017).

Dentro das classificações de identidade de gênero pode-se observar a existência do transgênero. Este se designa como um indivíduo que não se adequa ao sexo de nascimento, permanentemente ou apenas por um período; ou seja, a sua identidade de gênero não condiz com a sua anatomia e carga genética. Esta se confunde muito com a terminologia "transexual", no entanto este último designa o indivíduo que além de apresentar esta incongruência de transgênero, busca alternativas para obter a identidade almejada, podendo culminar em redesignação sexual (SPIZZIRRI, 2017).

A transexualidade foi por muito tempo caracterizada como sendo uma disforia de gênero, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) (SPIZZIRRI, 2017). Uma alteração importante ocorrida na Décima Primeira Edição do Código Internacional de Doenças (CID 11), que entrará em vigor em 2022, foi a retirada da disforia de gênero da categoria de transtornos psiquiátricos para a categoria de saúde sexual; sendo extinto o código F66 que definia transtornos psicocomportamentais de orientação e desenvolvimento sexual (OMS, 2018).

3.2. EPIDEMIOLOGIA

A prevalência da transexualidade é estimada em cerca de 1:100.000 habitantes brasileiros, enquanto que nos países europeus e asiáticos é de cerca de 1:2.900 habitantes. Globalmente, em torno de 4,6 casos a cada 100 mil habitantes; sendo a proporção de mulheres transexuais (MT) e homens transexuais (HT) de 2,6:1 (SPIZZIRRI, 2017).

Contudo, estudos estadunidenses verificaram que há diferenças na epidemiologia de acordo com o conceito de transgenicidade que se adota para a pesquisa. Se for levado em conta o transgênero como sendo aquele que já está em processo de resignação de gênero, a prevalência é de 7 a 9 casos a cada 100 mil habitantes nos EUA. Já se considerados transgêneros, todos aqueles que se auto afirmam como sendo tal, a prevalência é de 871 a cada 100 mil habitantes. Assim, analisando dados mundiais, o número absoluto seria de cerca de 25 milhões (DOURADO et al., 2016; TANGPRICHA; SAFER, 2018). Alguns estudos realizados nos Estados Unidos, no Reino Unido, na Nova Zelândia, nos Países Baixos e na Bélgica, utilizaram métodos mais diretos para estimar o tamanho da população de transgêneros, e os resultados obtidos foram de 0,5% a 1,3% dos nascidos homens e 0,4% a 1,2% das nascidas mulheres (WINTER et al., 2016).

Através desses resultados é possível concluir a necessidade de cuidado médico direcionada a essas pessoas. A partir disso, uma pesquisa estadunidense mostrou que aproximadamente 19% dos transgêneros relataram ter tido atendimento médico negado. A importância desse fato torna-se evidente quando analisada a taxa de suicídio nessa população, que se mostra maior do que comparada a população em geral, 41% e 1,6% respectivamente. O período estudantil também apresenta dificuldades para os jovens transgêneros, existindo relatos de assédio, violência física e sexual, como demonstrado na tabela abaixo (Tabela 2) [(GRANT et al., 2011)].

m 1 1 2 D.C. 11 1 1 1 1	1 , .	/ 1 , 1 , 1 , 1	. 1 1 0 1 (2011
Tabela 2. Dificuldades relatadas	nelog francevilaig no i	aeriada estildantil. Ada	ntado de Grant et al T	20111
Tabela 2. Diffeuldades Telatadas	peros transeaudis no p	oci iodo estadantin. Maa	plado de di ani et an i	2011J.

Dificuldades encontradas no período estudantil	Porcentagem de transexuais	
Assédio	78%	
Violência Sexual	12%	
Violência Física	35%	
Rejeição Familiar	57%	

3.3. ETIOLOGIAS E FATORES DETERMINANTES

Ainda é controversa a relação entre hormônios gonadais e diferenciação psicossexual, especialmente quando se fala de identidade de gênero e orientação sexual. Porém, como fator orgânico, sua influência é inegável. De acordo com a teoria neuro-hormonal ou teoria androgenética, o sexo psicológico de uma pessoa depende do ambiente hormonal que cerca o sistema nervoso central (SNC) na fase de desenvolvimento fetal. Esta pode ser considerada crítica por ser definida como um período de neurorganização da sexualidade (CORSELLO, et al., 2011). Esses dois eventos, determinação do sexo biológico e determinação do sexo psíquico, ocorrem em dois períodos distintos e independentes durante a gestação, o primeiro até o segundo mês, e o outro, na segunda metade da gravidez. Portanto, estão sujeitos à discordância por não serem influenciados pelos mesmos fatores (CORSELLO, et al., 2011).

Para melhor compreensão dos processos etiológicos é necessário o conhecimento de que os hormônios muito contribuem na diferenciação sexual. Nos aspectos biológicos considerados normais, a testosterona estaria mais relacionada ao sexo masculino, enquanto ao feminino, o estradiol. Como o hipotálamo não se distingue em feminino ou masculino, é o fator hormonal que modula o eixo hipotálamo – hipófise – gônadas (CORSELLO et al., 2011). Especialmente, do segundo mês de gestação ao quinto, o ambiente hormonal, que envolve estruturas límbicas e hipotalâmicas, pode influenciar no futuro desenvolvimento de identidade de gênero e orientação sexual. Além disso, uma determinada quantidade de testosterona e outros andrógenos poderiam determinar masculinização ou desfemenização das estruturas do SNC que controlam a sexualidade. Ou seja, na ausência desses hormônios, estas áreas do SNC são orientadas a serem feminilizadas, processo semelhante ao que ocorre na diferenciação sexual (CORSELLO, et al., 2011).

No SNC, tanto no período fetal quanto neonatal, a testosterona e os outros andrógenos sofrem importantes transformações metabólicas. As enzimas 5-alfa-redutase e aromatase são as responsáveis por esses processos, convertendo testosterona em 5alfa-dihidrotestosterona e andrógenos em estrogênio, respectivamente. Levando à conclusão de que os produtos enzimáticos dessas reações podem mediar a ação da testosterona na diferenciação sexual do cérebro e consequentemente no comportamento sexual (CORSELLO, et al., 2011).

Na puberdade, o cérebro já deve ser diferenciado, e assim a maturidade sexual alcançada. Então, nesse momento ocorrem outras alterações, tanto esteroide-dependentes como não-dependentes. Alguns exemplos destas alterações são: redução dos dendritos bulbo cavernosos, redução do núcleo medial da amígdala e maior resposta aos feromônios femininos com um aumento de atividade dopaminérgica na área pré-óptica medial. Portanto, essas alterações podem estar envolvidas com um comportamento sexual atípico (CORSELLO, et al., 2011). Em um experimento realizado com ratos observou-se que o estresse enfrentado durante a gestação contribuiria para a redução da liberação de testosterona, sendo assim, levaria a uma maior frequência de alterações no comportamento sexual em homens. Com base nisso, é possível entender que as conclusões obtidas no decorrer dos anos, são baseadas em estudos com diferentes animais mamíferos, pois é impossível, por razões éticas conduzir estudos assim em seres humanos (CORSELLO, et al., 2011).

É sabido também que os aspectos genéticos e as influências do meio e psicossociais também influenciam na determinação da identidade de gênero. Contudo, é a soma de todos esses fatores que resultam na identidade afinal (SPIZZIRRI, 2012). A relação da transexualidade com a genética se afirma a partir de estudos com gêmeos monozigóticos em que ocorre concordância maior para disforia de gênero do que em estudos com gêmeos dizigóticos (WINTER et al, 2016).



Gráfico 1. Concordância para transgenicidade em gêmeos monozigóticos. Adaptado de Winter (2016).

Os genes que codificam androgênios e estrogênios podem ser polimórficos. Verificou-se que se um alelo codificante para o receptor de androgênios do córtex cerebral tiver repetições CAG a mais, ocorre que há uma maior sensibilidade desse receptor aos hormônios e uma tendência à masculinização. Um estudo com 29 mulheres brasileiras transgêneros (sexo biológico masculino) identificou o envolvimento do gene $\it CYP17$ no possível processo etiológico relacionado à genética. A enzima codificada por esse gene, a $\it 17\alpha$ -hidroxilase, quando deficiente em razão de disfunção adrenal, resulta em virilização feminina. Outra alteração que contribui para a virilização é na aromatase CYP19A1, que metaboliza testosterona em estrogênio. Ainda que observadas essas correlações, ainda não se pode afirmar qual a real relação destes genes com a determinação da transexualidade (SPIZZIRRI, 2015).

Outras teorias questionam alterações em genes relacionados à diferenciação sexual intra-útero e maturação sexual, como os genes SRY, WT1, SF1, SOX9 GATA 4, entre outros, dos quais já se sabe haver relação com ocorrência de genitália ambígua (CORSELLO et al, 2011).

A explicação para a origem das alterações cerebrais que ocorrem no dimorfismo sexual deve-se a diversos mecanismos, como a neurogênese, morte celular precipitada, orientação axonal, diferenciação celular, a ação nuclear dos fatores de transcrição na sinaptogênese e em moléculas intracelulares de sinalização, assim como alguns peptídeos que podem representar marcadores de diferenciação sexual (CORSELLO, et al., 2011).

Na fisiopatologia da transexualidade podem ser observadas alterações na estrutura e na fisiologia cerebral. A hipótese que gira em torno desta alteração é de que a diferenciação neuronal hipotalâmica esteja alterada. Uma ressonância magnética realizada em uma mulher transexual, mostrou que o putâmen seria como o de uma mulher cisgênero, ou seja, mais largo do que normalmente seria para um homem, mas do tamanho adequado para uma mulher. Em pessoas transexuais, outra alteração observada seria a inversão sexual do terceiro núcleo intersticial do hipotálamo anterior (INAH3), sendo assim um provável marcador de uma diferenciação sexual precoce atípica do cérebro (SALEEM; RIZVI, 2017).

A hipótese etiológica da transexualidade, baseada em alterações neuro-anatômicas, seria de que o cérebro sofresse um desvio em relação ao resto do corpo na fase de desenvolvimento embrionário. Em um estudo post mortem realizado em um indivíduo do sexo masculino que se identifica com o gênero feminino foi observado uma subdivisão do leito do núcleo da estria terminal (BSTc), sendo assim semelhante ao das mulheres. Baseando-se nesses fatos, outros estudos concluíram que o tratamento anti-androgênico e estrogênico para homens transgêneros agiria neuro-anatomicamente, diminuindo o volume cerebral (proporções femininas) [(SPIZZIRRI, 2012)].

Em relação aos fatores psíquicos, há influências sociais, culturais e até mesmo familiares. Segundo Vieira (2009), homens, filhos de boa relação com a mãe e que se identificam com a mesma, tendenciariam à experimentação do sexo feminino; em contrapartida, se a relação é conflituosa, pode ocorrer aversão à mulher como parceira sexual, e a transexualidade viria em resposta à procura por uma relação com homens que não seja classificada como homossexualidade. Ainda, pode-se citar a ausência da figura masculina/paterna na relação familiar como um determinante.

A maior parte dos transgêneros relatam ter sofrido maus tratos na infância. Em um estudo nos Estados Unidos com 109 participantes, foram relatados abusos físicos, emocionais, psicológicos e negligência. Análises demonstraram uma prevalência maior 5,5% de transtorno do espectro autista na população com disforia de gênero do que na população geral. Contudo, não foram elucidadas as causas para tal dado. Ainda, relacionaram-se casos de transexualidade e esquizofrenia, ambos distúrbios envolvendo o neurodesenvolvimento; contudo, alguns autores defendem que as alterações em relação ao sexo sejam consequências do transtorno mental (SALEEM; RIZVI, 2017).

3.4. QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Para definições diagnósticas, a DSM 5 traz critérios que variam de acordo com a idade do paciente. É preconizado como sendo primordial a incongruência entre o gênero de nascimento e o gênero experimentado, que traz sofrimento perceptível. Em crianças, os critérios incluem o desejo de pertencer a outro gênero, associado às preferências em relação às vestimentas e brinquedos do sexo oposto, bem como, durante brincadeiras, assumem, geralmente, papéis transgêneros e fantasias. Adolescentes e adultos, além das características primordiais citadas, podem apresentar insatisfação com suas características primárias e secundárias, tendo profundo desejo de escondê-las e impedir que se desenvolvam, procurando aproximar-se da aparência do sexo desejado. Ainda, demonstram convicção com a sua incongruência de gênero, e objetivam serem tratados como o sexo de escolha (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2013).

A condição transgênero pode se apresentar somente na adolescência, tendo a criança vivido um sexo neutro durante toda sua infância. Além da repulsa por suas novas formas corporais, os jovens podem experimentar dificuldades nos âmbitos sociais, familiares e escolares, geralmente associadas ao isolamento. Bem como, é propício ao desenvolvimento de quadros de ansiedade generalizada, depressão e adoção de comportamento impulsivo, procura por drogas e atividade sexual desregrada, ou até mesmo ideação suicida (OLSON-KENNEDY, FORCIER, 2019).

O diagnóstico é clínico, portanto, baseado na história do paciente. O exame físico pode ser traumático para o transgênero, podendo ser adiado nas primeiras consultas. Ademais, não existem exames específicos para tal diagnose. Porém, o médico deve promover a saúde do paciente acima de tudo, considerando o ser como um todo (DEUTSCH; FELDMAN, 2016).

3.5. ATENDIMENTOS E CONDUTAS

Considerando-se o conceito de saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – a integralidade, universalidade e equidade – portanto, a população transgênero deve possuir os mesmos direitos que a população cisgênero, refutando qualquer preconceito e discriminação que possam prejudicar seu atendimento. O acolhimento destes na Atenção Primária é fundamental como pratica de auxílio à essa minoria e, principalmente, como uma forma de garantir a readequação de gênero e prevenção de doenças, uma vez que considerada sua vulnerabilidade – marginalidade social, maior incidência de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), violência, entre outros (SANTA ROSA, 2015).

Em 2013, o Ministério da Saúde publicou a cartilha de Política Nacional de Saúde Integral para essa população, que havia sido aprovada em 2009. Ainda em novembro de 2013, foi redefinido e ampliado o Processo Transexualizador do SUS, oferecendo a cirurgia de readequação de sexo para mulheres transgênero – processo legalizado em 1979 pelo Conselho Federal de Medicina (SANTA ROSA, 2015). O serviço de saúde pública voltada para essa população deve abranger as esferas físicas e psíquicas; de forma integral e longitudinal. A abordagem deve ser pelo nome social de escolha; quaisquer atitudes de preconceito e práticas de exclusão devem ser combatidas; a rede de apoio deve ser interdisciplinar e multiprofissional (SANTA ROSA, 2015). Os principais pilares da Política Nacional de Saúde Integral de LGBTT's são: promover o acesso à saúde integral, diminuindo a morbidade e mortalidade deste grupo; oferecer tratamentos de resignação sexual, incluindo os tratamentos hormonais e cirúrgicos; prevenir e tratar danos decorrentes de tais tratamentos; prevenir IST's e cânceres ginecológicos; oferecer proteção para práticas sexuais; garantir a possibilidade de reprodução e tratamento de comorbidades psiquiátricas; entre outras de âmbito social – como o combate à discriminação e promoção de espaços de representação; mudanças legais em documentos de identidade (BRASIL, 2013).

Indivíduos transgêneros sofrem com inúmeras situações que trazem consequências psíquicas - isolamento social, violência, discriminação, preconceito; além de histórias de maus tratos e abusos na infância. São ainda mais propensos à quadros de depressão, ansiedade generalizada, abuso de substâncias e ideação suicida. Portanto, é fundamental a abordagem psicológica e psiquiátrica, dentro do contexto da Atenção Primária. A saúde mental do paciente deve estar preservada para dar início aos demais tratamentos, visto as consequências que eles causam (WINTER et al, 2016).

De acordo com a World Professional Association for Transgender Health (WPATH) existem critérios a serem cumpridos para a realização de terapia hormonal em adultos, sendo eles: um diagnóstico persistente, ou seja, disforia de gênero bem documentada; que o adulto seja capaz de tomar decisões e dar consentimento para o início da terapêutica; maioridade; e saúde mental preservada. Concomitante a avaliação dos critérios expostos é necessária a exposição dos verdadeiros riscos e benefícios desta terapia para o indivíduo (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, 2015).

Segundo a Federação Internacional de Planejamento Familiar (2015), a transição do gênero masculino para o feminino, dever ser realizada baseando-se em alguns parâmetros, como a realização prévia de cirurgia de resignação de gênero (caso ainda haja a presença dos testículos é necessária a inibição de liberação de testosterona, podendo ser feita através de espironolactona ou acetato de ciproterona); comorbidades presentes nestes indivíduos; e risco de tromboembolismo. Portanto, a terapêutica necessária será baseada no uso de estrógenos (combinados ou não) e medicamentos anti-androgênicos.

Outro medicamento anti-androgênico que pode ser considerado como possibilidade de tratamento para mulheres transgêneros é o agonista de GnRH, este age inibindo a secreção de gonadotrofinas e assim consequentemente suprimindo a liberação de testosterona testicular. Porém devido sua dificuldade de administração (via parenteral) é considerado como segunda opção de tratamento anti-androgênico. Dentro deste contexto, ainda existe a Finasterida, um medicamento capaz de inibir a conversão de testosterona para diidrotestosterona (TANGPRICHA, et al., 2018).

Outro parâmetro importante no que diz respeito ao tratamento do indivíduo transgênero é a cirurgia de resignação de gênero. Neste caso a recomendação é de que a cirurgia seja realizada somente se confirmado o benefício para o paciente e caso haja necessidade médica comprovada. A preferência é de que a cirurgia somente ocorra após um ano de terapia hormonal efetiva, exceto caso seja contra-indicada ou indesejada. No caso de o paciente estar passando por tratamento hormonal, este deve ser mantido conforme o que já havia sido prescrito (HEMBREE et al., 2017).

Dentre as possibilidades cirúrgicas estão a ooferectomia, gonadectomia, histerectomia, penectomia, vaginoplastia e mastectomia. Durante estes processos o indivíduo deve ser acompanhado, recebendo suporte médico e apoio no quesito de preservação de sua saúde mental, para poder então finalmente identificar-se com ele mesmo (TANGPRICHA, et al., 2018).

4. CONCLUSÃO

Este estudo realizou uma revisão não sistemática sobre os aspectos gerais da transexualidade. Todos os objetivos foram alcançados; reunindo informações pertinentes ao assunto em trabalho produzido na Língua Portuguesa. Conclui-se que a epidemiologia para transgenicidade é significativa, no Brasil e no mundo. Além disso, já pode-se afirmar etiologias relacionadas a várias esferas das que compõem um indivíduo, como a psicológica, alterações hormonais e anatômicas, bem como influências de eventos ocorridos durante a gestação, infância e puberdade. Apesar da existência de políticas públicas que respaldem o público LGBTT, bem como a possibilidade de tratamento para readequação sexual gratuito pelo SUS, o preconceito e a discriminação devem ser combatidos constantemente dentre do convívio social, e principalmente, nos serviços de saúde.

Logo, há muito ainda que se esclarecer através de novas pesquisas, principalmente que envolvam um número maior de indivíduos transexuais, considerando os estudos já existentes com amostras de estudo pequena. Percebe-se a quantidade ínfima de trabalhos ligados ao tema da transexualidade produzidos por brasileiros e/ou que estejam disponíveis na Língua Portuguesa. Por fim, espera-se que, ao longo do desenvolvimentos destas novas pesquisas, a população em geral, bem como os profissionais de saúde, possam ser informados e educados cada vez mais, para que saibam como conviver, acolher e promover a saúde dos transexuais.

REFERÊNCIAS

- [1] ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição. Washington, 2013.
- [2] BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Sáude Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. Ed. 1. Ministério da Saúde, Brasília, 2013.
- [3] CORSELLO et al., 2011. Biological aspects of gender disorders. Minerva Endocrinologica Journal. Roma, 2011; 36(4):325-39.
- [4] DIEHL, Alessandra; VIEIRA, Denise Leite; MARI, Jair de Jesus. A CID-11 não reconhecerá possibilidades de patologização da homossexualidade. São Paulo. Revista Debates em Psiquiatria, 2014.
- [5] DOURADO et al..Estudo Poptrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. Caderno de Saúde Pública, 2016; 32(9):1-11.
- [6] FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR. International Medical Advisory Panel Statement on hormone therapy for transgender people. Londres, 2015:1-12.
- [7] FELDMAN, Jaime; DEUTSCH, Madeline B..Primary care of transgender individuals. UptoDate, 2018. Disponível emhttps://www.uptodate.com/contents/primary-care-of-transgender-individuals. Acesso em 29/07/2019.
- [8] GRANT, et. al.. Injustice at Every Turn: A Report Of The National Transgender Discrimination Survey. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. Washington, DC. 2011.
- [9] HEMBREE, et.al..EndocrineTreatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 102(11):3869–3903. 2017.
- [10] MOORE, Keith L. et al. Embriologia clínica. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- [11] MUELLER, Sven C.; Cuypere, Griet De; T'sjoen, Guy. Transgender Research in the 21st Century: A Selective Critical Review From a Neurocognitive Perspective. American Journal of Psychiatry 174:12, 2017.
- [12] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ClD 11. Classificação Internacional de Doenças 11ª edição. OMS, 2018. Disponível em https://icd.who.int/en/. Acesso em 04/06/2019.

- [13] OLSON-KENNEDY, Johanna; FORCIER, Michelle. Management of gender nonconformity in children and adolescents. UpToDate. 2018. Disponível em ">https://www.uptodate.com/contents/management-of-gender-nonconformity-in-children-and-adolescents?source=history_widget>">https://www.uptodate.com/contents/management-of-gender-nonconformity-in-children-and-adolescents?source=history_widget>">https://www.uptodate.com/contents/management-of-gender-nonconformity-in-children-and-adolescents?source=history_widget>">https://www.uptodate.com/contents/management-of-gender-nonconformity-in-children-and-adolescents?source=history_widget>">https://www.uptodate.com/contents/management-of-gender-nonconformity-in-children-and-adolescents?source=history_widget>">https://www.uptodate.com/contents/management-of-gender-nonconformity-in-children-and-adolescents?source=history_widget>">https://www.uptodate.com/contents/management-of-gender-nonconformity-in-children-and-adolescents?source=history_widget>">https://www.uptodate.com/contents/management-of-gender-nonconformity-in-children-and-adolescents?source=history_widget>">https://www.uptodate.com/contents/management-of-gender-nonconformity-in-children-and-adolescents?source=history_widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget>">https://www.uptodate.com/contents/widget
- [14] SANTA ROSA, Gabriel Soares de Azevedo. Pessoas trans e atenção primária à saúde: estudo de metassíntese na literatura científica brasileira. 2015. 87f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- [15] SALEEM, Fatima; Rizvi, Syed W..Transgender Associations and Possible

Etiology: A Literature Review. Cureus 9(12): e1984. 2017.

- [16] SPIZZIRRI, Giancarlo. Aspectos genéticos relacionados ao transexualismo. Diagn Tratamento. 2015;20(2):76-9.
- [17] SPIZZIRRI, Giancarlo. Disforia de gênero em indivíduos transexuais adultos: aspectos clínicos e epidemiológicos. Diagn Tratamento. 2017;22(1):45-8.
- [18] SPIZZIRRI, Giancarlo. Transexualismo e neuroimagem. Diagn Tratamento. 2012;17(1):32-5.
- [19] TANGPRICHA, Vin; SAFER, Joshua. Transgender women: evaluation and management. 2018. UpToDate. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management?source=history. Acesso em 24/05/2018.
- [20] WINTER et. al., 2016. Transgender people: health at the margins of society. Elsevier. Lancet 2016; 388: 390–400

Autores

ALICE MARIA BARBOSA DA SILVA

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pelo Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ. Especialização em Saúde da Família em andamento. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco.

ALINY CORREA VIANA

Enfermeira. Graduação em Faculdade União Araruama de Ensino - 2019.

ANA CAROLINA TERRAZZAN

Nutricionista Materno Infantil - Consultoria em Aleitamento Materno. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente - FAMED - UFRGS (2019) Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente - FAMED - UFRGS (2012) Especialista em Nutrição Materno Infantil pelo Hospital Moinhos de Vento - POA (2008). Especialista em Nutrição Clínica do Adulto pela UNISINOS-RS (2007-2008) Nutricionista graduada pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA/ RS (2002-2006).

ANA CLAUDIA TORRES DE MEDEIROS

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do curso de Enfermagem da UFCG.

ANA ELISA PEREIRA CHAVES

Possui Graduação em Enfermagem e Obstetrícia/URNe; Doutorado em Enfermagem na Atenção à Saúde/UFRN; Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública/UFPB; Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem/UFPB; Especialização em Saúde da Família/UPE; Especialização em Saúde Pública/UNAERP. Atualmente é Professora do Curso de Enfermagem da/UFCG. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde Coletiva – NUPESC/UFCG e Caleidoscópio da Educação em Enfermagem/UFRN. Coordenadora da Rede Universitária de Hanseníase/CCBS/UFCG. Atua na área de Saúde Coletiva com foco na Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Doenças Negligenciadas.

ANA LETÍCIA ALVES DE CARVALHO

Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

ANDRESSA CRISTINA DOS SANTOS SILVA

Graduanda em Bacharelado em Enfermagem, no Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA, 2020.

ANDRESSA LÚCIA BRAGA FERREIRA

Enfermeira. Graduação em Faculdade União Araruama de Ensino – 2019. Pós-graduada em Saúde Pública e Vigilância Sanitária na FAVENI- 2020. Servidora Pública na Empresa Rio Saúde - Cargo Enfermeira.

ANNA PAULLA ALVES

Graduanda do Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética pelo Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC).

ARISTÓTELES DE SOUZA BARBEIRO

Médico pneumologista e Mestre em Clínica Médica pela Universidade Estadual de Campinas (2001). Atualmente é Médico do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

BÁRBARA MARIA LOPES DA SILVA BRANDÃO

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do CCS - UFPE. Especialista em Enfermagem Geriátrica-Gerontológica. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (2014-2018). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense (GEPEFO) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

BRENDA SALES LINS

Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

BRUNA HENRIQUES CHAVES

Graduanda em Enfermagem pela Unifacisa/Centro Universitário/Campina Grande - PB. Membro da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LASCEN)- UNIFACISA/CENTRO UNIVERSITÁRIO (2019). Membro do Curso de Socorrista Resgate das Dunas/Natal - Rio Grande do Norte (2019-2020). Membro do Projeto de Extensão "Integração entre Graduandos e Agentes Comunitários de Saúde na Busca Ativa de Casos Suspeitos de Hanseníase"/UFCG (2019).

CAMILLA DO NASCIMENTO JORDÃO

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica.

CARLE PORCINO

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGNEF)/UFBA. Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Formação em Psicologia pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC Salvador) (2007). Atua voluntariamente enquanto psicóloga na Associação de Travestis de Salvador (ATRAS)/Grupo Gay da Bahia (GGB). Estudante do Grupo de Pesquisa em Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG) e do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS) da UFBA. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Clínica, atuando principalmente nos seguintes temas: travestilidades, transexualidades, transgeneridades, envelhecimento, representações sociais, práticas de modificações corporais, redução de danos.

CARMEN SILVIA PASSOS LIMA

Médica oncologista do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Professora titular do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Oncologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Responsável pelo Laboratório de Genética do Câncer (Lageca) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-de-genetica-do-cancer-lageca.

CAROLINE JUNQUEIRA BARCELLOS LEITE

Possui graduação em Ciências Biológicas pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2000) e graduação em Nutrição pelo Centro Universitário UNIBH (2006). Mestrado em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba. Tem experiência na área de Bioquímica, com ênfase em Proteínas. Atuou em consultoria nutricional, no ambulatório de Nutrição do UNIBH como preceptora, atendimento nutricional e como docente para alunos do ensino médio (1º a 3º ano). Já trabalhou com pesquisas no laboratório de Biologia Molecular e purificação de proteínas na Fundação Ezequiel Dias. Atualmente é professora do Centro Universitário Unifacisa em Campina Grande e do Uniesp em João Pessoa, lecionando para o curso de nutrição.

CAROLINE LHAMAS DA SILVA

Acadêmica do quinto ano do curso de Medicina da Unicesumar - Universidade Cesumar Participante de Projeto de Iniciação Científica na área da Pediatria Membro da Liga Acadêmica de Medicina Forense de Maringá; Liga Acadêmica de Saúde Materno-Infantil de Maringá; e Liga Acadêmica de Pediatria de Maringá.

CATHERINE ARAVENA VALERO

Psicóloga, Mestranda na Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, SP, Brasil.

CATIANE RAQUEL SOUSA FERNANDES

MESTRE EM SAÚDE E COMUNIDADE UFPI - 2016/2018, GRADUADA EM ENFERMAGEM PELA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO- UEMA/MA. ENFERMEIRA PLANTONISTA, PÓS GRADUADA EM ONCOLOGIA(UESPI) e DOCÊNCIA PARA O ENSINO SUPERIOR(IESM). Tutora ead, professora de Nível médio da disciplina Saúde da mulher, bioestatística, educação em saúde, informática em saúde e Centro Cirúrgico, Colégio Técnico Múltiplo em Timon/MA.DOCENTE CTT/UFPI (PRONATEC) PÓLO PARNAÍBA. Atua na área de Farmacologia, Oncologia, estatístistica e Saúde Pública.

CHIRLAINE CRISTINE GONÇALVES

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba (2002), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual da Paraíba (2005) e doutorado em Ciência e Tecnologia pela Universidade Federal de Campina Grande (2013). Professora da Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho do Instituto Federal de Sergipe, atualmente é Pro-Reitora de pesquisa e extensão do IFS. Linha atual de pesquisa: Saúde e Meio Ambiente, Biotecnologia e Saúde do Trabalhador.

CLAUDIA CRISTINA PINTO GIRARD

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Pará em 1993 Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Estado do Pará, Especialista em Saúde Pública pela Faculdade FIBRA; Especialista em acupuntura pela Faculdade CBES, Especialista em Educação Profissional na área da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública e Ministério da Saúde. Professora Assistente da Universidade do estado Pará. Vice líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação e Saúde da Amazônia - NUPESA. Integrante da Rede de Estudos de Tecnologias Educacionais Tecnologias - RETE.

CLÁUDIA SANTOS MARTINIANO

Possui graduação em Enfermagem (Bacharelado e Licenciatura) pela Universidade Estadual da Paraíba (1994). Especialista em Saúde da Família (UEPB). Especialista em Pediatria e Puericultura (UEPB). Mestrado em Saúde Coletiva (UEPB/2006). Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Rio Grande do Norte. É professora efetiva do Departamento de Enfermagem da UEPB. É uma das líderes do Grupo de Pesquisa, Estudos e Assessoria em Políticas e Programas de Saúde e pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (UFRN). É Professora efetiva do Mestrado em Saúde Pública da UEPB e do Mestrado em Saúde da Família da Rede Nordeste de Saúde da Família.

CLEUMA SUELI SANTOS SUTO

Enfermeira (UEFS), Doutora em Enfermagem e Saúde pela Escola de Enfermagem (UFBA). Mestra em enfermagem (UFBA), Especialista em Obstetrícia e Saúde Pública (UEFS). Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Campus VII. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde da mulher, gênero e integralidade do cuidado. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: HIV/Aids, IST, sexualidade, atenção básica, enfermagem e gestão.

DAVI CALDAS DOS SANTOS

Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus XIII

EDITH MONTEIRO DE OLIVEIRA

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Vassouras - RJ (2014), Pós Graduação Lato Sensu em Segurança do Paciente para Profissionais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2017) e Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde da Família pelo Centro Universitário Estácio de Sá (2018). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisas sobre Autocuidado e Processos Educativos em Saúde e Enfermagem (GAPESE) da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

EDNALVA MARIANO DA SILVA

Mestranda em Psicologia da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde; Graduado em Psicologia (FPS); Especialista em Saúde Mental Álcool e outras Drogas (UNICAP); Pós em Educação em Direitos Humanos (UFPE); Neuropsicologa, Pela Universidade Candido Mendes; Membro do conselho Estadual da Pessoa Idosa (CEDPI) Coordenadora do curso de Saúde Mental da Faculdade CIIAP.

EVERTON DE ANDRADE PIMENTEL

Enfermeiro. Graduação em Faculdade União Araruama de Ensino - 2019

FÁBIA ALEXANDRA POTTES ALVES

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (1991) Especializações em Enfermagem do Trabalho e Enfermagem em Saúde Pública, Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco e Doutorado em Saúde Pública pela FIOCRUZ/PE. Atualmente é professor Adjunto IV do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Doenças infeciosas negligenciadas, Aids, Idosos, Envelhecimento, Epidemiologia, Vigilância em Saúde, Saúde do Trabalhador e Saúde do Homem.

FERNANDA MARIA FRANCISCHETTO DA ROCHA AMARAL

Fisioterapeuta, Especialista em Geriatria e Gerontologia, Mestre em Educação Cultura e Organizações Sociais em Saúde, Professora da UNA - Divinópolis, Professora da Universidade do Estado de Minas Gerais.

FREDERICO MONTEIRO DE OLIVEIRA

Médico residente em Ortopedia pela Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora -MG, formado pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - MG (SUPREMA) em 2013, especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (2014).

GABRIELA OLIVEIRA PARENTES DA COSTA

Graduada em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (2015). Pós-graduada em Urgência e Emergência pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (2015). Graduanda em Docência para o Ensino Superior pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (2016). Graduanda em Centro Cirúrgico e Central de Material. Unipós (2019). Foi preceptora de enfermagem do Instituto de Ensino Superior Múltiplo, atuando principalmente nas seguintes áreas: Saúde Pública; Saúde da mulher (ginecologia e obstetrícia); Clínica médica, cirúrgica e obstétrica; Urgência e Emergência e Atendimento pré-hospitalar (2015-2016).

GEOVANA DE NAZARE GONCALVES CARDOSO

Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Para (UEPA)- Campus XIII

GIOVANA GÜNTZEL VIDIGAL

Acadêmica do quinto ano do curso de Medicina da Unicesumar - Universidade Cesumar Membro da Liga Acadêmica de Medicina Forense de Maringá; e Liga Acadêmica de Medicina Complementar de Maringá.

GIOVANNA RAQUEL SENA MENEZES

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Atuação como monitora do componente curricular Histologia e Embriologia (2018) e como extensionista no projeto "Resgatando saberes e possibilitando cuidados na perspectiva da saúde mental da mulher marginalizada" (2019), ambos na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

GUILHERME HENRIQUE NASCIMENTO ALVES

Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus XIII. curso-técnico-profissionalizante em Operador de Computador pelo - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI). Integrante do programa de voluntariado da atenção Primária a Saúde Pública pela secretaria de saúde de Tucuruí (Colabora-AB).

HELEN CARLA SABÓIA DE OLIVEIRA

Graduada em Ciências Naturais com habilitação em Biologia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), Especialista em Educação Ambiental pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Graduada em Pedagogia pela Centro Universitário Internacional (UNINTER).

HYLLARY BARBOSA MACÊDO

Graduanda de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho-UNIFSA, 2020.

ISABELA MORAIS MARTINS

Graduanda do Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética pelo Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC).

ISABELLA BARROS ALMEIDA

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (2013), Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdades Integradas de Patos, Mestre em Ciências Odontologicas pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe - UFS. Lecionou a disciplina de Doenças Ocupacionais e Toxicologia na Especialização do Técnico em Enfermagem ma Escola Técnica Nossa Senhora da Consolação. Foi Professora Preceptora de Estágio I na Universidade Tiradentes. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em Saúde Pública, Fitoterapia, atuando principalmente com pesquisa experimental de novos insumos.

ISABELLA MARIA FILGUEIRA GUEDES PIANCÓ

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (2013). Especialista em Urgência, Emergência e UTI pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande(2015), Especialização em Enfermagem Dermatológica em andamento (2019) pelo CEFAPP. Experiência na área de Enfermagem em Saúde Pública. Atuando como cooperada no Hospital Regional do Cariri, na área de Emergência e na Clínica Cirúrgica, pela Cooperativa dos Profissionais de Enfermagem do Ceará - COOPEN-CE.

ÍTALO VINÍCIUS ALBUQUERQUE DINIZ

Enfermeiro bacharel graduado pela UEPB. Atualmente, mestrando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba. É colaborador do Grupo de Estudos em Avaliação de Políticas, Programas e Serviços de Saúde pela a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Membro do Grupo de Estudos, Pesquisas e Assessoria em Políticas e Programas de Saúde (GEPAPPS) pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

JAIRO PORTO ALVES

Enfermeiro graduado pela a Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. Atualmente é mestrando no programa de Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, colaborador do Grupo de Estudos em Avaliação de Políticas, Programas e Serviços de Saúde pela a Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Membro do Grupo de Pesquisa, Estudos e Assessoria em Políticas, Programas e Sistemas de Saúde da UEPB.

JANAYNE DE SOUSA OLIVEIRA

Possui graduação em odontologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) (2013). É Mestra em Saúde Coletiva pela UNIFOR tendo tido o apoio de bolsa pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) (2018). Tem experiência na área de Odontologia Clínica, Coordenação de Saúde Bucal e Docência em Saúde Bucal Coletiva. Desenvolve estudo com ênfase em idosos.

JÉSSICA MONTEIRO RODRIGUES

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Vértice - Univértix (2016), bolsista Fapemig (2013-2014), Atuou como Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família (2017) e Preceptoria de Estágio, no curso Técnico de Enfermagem do Pronatec (2018-2019). Tem experiência com Sistemas de Informação do Ministério da Saúde. Área de interesse: saúde coletiva e saúde da mulher.

JOICE ROSA MENDES

Atualmente é estudante de Graduação do Curso Bacharelado em Farmácia da Faculdade Irecê - FAI. Atuou como monitora de ensino da disciplina de Química Analítica Quantitativa. No momento atual, é membro integrante da Liga Acadêmica de Farmacologia da Faculdade Irecê (LAFAR-FAI), do Projeto de Extensão Saúde na Escola e do Projeto de Iniciação Científica voltado para a área de adsorção de fármacos utilizando adsorventes naturais. Possui interesse em adqurir experiências complementares em demais instituições, afim de agregar saberes teóricos e práticos, quais, serão de extrema importância diante da atuação profissional perante a sociedade e comunidade científica. Apresenta interesse nas áreas que envolvam: Farmacologia, Patologia, Assistência Farmacêutica, Farmácia Hospitalar, Gestão Farmacêutica e Química.

JONES SIDNEI BARBOSA DE OLIVEIRA

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem.

JOSÉ EWERTON TENÓRIO DA SILVA

Graduando em nutrição no UNIESP sendo Bolsista Integral pelo Prouni (PROGRAMA UNIVERSIDADE PARA TOODOS). Participações em congressos, apresentação de trabalho em congresso, desenvolvimento de trabalho de pesquisa na área de idosos, nutrição hiperproteíca, quercetina em pessoas mais velhas, estresse oxidativo, obesidade, sarcopenia dentre outros. Participei de projeto de extensão na área de vigilância á saúde de crianças. Monitor da matéria de Nutrição Humana e Técnicas dietéticas, monitor também do evento INOVA IESP 2018 e 2019.

JOSEANE DAMASCENO MOTA

Possui graduação - Licenciatura Plena em Química (2015) e Bacharelado em Química Industrial (2011) pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Tem Mestrado (2013) e Doutorado (2017) em Engenharia Química pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Atuou principalmente no processo de caracterização de argilas nacionais e seu tratamento de águas contaminadas por metais pesados e desenvolvimento de membranas poliméricas e compósitas no tratamento de efluentes oleosos. Atualmente exerce a função docente no ensino superior na Faculdade Irecê (FAI) ministrando as disciplinas de Química Analítica Qualitativa, Química Analítica Quantitativa e Química Orgânica II no curso de Farmácia. Atua também na rede estadual de ensino da Bahia.

JOSELAINE DANTAS

Mestra em Ciências na área de Oncologia - Universidade Estadual de Campinas -SP. Especialista em Fisioterapia Cardiopulmonar e Acupuntura. Fisioterapeuta da Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Secretaria Municipal de Manaus- AM. Fisioterapeuta da Secretaria Estadual do Amazonas - AM

JOSENEIDE ALVES MIRANDA

Possui graduação em Ciências Farmacêuticas, carreira Farmácia Clínica-Industrial, Universidade Estadual de Feira de Santana-BA (2006). É mestre em Biotecnológia pelo Programa de Pós Graduação em Biotecnologia, Universidade Estadual de Feira de Santana-BA (2009). Podendo aturar nas áreas: Medicamentos, Farmácia Comunitária, Atenção Farmacêutica, Farmácia Hospitalar, Drogarias, Distribuidoras de medicamentos, planejamento e gerenciamento de serviços farmacêuticos, Farmácias de manipulação, Indústria Farmacêutica, desenvolvimento, produção e controle de qualidade de medicamentos, Vigilância Sanitária e farmacovigilância. Tem experiência na área de química de Produtos Naturais e, atualmente é coordenadora do Curso de Bacharelado em Farmácia da Faculdade Irecê - FAI.

JOSUÉ ALVES DA SILVA

Enfermeiro, pós graduado em Urgência e Emergência, trabalha na Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará.

JULIANA DA SILVA NOGUEIRA CARVALHO

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva.

JULIANA MARIA OTAVIANO MAIA

Residente em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

JULYANE FEITOZA COÊLHO

Fonoaudióloga (2016), Mestre (2018) e Doutoranda em Linguística, todos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) e em Saúde da Família pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa (CINTEP/PB). Possui experiência na área de Fonoaudiologia, com ênfase em Motricidade Orofacial e Saúde Coletiva. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos em Linguagem e Funções Estomatognáticas (NELF) da UFPB/CNPq.

KALINA RAKELLY BATISTA DE ARAÚJO

Graduanda do curso de Fisioterapia (Bacharelado) pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Atualmente é membro do projeto "Saúde e cultura de mãos dadas", do Núcleo de Educação e Atenção em Saúde (NEAS), orientado pela professora Drª Clésia Oliveira Pachú, docente do curso de Farmácia da UEPB. Membro do Grupo de Estudos de Práticas Integrativas e Complementares (GEPIC), orientado pelo professor Dr Danilo Vasconcelos, docente do curso de Fisioterapia da UEPB.

KAROLINE OLIVIA DA SILVA CARNEIRO

Licenciada em Educação Física pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Pós-graduada em Neuropsicologia e Aprendizagem Educativa (UCAM). Atualmente é Personal Trainer na Academia Katatal Fitness e trabalha na Equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) em Jacobina/BA. Tem experiência na área de Educação Física Escolar e Educação Física aplicada à Promoção da Saúde. Integrante do GEFEL - Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Educação Física, Esporte e Lazer. Possui experiência na área de informática com alimentação de fan pages, blogs na internet, pacote Office, edição de vídeos e áudios e com os programas Corel Draw e Adobe Photoshop.

KEISE HELAINE MOREIRA DA SILVA PINTO

Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Paraá-Campus XIII; Enfermeira especialista em Urgência e Emergência; Docente na Universidade do Estado do Pará-Campus XIII

KELI VICENZI

Nutricionista formada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos UNISINOS (2008), pós graduada em Nutrição Clínica Funcional pela VP/UNICSUL (2010), mestre pelo Programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos UNISINOS (2012), pós graduada em Nutrição Esportiva Funcional pela VP/UNICSUL(2014), pós graduada em Fitoterapia Funcional VP/UNICSUL (2015). Nutricionista Clinica com ênfase em Nutrição Funcional e Esportiva desde 2009.

KLEISON ALVES DE SOUZA

Atualmente é graduando do Curso de Bacharelado em Farmácia da Faculdade Irecê – FAI. Tem interesse nas áreas de farmacologia, farmácia clínica, Bioquímica e atenção farmacêutica. Possui interesse em prestar serviços à população, por meio de uma atuação baseada em conhecimentos científicos adquiridos no decorrer do curso até o momento.

KLERYBIATHAYSE GAMA FRANÇA

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestrado em andamento em Saúde Pública pela UEPB. Membro do Grupo de Estudos, Pesquisas e Assessoria em Políticas e Programas de Saúde (GEPAPPS), da UEPB.

LARA MARIA ALVES DE CARVALHO

Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

LARA SOUZA PEREIRA

Atualmente é graduanda do Curso Bacharelado em Farmácia pela Faculdade Irecê-FAI. É Secretária e Membro da Liga Acadêmica em Farmacologia da Faculdade Irecê - FAI. Possui como principais áreas de interesse: Farmacologia, Patologia, Saúde Pública e Administração e Gestão Farmacêutica. Dedica-se no momento em adquirir conhecimentos nestas áreas, visando ser uma profissional importante socialmente. Ademais, busca por experiências e formação complementar em instituições que sejam reconhecidas em qualidade de pesquisa e ensino

LAURA EMMANUELA LIMA COSTA

Mestre em Enfermagem pela EEUFBA. Graduada em Enfermagem pela UFBA e Licenciatura em Ciências Biológicas pela UNOPAR. Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências Humanas do Campus IV, Curso de Educação Física, e Enfermeira do Governo do Estado da Bahia. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva e Planejamento em Saúde e no trabalho com movimentos populares (APAE, FORMACOOP/ASCOM). Líder do Grupo de Pesquisa GEFEL do Curso de Educação Física da UNEB/Campus IV. Pesquisador do grupo GEPEFA. Atua principalmente nos seguintes temas: Prevenção de Deficiências; Deficiência Visual, Imunização; Crescimento e Desenvolvimento Infantojuvenil e Planejamento em Saúde.

LEANDRO CARLOS SILVÉRIO

Graduando do curso de Enfermagem (Bacharelado) pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Atuação como monitor de Anatomia Humana (2017-2018) e atualmente é pesquisador pelo segundo ano consecutivo frente ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) com o projeto intitulado "Doenças Negligenciadas: ensino, pesquisa e extensão em curso de graduação de enfermagem" sob orientação da professora Drª Ana Elisa Pereira Chaves, docente do curso de Enfermagem da UFCG.

LEANDRO DE ASSIS SANTOS DA COSTA

Professor da Universidade do Estado do Pará. Especialista em Programa Saúde da Família, e coordenador do estágio supervisionado do Campus XIII da Uepa.

LIDIANE MONTEIRO DA SILVA

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB (2019), onde atuou como pesquisadora/bolsista do Projeto de Iniciação Científica cota 2018-2019 (CnPq), na linha de cuidar em saúde mental, e como membro do Grupo de Estudos, Pesquisas e Assessoria em Políticas e Programas de Saúde (GEPAPPS).

LINDALVA RIBEIRO DE MELO

Enfermeira. Graduação em Faculdade União Araruama de Ensino - 2019

LUARYA DA SILVA GUIMARÃES

Enfermeira. Graduação em Faculdade União Araruama de Ensino - 2019

LUCAS DA SILVA SANTOS

Graduado em Licenciatura em Educação Física pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB campus IV). Especialista em Educação Física Escolar pela Universidade Cândido Mendes (UCAM). Membro do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Educação Física, Esporte e Lazer (GEFEL). Bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência, PIBID (2014-2018). Desenvolve estudos e pesquisas com o seguintes temas: Educação Física Adaptada, Educação Física Escolar e Pedagogia do Esporte e das Lutas. Professor voluntário no Projeto de Extensão Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI), período 2015-2017.

LUCIANA CAMPANATTI PALHARES.

Doutorado em Clínica Médica pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil (2008) Fisioterapeuta do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, Brasil. PROFESSOR COLABORADOR da Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

MANUELA GOMES CAMPOS BOREL

Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/ UFRJ. Mestre em Enfermagem - Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF/MG), Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social - ENSP/FIOCRUZ, especialista em Ginecologia e Obstetrícia - UNISUAM/RJ, cursando a Especialização Gestão em Saúde-Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ/MG), graduada em Enfermagem (FAG, Cascavel/PR), membro do Grupo de Pesquisa Gerência em Saúde e em Enfermagem (UFJF/MG).

MARCELO AMARO MANOEL DA SILVA

Graduando do último ano no curso de Fisioterapia na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG). Participação em projetos de pesquisa e extensão, nas modalidades bolsista e voluntário na UEMG e Universidade Federal de São João del-Rei. Produções científicas certificadas, publicadas e apresentadas em congressos nacionais, palestras e seminários de pesquisa e extensão. Artigos publicados em livros e anais de eventos. Linhas de pesquisa: Saúde do idoso; Fisioterapia Cardiorrespiratória em neonatologia; Saúde coletiva.

MÁRCIA KELLER ALVES

Nutricionista, Graduada no Curso de Nutrição pelo Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista (2003). Graduanda em Tecnologia dos Alimentos pelo Instituto Federal do Rio Grande do Sul (Bento Gonçalves). Mestre em Biologia Celular e Molecular pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2006). Doutoranda em Biotecnologia pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Docente do Curso de Nutrição da Faculdade Fátima (Caxias do Sul/RS).

MARIA CECÍLIA QUEIROGA DOS SANTOS

Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

MARIA DO AMPARO VELOSO MAGALHÃES

Cirurgiã dentista , especialista em cirurgia buco maxilo facial , mestre em genética e toxicologia aplicada, doutora em biologia celular e molecular aplicada à saúde. Professora de anatomia humana e cirurgia dos cursos de enfermagem e odontologia do Unifsa .

MARIA FERNANDA PIFFER TOMASI BALDEZ DA SILVA

Bióloga, mestre e doutora em Genética. É revisora de revista e possui artigos científicos em revistas de alto impacto. Apresenta experiência na seleção de docentes universitários e comissão julgadoras de trabalhos científicos em congressos. Atualmente é professora do Unicesumar (Universidade Cesumar) e membro do comitê de ética em pesquisa da mesma instituição. Coordenou o acontecimento do Congresso Brasileiro de Genética Médica patrocinado pela Sociedade Brasileira de Genética Médica (2014) e com apoio do CNPq.

MARIA ISABELLY DE MELO CANÊJO

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

MARIA LUIZA ALMEIDA BASTOS

Medica com graduação pela universidade federal do Ceará (UFC), especialista em medicina do trabalho pela Associação Médica Brasileira (AMB) e Associação Nacional de medicina do trabalho (ANAMT), Especialista em Epidemiologia pela universidade federal da Bahia (UFBa), Mestre em Saúde Coletiva pela universidade de Fortaleza (UNIFOR), Doutoranda em Saúde Pública pela universidade federal do Ceará (UFC)

MARIA VIEIRA DE LIMA SAINTRAIN

Docente Titular da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) do Curso de Odontologia e Programa de Pòs-Graduação em Saúde Coletiva. Bolsista do Governo Belga pelo Office de La Cooperation au Developpment. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva – CFO. Especialista em Gerontologia – SBGG. Mestre em Saúde Pública – ULB, Bélgica. Doutora em Odontologia – UPE, PE. Como bolsista do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica em Saúde Coletiva – PROCAD, concluiu o pósdoutorado em Saúde Coletiva – UNICAMP.

MARIANA CABRAL MASELLI

Possui mestrado em Ciências do leite e derivados pela UFJF/EMBRAPA, pós-graduação em Nutrição clínica e desportiva pela UniRedentor, graduação em Nutrição pela Universidade Presidente Antônio Carlos (2009) e curso técnico em Leite e Derivados pelo Instituto de Laticínios Cândido Tostes. Foi coordenadora da qualidade - Indústrias Flórida Ltda. Tem experiência na área de Nutrição e no gerenciamento da Indústria de Leite e derivados, com ênfase em gerenciamento do controle da qualidade na indústria de laticínios, e no seguimento dos produtos derivados do leite.

MARIZA ARAÚJO MARINHO MACIEL

Fisioterapeuta a com graduação pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), especialista em Fisioterapia Dermatofuncional pelo Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

MAURÍCIO WESLEY PERROUD JÚNIOR

Médico pneumologista e Doutor em Clínica Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp). Professor assistente na Disciplina de Pneumologia - FCM/Unicamp e corresponsável pelo Ambulatório de Oncopneumologia. Superintendente do Hospital Estadual Sumaré/Unicamp.

MAYSA NASCIMENTO PEREIRA

Graduanda do Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética pelo Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC).

MICHELLE KERIN LOPES

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Sá de Belo Horizonte (2007). Atuando como gestora no município de Contagem entre os anos de 2009 a 2012 como referência técnica de atenção à saúde, apoio de gestão distrital. Entre os anos de 2012 a 2015 atuação na rede de urgência dos municípios de Contagem e Belo Horizonte. Pós graduanda em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado, na Unipós em Teresina-PI.

NARA MACEDO BOTELHO

Doutorado em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental da Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Especialização - Residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade de Brasília, UnB, Brasil. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará, UFPA, Brasil.

NATÁLIA PACHECO LANZONI

Mestranda em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais pela Faculdade Federal do Tocantins (UFT), especialista em Fisioterapia Dermato –Funcional pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Graduada em Fisioterapia pela Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul (FUNEC). Docente do Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC).

NATHALIE BARRETO SARAIVA VILAR

Possui Graduação em FISIOTERAPIA - UniFanor DeVry (2008). Especialização em Geriatria e Gerontologia (2012) e em Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Desportiva (2016), junto ao Centro Universitário Christus, UNICHRISTUS, especialização em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória: do ambulatório à UTI (2017) e mestrado em Saúde Coletiva (2018)com apoio de bolsa pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), junto à Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Preceptora no curso de Fisioterapia do Centro Universitário UniFanor em Fortaleza, no Ceará/Brasil.

PATRÍCIA DA ROSA SCHMAEDEK

Nutricionista, Especialista em Nutrição Materno Infantil pelo Hospital Moinhos de Vento - POA.

PATRÍCIA DIAS BARRETO MARINHO

Graduação na Universidade Veiga de Almeida -2007 Especialização em Enfermagem do trabalho- EEAN -UFRJ 2009 Mestre pelo programa MPEA-UFF 2016 Docente da Faculdade União Araruama de Ensino

RAINNY BEATRIZ SABÓIA DE OLIVEIRA

Acadêmica de Enfermagem na Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus XIII, Membro do Núcleo de Pesquisa em Educação e Saúde da Amazônia (NUPESA). Integrante do programa de voluntariado da atenção Primária a Saúde Pública pela secretaria de saúde de Tucuruí

RANIERI ARIMATEA COSTA

Enfermeiro. Faculdade IESM. Plantonista HUT-Teresina-PI.

RAQUEL VILANOVA ARAUJO

Enfermeira. Mestre Ciências e Saúde -CCS/UFPI, Docente do Curso de Graduação do Centro Universitário Santo Agostinho -UNIFSA,

RAQUEL VILANOVA ARAÚJO

ENFERMEIRA OBSTETRA, MESTRE EM CIÊNCIAS E SAÚDE -CCS/UFPI, DOCENTE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -CENTRO UNIVERSITÁRIO SANTO AGOSTINHO -UNIFSA .

RICARDO CLAYTON SILVA JANSEN

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (2011). Enfermeiro assistencial no serviço de pronto atendimento no Hospital Macrorregional de Coroatá (2012-2015), supervisor do centro-cirúrgico do Hospital Macrorregional de Coroatá (2015-2017). Supervisor na Central de Regulação de Leitos do Estado do Maranhão (2013-2015). Supervisor técnico na Empresa DNA Biotecnologia Com. e Import. de Produtos para a Saúde (2015-2016). Atualmente é supervisor supervisor do centro-cirúrgico do Hospital Macrorregional de Caxias (2017-2019). Pós-graduando em Segurança do Trabalho pelo Instituto Laboro e em centro-cirúrgico e central de material pela Fatesp/Unipós. Mestre em Biodiversidade, Ambiente e Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão (2019) tendo como linha de pesquisa Segurança do Paciente.

ROSELI REZENDE

Graduação em Enfermagem - Ênfase em Saúde Pública pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Atualmente enfermeira - Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, epidemiologia, sustentabilidade, identidade de gênero, mortalidade e gerontologia, cursando mestrado no programa de pós-graduação em gerontologia da Universidade Estadual de Campinas.

ROSSANA CARLA RAMEH-DE ALBUQUERQUE

Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); psicóloga do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE); supervisora clínico-institucional; especialista em Dinâmica de Grupo, pelo Centro de Dinâmica de Grupos e Relações Humanas - CDGRH e Gerontologia Social, pela Universidade de Pernambuco – UPE; Mestre em Ciências (Saúde Coletiva) pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM e Doutora em Medicina Preventiva, pela UNIFESP; possui experiência no atendimento a pessoas que sofrem de transtornos psíquicos e transtornos decorrentes do uso de drogas; pesquisadora do GEAD (Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas da UFPE); membro da Associação Brasileira Multiprofissional sobre Drogas – ABRAMD e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO.

SOLANGE DE JESUS SANTOS

Pós-graduanda em Gestão em Saúde Mental pela Faculdade Única e Oncologia Multiprofissional pela Universidade de Vassouras - RJ . Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Severino Sombra(2016), curso técnico em enfermagem pela Cruz Vermelha (2007). Tem experiência em saúde mental - Residência Terapêutica.

SUÉLY PAULINA DE OLIVEIRA SILVA

Graduação em Enfermagem Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA

TAMILLYS MACEDO CORDEIRO

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (2013). Graduada em Geografia pela Universidade Estadual da Paraiba (2013). Especialista em saúde da família pela faculdades integradas de patos (2015). Bolsista do PROBEX-UEPB (2010-2012). Voluntaria PROAPEX-UEPB (2012-2014). Atua na área de Educação e Gestão Ambiental. Saúde e Meio Ambiente, Epidemiologia e Médicina ALternativa. Atualmente trabalha na Estrategia de Saúde da Família - ESF da Cabaceiras-PB e é plantonista do SAMU.

TARCÍSIO REZENE LOPES

Atualmente é graduando do Curso de Bacharelado em Farmácia da Faculdade Irecê - FAI. Atuou como monitor da disciplina de Química Analítica Qualitativa e no momento, é Orientador Fiscal e membro da Liga Acadêmica de Farmacologia da Faculdade Irecê (LAFAR-FAI) e também participante do Projeto de Iniciação Científica, voltado para a área de adsorção de fármacos utilizando adsorventes naturais. Possui interesse nas áreas de Assistência Farmacêutica, Patologia, Farmacologia, Química e Análises Clínicas. Procura oportunidades para pôr em prática os conhecimentos adquiridos ao decorrer do curso até o presente momento.

TATIANA FÁTIMA SOARES REGALADO

Graduanda do curso de Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Atuação como extensionista no Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX) com o projeto intitulado "Hanseníase: integração entre o ensino e serviço na realização de ações educativas e exame de contactantes intradomiciliares em Unidades Básicas de Saúde" (2018) sob a supervisão da professora Drª Ana Elisa Pereira Chaves, docente do curso de Enfermagem da UFCG. Membro da Liga Acadêmica de Cirurgia Geral de Campina Grande (LACIG - CG) desde 2018.

TAYNÁ MARIA LIMA SILVA

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

TEREZINHA PAES BARRETO TRINDADE

Cirurgiã-dentista da Saúde da Família, lotada na Secretaria Municipal da Saúde de João pessoa, PB; Graduada em Odontologia – Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Licenciada em Ciências Biológicas pela Universidade Cruzeiro do Sul; Especialista em Saúde da Família pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP); Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de profissionais de Saúde pela Fiocruz- polo Recife, PE; Preceptora de disciplinas e estágios na área de Odontologia; Preceptora bolsista do programa PET/Saúde Interprofissionalidade UFPB/SMS-JP 2019-2021; Auriculoterapeuta e Terapeuta em Florais de Bach. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde da Família.

THAYANA GERMANA DO NASCIMENTO

Graduação em Enfermagem Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA

THAYNARA TAVARES OLIVEIRA RAMOS

Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

VANESSA ALONSO

Graduada em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1999). Possui especialização em Atividades Físicas Para Grupos Especiais e Terceira Idade pela Universidade Metodista de Piracicaba (2003). É aluna de mestrado em Gerontologia na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) sob orientação da Profa. Dra. Meire Cachioni, sendo pesquisadora do estudo FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros). Fisioterapeuta licenciada pelo estado de Nova York, EUA, desde 2015, com experiência clínica internacional. Atualmente trabalha com moradores das residências terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira em Campinas, SP, tendo permanecido como fisioterapeuta da instituição de 2005 a 2014. Ampla experiência nas áreas de Gerontologia, Saúde Mental e Saúde Coletiva, assim como na cogestão do serviço de internação psiquiátrica.

VÂNIA MARIA ALVES DE SOUSA

Enfermeira.Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará.Docente do Centro Universitário Santo Agostinho

