

Adriano Mesquita Soares
(Organizador)

Tópicos Especiais em
CIÊNCIAS DA SAÚDE:
teoria, métodos e práticas

7



Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizador

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Capa

AYA Editora

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.º Me. José Henrique de Goes

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Me. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Me. Pedro Fauth Manhães Miranda

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes

*Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus
Pauapebas*

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros

Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda

Santos

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

Prof.º Dr. Valdoir Pedro Wathier

*Fundo Nacional de Desenvolvimento Educacional,
FNDE*

© 2022 - **AYA Editora** -O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas nos capítulos deste Livro, bem como as opiniões nele emitidas são de inteira responsabilidade de seus autores e não representam a opinião desta editora.

T757 Tópicos especiais em ciências da saúde: teoria, métodos e práticas 7 [recurso eletrônico]. / Adriano Mesquita Soares (organizador) -- Ponta Grossa: Aya, 2022. 227 p.

Inclui biografia
Inclui índice
Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN 978-65-5379-084-1
DOI 10.47573/aya.5379.2.103

1. Ciências médicas. 2. Alcoolismo - Tratamento. 3. Arte. 4. Qualidade de vida. 5. Envelhecimento – Prevenção. 6. Cuidados de enfermagem - Planejamento. 7. Doenças Infecciosas e Parasitárias. 8. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Administração. I. Soares, Adriano Mesquita. II. Título

CDD: 610

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora EIRELI

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53
Fone: +55 42 3086-3131
E-mail: contato@ayaeditora.com.br
Site: <https://ayaeditora.com.br>
Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação.....12

01

Leishmaniose visceral: Estudo epidemiológico e promoção em saúde no interior do Ceará13

Gabriella Maria de Melo Mota
João Victor Gomes de Freitas
Jaíne de Carvalho Mendonça
Matheus Marques de Sousa
Michele Soares da Silva
Rita de Cássia Ferreira Mesquita
Ana Jessyca Alves Morais

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.1

02

Possibilidade de reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos.....25

Patricia Dias Guimarães
Alexandre Gomes Vizzoni

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.2

03

Protocolos de mobilização precoce utilizados em unidade de terapia intensiva: intervenções e efeitos na Síndrome do Imobilismo.....39

Yuri Sena Melo
Vitória Sampaio Confessôr
Filipe Santos Monteiro
Alicea Ferreira de Brito
Ezequias Alexandre da Silva Mendes
Sabrina da Silva Nascimento
Isabela Carolina Leal Arruda
Bianca Lima Melo da Silva
Aline Gislayne da Silva Lima
Harysson Rodrigues de Paiva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.3

04

Estratégias adotadas por fisioterapeutas no desmame da ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva48

Laisa Eduarda Ananias de Matos

Yuri Sena Melo

Marina Stancoloviche Veiga Brangioni

Washington Carlos Porfírio

Alicea Ferreira de Brito

Phelipe Lourenço Silva

Filipe Santos Monteiro

Vitória Sampaio Confessôr

Sabrina da Silva Nascimento

Maycom Carvalho da Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.4

05

As principais condutas de enfermagem no paciente acometido por acidente vascular cerebral: artigo de atualização57

Robson Pantoja Portilho

Angelina Dantas Martins

Roselane Ferreira Seabra

Wagner Conceição da Silva

Débora Santos Gomes

João Victor da Silva Sanches

Daylon Brendon Cardoso Ribeiro

Ariane Oliveira Pereira

Daniel Calixto Souza Bacelar

Yuri Sena Melo

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.5

06

Transtorno disfórico pré-menstrual: revisão sistemática67

Isadora Marcon
Emanuel Keween Bertol
Zayne Ribeiro Zangirolami
Lauren da Silva Mello

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.6

07

Efeitos do exercício físico na qualidade de vida em paciente com tratamentos oncológicos: um estudo de caso75

Karine Krizizanovski
Ricardo Cunha

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.7

08

A influência da vitamina C no combate ao envelhecimento – única 2021/282

Adriana Rosária de Souza Ferreira
Franciele da Cruz Gomes.
Ingrid Fernandes Barbosa
Jéssica Cristina Oriques da Silva Eleutério
Letícia Sabrina Rodrigues e Silva
Marcia Santana da Costa
Patrícia Silva Bragança Scopel
Monyck Suelen de Aguiar Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.8

09

Qualidade de vida de pacientes com fibromialgia atendidas no AMASF.....90

Joseane Machado Brasil
Cristiane Damiani Tomasi

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.9](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.9)

10

Arte como expressão de usuários de álcool e outras drogas.....106

Antonia da Paz Piedade
Lais Cristina M. Soares
Nelcivan de Maria Neto Coelho

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.10](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.10)

11

Planejar e avaliar: regionalização e a execução dos serviços de alta complexidade no SUS/MG 111

Oleg Abramov

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.11](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.11)

12

O papel da TCC nos relacionamentos amorosos na era digital durante a pandemia da Covid-19.....127

Luciana Santos de Moura

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.12](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.12)

13

Comer emocional dos universitários em tempos de pandemia.....137

Djhulia Aparecida de Oliveira

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.13](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.13)

14

Gestão do trabalho e da educação na saúde: a relevância para o funcionamento de uma comissão de farmácia e terapêutica.....143

André Luis Cândido da Silva

Amanda de Cassia Azevedo da Silva

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.14](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.14)

15

Infecção por *Saccharomyces cerevidae* em paciente pediátrico: um relato de caso155

Moany Alves Cisne

Lucas Carvalho Vasconcelos

Maiany Alves Cisne

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.15](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.15)

16

Bronquiolite viral aguda por vírus sincicial respiratório: relato de caso em pediatria com abordagem terapêutica158

Maiany Alves Cisne

Lucas Carvalho Vasconcelos

Moany Alves Cisne

Leonardo Vasconcelos Abreu

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.16](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.16)

17

A periodização do treinamento na natação: uma revisão de literatura sobre o modelo tradicional e em blocos.161

Marcio Kunhatan Sabino Freitas
Marcos Alexandre Martins Ribeiro

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.17](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.17)

18

O uso do Método Maitland no tratamento da capsulite adesiva do ombro.....167

Átila Fontinele Castro de Araújo
Sílvia Teixeira Damasceno

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.18](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.18)

19

O manejo dos pacientes pós-cirúrgicos: A atuação do profissional de enfermagem.....176

Antônia da Paz Piedade
Claudeice Machado Cardoso
Lais Cristina Marinho Soares
Maria Francisca Silva
Nelcivan de Maria Neto Coelho

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.19](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.19)

20

Comunicação interna em biossegurança nos laboratórios de saúde pública.....186

Amanda de Cassia Azevedo da Silva
André Luis Cândido da Silva

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.20](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.20)

21

Transtorno de personalida borderline: como se estivesse movendo entre areia movediça em quedas de precipícios.....203

Angelo Aparecido Ninditi

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.21](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.21)

22

Violência obstétrica uma percepção da enfermagem em relação ao ato médico.....213

Angelo Aparecido Ninditi

DOI: [10.47573/aya.5379.2.103.22](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.103.22)

Organizador220

Índice Remissivo221

Apresentação

Apresentar um livro é sempre uma responsabilidade e muito desafiador, principalmente por nele conter tanto de cada autor, de cada pesquisa, suas aspirações, suas expectativas, seus achados e o mais importante de tudo a disseminação do conhecimento produzido cientificamente.

Nesta coletânea de **Tópicos Especiais em Ciências da Saúde: teoria, métodos e práticas 7**, abrange diversas áreas da saúde, refletindo a percepção de vários autores.

Portanto, a organização deste livro é resultado dos estudos desenvolvidos por diversos pesquisadores e que tem como finalidade ampliar o conhecimento aplicado à área de saúde evidenciando o quão presente ela se encontra em diversos contextos organizacionais e profissionais, em busca da disseminação do conhecimento e do aprimoramento das competências profissionais e acadêmicas.

Este volume traz vinte e dois (22) capítulos com as mais diversas temáticas e discussões, as quais mostram cada vez mais a necessidade de pesquisas voltadas para área da saúde. Os estudos abordam discussões como: Leishmaniose visceral; reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos; protocolos de mobilização precoce; ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva; condutas de enfermagem; transtorno disfórico pré-menstrual; exercício físico na qualidade de vida; influência da vitamina C; qualidade de vida de pacientes com fibromialgia; usuários de álcool; regionalização e a execução dos serviços de alta complexidade no SUS; pandemia da Covid-19; comer emocional dos universitários em tempos de pandemia; gestão do trabalho e da educação na saúde; Infecção por *Saccharomyces cerevisiae*; Bronquiolite viral aguda por vírus sincicial respiratório; periodização do treinamento na natação; tratamento da capsulite; manejo dos pacientes pós-cirúrgicos; comunicação interna em biossegurança nos laboratórios de saúde pública; transtorno de personalidade *borderline* e por fim, um estudo sobre a violência obstétrica.

Por esta breve apresentação percebe-se o quão diverso, profícuo e interessante são os artigos trazidos para este volume, aproveito o ensejo para parabenizar os autores aos quais se dispuseram a compartilhar todo conhecimento científico produzido.

Espero que de uma maneira ou de outra os leitores que tiverem a possibilidade de ler este volume, tenham a mesma satisfação que senti ao ler cada capítulo.

Boa leitura!

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares
Editor Chefe

01

Leishmaniose visceral: Estudo epidemiológico e promoção em saúde no interior do Ceará

*Gabriella Maria de Melo Mota
João Victor Gomes de Freitas
Jaíne de Carvalho Mendonça
Matheus Marques de Sousa
Michele Soares da Silva
Rita de Cássia Ferreira Mesquita
Ana Jessyca Alves Morais*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.1

RESUMO

A Leishmaniose visceral (LV), também conhecida como calazar, é uma zoonose crônica e sistêmica, pois afeta várias partes do corpo humano, principalmente os órgãos internos como o fígado, baço e medula óssea, que não tratada, pode evoluir para óbito. A LV permanece como grande problema de saúde pública em vários países do mundo com mortalidade global estimada em 59.000 óbitos por ano. O objetivo desse estudo foi fazer um levantamento epidemiológico na base de dados coletado do boletim epidemiológico da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, sobre o número de casos notificados de LV no quinquênio de 2015 a 2020 em Ipueiras-CE. O presente estudo envolve a modalidade de pesquisa capaz de abranger o alcance das informações sobre a LV, optando assim pelo estudo de campo, realizando aplicação de formulário e ressaltando a importância da promoção em saúde. De acordo com os dados obtidos do boletim, a comparação entre os anos revelou que em 2015 foi registrado o maior número de casos notificados da doença. Com relação ao formulário aplicado obtivemos respostas positivas e negativas. Depois da revisão dos dados, constatou-se a carência de informações dos moradores e a suma importância da promoção em saúde a fim de prevenir e diminuir os percentuais de infecções causadas pela leishmaniose visceral.

ABSTRACT

Visceral leishmaniasis (VL), also known as kala-azar, is a chronic and systemic zoonosis, as it affects various parts of the human body, especially internal organs such as the liver, spleen and bone marrow, which, if left untreated, can progress to death. VL remains a major public health problem in several countries around the world, with global mortality estimated at 59,000 deaths per year. The objective of this study was to carry out an epidemiological survey in the database collected from the epidemiological bulletin of the Ceará State Health Department, on the number of reported cases of VL in the five-year period from 2015 to 2020 in Ipueiras-CE. The present study involves a research modality capable of encompassing the scope of information on VL, thus opting for the field study, performing the application of a form and emphasizing the importance of health promotion. According to the data obtained from the bulletin, the comparison between the years revealed that in 2015 the highest number of reported cases of the disease was recorded. Regarding the form applied, we obtained positive and negative responses. After reviewing the data, the lack of information from the residents and the paramount importance of health promotion in order to prevent and reduce the percentages of infections caused by visceral leishmaniasis were contacted.

INTRODUÇÃO

A Leishmaniose visceral (LV), também conhecida como calazar, é uma zoonose crônica e sistêmica, pois afeta várias partes do corpo humano, principalmente os órgãos internos como o fígado, baço e medula óssea, que não tratada, pode evoluir para óbito. A LV é uma doença infecciosa causada por protozoário do gênero *Leishmania*, transmitida por flebotomíneos, popularmente conhecidos como mosquitos-palha (OLIVEIRA, LS.; DIAS NETO, R.V.; BRAGA, P.E.T, 2013). A principal forma de transmissão da doença para o homem e outros hospedeiros é através da picada do mosquito fêmea da família *Psychodidae*, o mosquito-palha se torna infectado com o parasita causador da Leishmaniose quando pica um hospedeiro que possui a doença, sendo assim, não ocorre a transmissão de pessoa a pessoa (ROCHA, 2020).

O diagnóstico clínico é complexo, pois a doença no homem pode apresentar sinais e sintomas que são comuns a outras patologias, como, por exemplo, Doença de Chagas, Malária, Esquistossomose, Febre Tifóide e Tuberculose. Pacientes com LV apresentam febre prolongada, esplenomegalia, hepatomegalia, leucopenia, anemia, hipergamaglobulinemia, tosse, dor abdominal, diarreia, perda de peso e caquexia (GONTIJO, 2004).

No estado do Ceará, a LV é descrita desde a década de 1930, porém, desde 1986 ela passou a ser notificada de forma contínua. De janeiro de 2007 à SE 48 de 2021, foram registrados 6.089 casos confirmados, com uma média de 402 casos ao ano. Os coeficientes de incidência apresentaram tendência temporal cíclica, com declínio nos últimos anos, passando de 3,53 (2019) para 1,05 casos por 100 mil habitantes (2021). Os maiores valores foram observados nos anos de 2007 (7,09 casos por 100 mil habitantes) e 2009 (7,25 casos por 100 mil habitantes) (SESA-CE, 2020).

LV possui ampla distribuição geográfica, sendo endêmica em mais de 80 países em todo o mundo. Cerca de 90% dos novos casos notificados à Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2015, ocorreram em sete países: Brasil, Etiópia, Índia, Quênia, Somália, Sudão do Sul e Sudão. É uma doença crônica e é considerada a forma mais alarmante, uma vez que é fatal em 95% dos casos não tratados adequadamente, sendo responsável por mais de 20 mil mortes anualmente (WHO, 2015).

Leishmaniose Visceral (LV) permanece como grande problema de saúde pública em vários países do mundo com mortalidade global estimada em 59.000 óbitos por ano. No entanto, mais de 90% dos casos registrados ocorrem em seis países: Bangladesh, Brasil, Etiópia, Índia, Sudão do Sul e Sudão (WHO, 2015).

O objetivo desse trabalho foi analisar os dados relacionados à transmissão da leishmaniose visceral (LV) e casos humanos ocorridos no período de 2015 a 2020, no município de Ipueiras, interior do Ceará, e abranger o alcance da prática da promoção em saúde.

METODOLOGIA

O presente artigo é do tipo descritivo e quantitativo realizado por meio de levantamento de dados secundários, coletados do boletim epidemiológico da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA) e um estudo de campo feito no município de Ipueiras, estado do Ceará, com o intuito de realizar a promoção em saúde sobre formas de contágio e controle da *Leishmaniose visceral* (LV).

A coleta de dados foi realizada por seis alunos estudantes de graduação em Enfermagem. A abordagem metodológica deste trabalho começou pela definição do tipo de estudo que, nesse caso, envolve a modalidade de pesquisa capaz de abranger o alcance das informações sobre a LV. Optou-se, então, pelo estudo de campo.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ipueiras é uma cidade do noroeste do Ceará, com área de 1.483,258 km, e sua população foi estimada em 38.064 habitantes em 2021 (IBGE).

A pesquisa foi desenvolvida no ano de 2022. O cenário é de uma localidade no interior

do município de IPUEIRAS-CE, chamada Arraial. Os sujeitos do estudo são moradores da localidade. Estes foram convidados a colaborar com a pesquisa, no qual foram apresentados os objetivos do estudo.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista que buscou conhecer a percepção dos moradores sobre a LV. Utilizando como ponto de partida as seguintes questões:

1. Você conhece a doença leishmaniose “calazar”?
2. Forma de transmissão?
3. Habitat do mosquito?
4. Você ou alguém da sua família já teve?
5. Você utiliza alguma medida de prevenção ao mosquito?

As informações foram transcritas e gravadas de acordo com o consentimento dos participantes. O conteúdo das entrevistas foram analisados, organizados em categorias e discutidas com base pertinente ao tema. Durante a condução do estudo foram respeitados os princípios básicos de bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O roteiro da entrevista baseou-se em critérios que apontassem o processo da chegada de informações até a localidade. Foi realizada a entrega de um informativo sobre a LV, o qual abordava um pouco sobre a doença, sua forma de transmissão, sintomas tanto no homem quanto no cão, assim como algumas medidas de prevenção e combate.

Este estudo é classificado como retrospectivo, com abordagem quantitativa, do tipo transversal, e foi realizado com dados disponíveis no Boletim Epidemiológico do Governo do Estado do Ceará. O critério de inclusão neste estudo foi: casos de LV notificados no município de IPUEIRAS-CE entre 2015 e 2020. A análise dos dados teve como referência o manual de vigilância e controle da Leishmaniose Visceral, onde se preconiza a realização de um estudo epidemiológico da enfermidade, a utilização de um indicador de no mínimo cinco anos. Os resultados foram organizados em tabelas e gráficos que apresentam médias e percentuais para melhor delineamento da pesquisa e dos casos notificados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados foram coletados conforme o Boletim Epidemiológico do Governo do Estado do Ceará (Tabela 1). Nesse intervalo de tempo (2015-2020), sendo os dados mais atualizados do boletim estadual, verificou-se que o número de casos da doença vem decrescendo no município. A comparação entre os anos revelou que em 2015 foi registrado o maior número de casos notificados da doença. Os riscos foram considerados mínimos e com classificação epidemiológica baixa (Tabelas 1,2 e 3).

Nesse estudo foi possível observar respostas positivas e respostas negativas. Isso reforça a importância da educação em saúde e o acompanhamento pela equipe de Atenção Primária a Saúde (APS), oferecendo apoio com base nas necessidades informativas sobre diversas doenças infecciosas. Foram entrevistados 52 moradores da localidade de Arraial, interior do município de IPUEIRAS-CE.

A pergunta inicial da entrevista tinha como finalidade saber se os moradores conheciam a doença leishmaniose, e obtemos 88,5% (46) de respostas positivas, mas a maioria relatou somente ter ouvido falar, mas não sabiam como era a transmissão, sintomas e profilaxia. 11% (6) relataram que não conheciam a doença, o que se torna algo preocupante por ser uma doença sistêmica e que pode levar a morte.

A *leishmaniose visceral* é uma das hipóteses diagnósticas em pacientes que se apresentam com pancitopenia persistente, e uma história positiva de viagens a áreas endêmicas. É uma doença de notificação compulsória, no entanto, há subnotificação da doença pela falta de conhecimento da mesma por parte de alguns profissionais de saúde, e por muitas vezes os pacientes não procurarem o serviço de saúde (JUNIOR, *et al.*, 2016).

O diagnóstico da LV pode ser feito por meio de técnicas sorológicas (ELISA, IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA) ou técnicas parasitológicas, evidenciando a presença do parasita nos tecidos do hospedeiro; vale ressaltar que são meios diagnósticos que nem sempre estão disponíveis nos serviços de saúde; devido seu custo, necessidade de laboratórios sofisticados, falta de precisão. Os testes rápidos de diagnóstico são fáceis de executar e estão disponíveis nos serviços de saúde (JUNIOR, *et al.*, 2016).

Os testes de diagnóstico rápido são dispositivos que não necessitam de profissional, nem laboratório altamente qualificados; os resultados podem ser lidos dentro de minutos a uma ou duas horas. Logo, se tornaram instrumento de grande importância no diagnóstico de LV (JUNIOR, Luilson Geraldo Coelho *et al.*, 2016).

Em relação à forma de transmissão os resultados foram diversificados, mas a maioria (38,5%) relatou saber que a forma de transmissão acontecia através do mosquito vetor. Dos 52 entrevistados, 16 (30,7%) relataram não saber a forma de transmissão, 8 (15,3%) relataram ser através da mordida do cão doente, 1 (2%) relatou que a transmissão acontecia por meio do contato com uma pessoa doente, 7 (13,5%) relataram outras formas de transmissão que não estava como alternativa no formulário, 1 deles relatou que era por meio do carrapato, 3 por contato direto com o cachorro, 2 através do contato com gatos e 1 por meio do contato com o pelo do cachorro. Segundo o (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2016), a forma de transmissão é por meio da picada desses vetores infectados pela *Leishmania chagasi*. A transmissão ocorre enquanto houver o parasitismo na pele ou no sangue periférico do hospedeiro.

Já em relação ao habitat do mosquito tivemos um resultado negativo, pois 29 (55,7%) dos entrevistados relataram não saber onde encontrar o mosquito, dificultando assim a prevenção da LV. Apesar da maioria já ter ouvido falar na doença, mesmo assim não sabiam a forma de transmissão e nem o habitat do mosquito. Quando informamos aos moradores que a transmissão acontecia através de um mosquito vetor, dos 52 entrevistados, 13 (25%) relataram que o habitat do mosquito era na água, confundido com o habitat do mosquito *aedes aegypti*. E 2 (4%) moradores relataram ser em lugares secos, e apenas 8 (15,3%) acertaram onde podemos encontrar o vetor da LV, que é em lugares úmidos e escuros.

Ao procurar saber se a pessoa entrevistada ou alguém da família já havia contraído a LV, 43 (82,6%) pessoas relaram nunca ter tido a doença e nem ninguém da família. Mas, 9 (17,4%) afirmaram já ter tido a LV. Uma das entrevistadas informou que contraiu a doença em 2011 e que passou 2 anos em tratamento, chegando a tomar 100 injeções de glucantime, acrescentou

também que sua mãe também já havia contraído a LV e que já haviam tido outros casos de LV na localidade onde moram. “No Brasil, o medicamento à base de antimônio, utilizado como primeira escolha na terapêutica da leishmaniose, é o antimoniato de metilglucamina. O antimoniato de metilglucamina é especialmente eficaz no tratamento de leishmaniose cutânea, mucocutânea e visceral. O medicamento provoca regressão rápida das manifestações clínicas e hematológicas da doença, bem como provoca a esterilização do parasita” (RATH, 2003).

A última pergunta dizia a respeito da medida de prevenção contra ao mosquito. Apesar de termos obtidos um número bastante positivo, a grande maioria que informou se prevenir contra mosquito relatou apenas o uso do mosquiteiro ao dormir. Outras pessoas comentaram que não utilizava nenhum tipo de medida de prevenção. Mas houveram alguns entrevistados que afirmaram usar as medidas certas de profilaxia contra a LV. Pode-se citar como medida de controle a vigilância epidemiológica, medidas educativas, medidas administrativas, cadeia de transmissão e vacinas. Segundo o (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), em áreas de risco, deve-se implantar programa de educação em saúde, desenvolvendo atividades de informação, educação e comunicação nos níveis local, regional e municipal. Além disso, deve-se divulgar, à população, a ocorrência de LV na região, no município, na localidade, orientando para o reconhecimento de sinais clínicos, em cães e em humanos, e para a procura dos serviços de saúde para o diagnóstico e o tratamento humano, quando houver caso humano suspeito. Para evitar os riscos de transmissão, algumas medidas preventivas de caráter individual e coletivo devem ser estimuladas, tais como:

- Uso de repelentes, quando exposto a ambientes onde os vetores, habitualmente possam ser encontrados.
- Uso de mosquiteiros, bem como a telagem de portas e janelas.
- Manejo ambiental por meio de limpeza de quintais e terrenos, a fim de alterar as condições do meio que propiciem o estabelecimento de criadouros para formas imaturas do vetor.
- Poda de árvores, de modo a aumentar a insolação, a fim de diminuir o sombreamento do solo e evitar as condições favoráveis (temperatura e umidade) ao desenvolvimento de larvas de flebotomíneos.
- Limpeza periódica dos abrigos de animais domésticos.
- Manutenção de animais domésticos distantes do intradomicílio durante a noite, de modo a reduzir a atração dos flebotomíneos para esse ambiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em reflexo a isto, evidencia-se a carência da adoção de práticas de educação em saúde, seja para o esclarecimento da comunidade e o seu engajamento e participação em assuntos relacionados à saúde de qualidade de vida, com ações que possuem a finalidade de contribuir para a erradicação da Leishmaniose Visceral, com o propósito de, ao longo do prazo, o Ceará possa atingir índices satisfatórios em relação aos casos de LV, e obter, o controle novamente (SOUSA, *et al.*, 2019).

Observou-se que através das entrevistas realizadas pelos estudantes de graduação em

enfermagem, maioria das pessoas entrevistadas conhecia a doença só de ouvir falar e pelo nome popular, calazar. Conclui-se que houve poucos casos notificados de LV no município de IPUEIRAS-CE no período de 2015 a 2020.

É de suma importância a utilização de programas educacionais tanto aos escolares como para os familiares, a fim de prevenir e diminuir os percentuais de infecção causadas pela LV. Além de programas educacionais é preciso enfatizar a importância do agente de endemias, vale ressaltar que as medidas de prevenção não são dadas apenas aos AE, mas partindo principalmente da comunidade em relação à profilaxia.

A educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem que visa a promoção da saúde, o educador em saúde tem o papel de facilitador das descobertas e reflexões dos sujeitos sobre a realidade, sendo que os indivíduos têm o poder (empowered) e a autonomia de escolher as alternativas (Souza LM, *et al.*, 2007). Na 'velha' saúde pública, a educação em saúde tinha um único enfoque, o da prevenção de doenças. A 'nova' educação em saúde deve superar a conceituação biomédica de saúde e abranger objetivos mais amplos, uma vez que a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida (Oliveira DL, 2005). As práticas educativas, quando bem aplicadas, levam as pessoas a adquirirem os conhecimentos para a prevenção e a redução das doenças (Ferreira UM, *et al.*, 2000).

Nesta perspectiva é que se dá a vivência ora relatada neste estudo, com o objetivo de sensibilizar os moradores e familiares por meio de ações de Educação em Saúde direcionadas à prevenção da Leishmaniose Visceral.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, M.U.; FERREIRA, C.S.; MONTEIRO, C.A. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. v.34, n. 6, p. 73-82, 2000.

GONTIJO, C. M. F.; MELO, M. N. Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de epidemiologia*, v. 7, n. 3, p. 338-349, 2004.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2010. Ceará, IBGE, 2022.

JUNIOR, L. G. C.; *et al.* Leishmaniose visceral infantil: relato de caso. *Revista de Medicina*, v. 95, n. 3, p. 133-137, 2016.

OLIVEIRA, L.S.; DIAS NETO, R.V.; BRAGA, P.E.T. Perfil epidemiológico dos casos de leishmaniose visceral em Sobral, Ceará, no período de 2001 a 2010. *Sanare*, v.12, n.(1), p. 13-9, 2013.

Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latinoam Enferm* [periódico na Internet]. v.13, n. 3, p.423-31, 2005.

RATH, Susanne *et al.* Antimoniais empregados no tratamento da leishmaniose: estado da arte. *Química nova*, v. 26, n. 4, pág. 550-555, 2003.

ROCHA, M. B. M. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LEISHMANIOSE VISCERAL NO

MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ DE 2014 A 2018. SANARE-Revista de Políticas Públicas, v. 19, n. 1, 2020.

SESA – Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Boletim Epidemiológico Leishmaniose Visceral. Ceará: SESA, 2022.

SOUSA, F. C. A., *et al.* Prevalência de parasitoses intestinais em crianças de uma escola pública municipal. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 90, n. 28, 2019.

Souza LM, Wagner W.; Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Rev Latinoam Enferm [periódico na Internet]. v.15, n. 2, 2007.

WHO, 2015. Leishmaniasis [Internet]. World Health Organization.

MINISTÉRIO DA SAUDE: Manual de Vigilância e Controle, Leishmaniose. Brasília – DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Faculdade Educar da Ibiapaba, Ipu-CE, que me deu o conhecimento necessário para concluir este trabalho. Agradeço a professora e orientadora Ana Jessyca Alves Morais e a coordenadora do curso Paula Giovanni Mororó Aragão por todo o auxílio e orientação. Agradeço a todos que fizeram parte direta ou indiretamente deste trabalho. Agradeço a Deus por ter me dado a chance de ter chegado até aqui e concluído este trabalho.

Anexos

Tabela 1 - Casos, incidência e classificação de risco e LV no município de IPUEIRAS-CE 2015 a 2017.

Município	Incidência Geral LV			Casos LV			Óbitos LV	Classificação epidemiológica
	2015	2016	2017	2015	2016	2017		
Ipueiras	2015	2016	2017	2015	2016	2017	-	-
	2,6	13,2	15,3	1	5	6	0	Moderada

Fonte: SESA/COVIG/NUVEP. *Dados sujeitos a revisão, atualizados em 07/08/2018

Tabela 2 - Casos, incidência e classificação de risco e LV no município de IPUEIRAS-CE 2016 a 2018.

Município	Incidência Geral LV			Casos LV			Óbitos LV	Classificação epidemiológica
	2016	2017	2018	2016	2017	2018		
Ipueiras	2016	2017	2018	2016	2017	2018	-	-
	13,17	13,17	7,90	5	5	3	0	Média

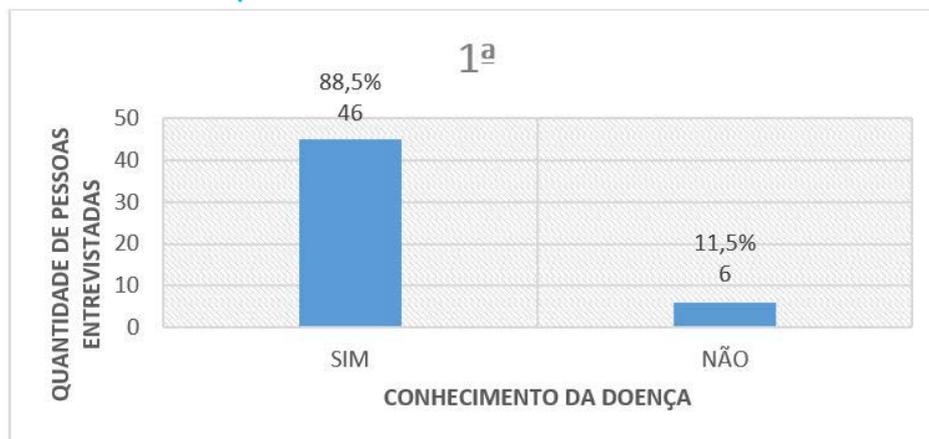
Fonte: SESA/COVIG/NUVEP. *Dados sujeitos a revisão, atualizados em 08/11/2019

Tabela 3 - Casos, incidência e classificação de risco e LV no município de IPUEIRAS-CE 2017 a 2020.

Município	Incidência Geral LV				Casos LV				Óbitos LV	Classificação epidemiológica
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020		
Ipueiras	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	-	-
	10,54	5,27	2,63	0,00	4	2	1	0	0	Baixa

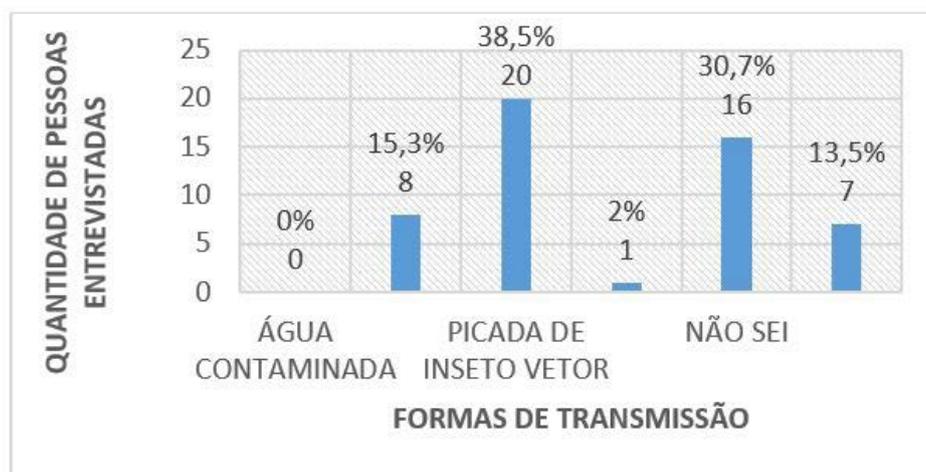
Fonte: SESA/COVIG/NUVEP. *Dados sujeitos a revisão.

Gráfico 1- Respostas dos moradores sobre o conhecimento da LV.



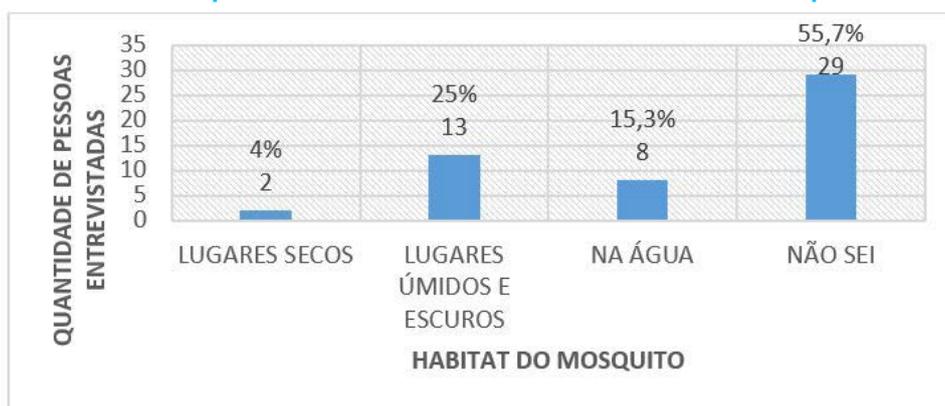
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 2 - Respostas dos moradores sobre a forma de transmissão da LV.



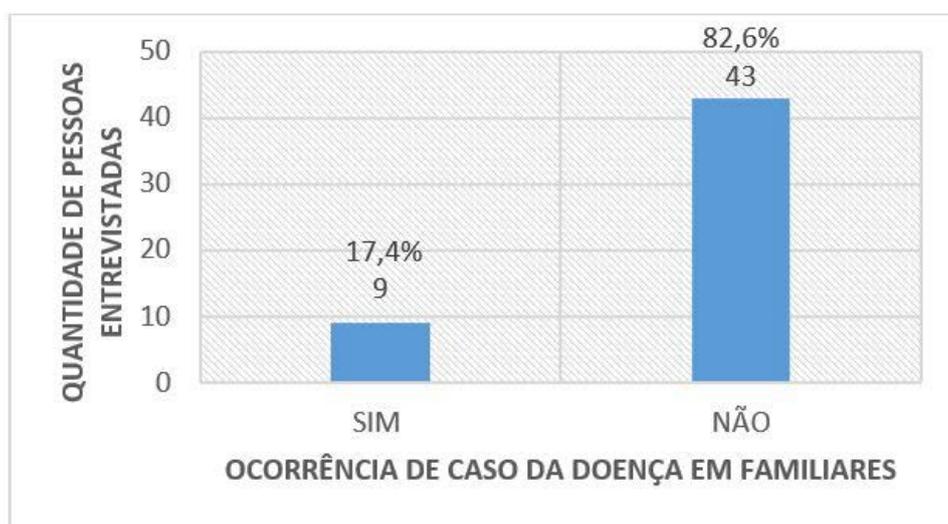
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 3 - Respostas dos moradores sobre o habitat do mosquito vetor.



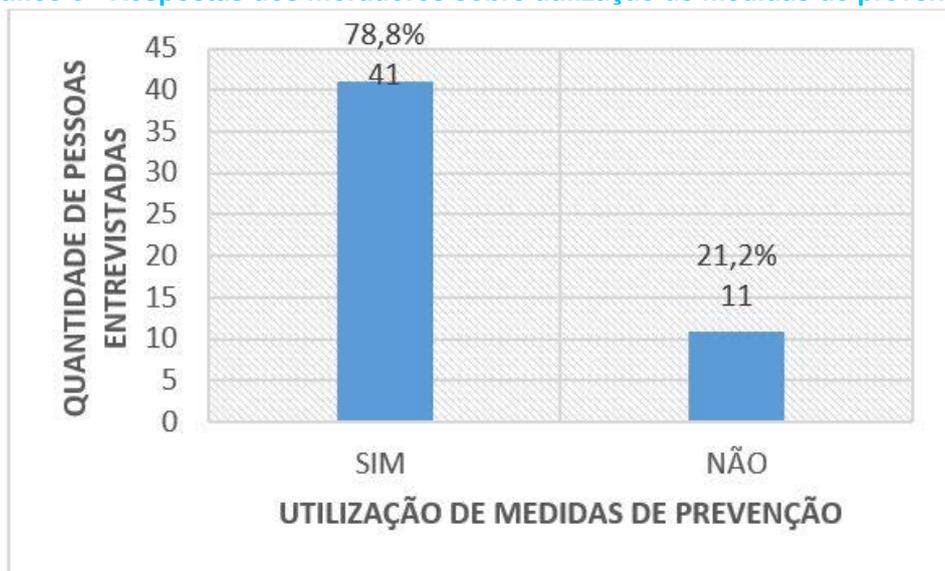
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 4 - Respostas dos moradores sobre ocorrência de caso da doença em familiares.



Fonte: O autor (2022)

Gráfico 5 - Respostas dos moradores sobre utilização de medidas de prevenção.



Fonte: O autor (2022)

APÊNDICE

Formulário referente à pesquisa de campo;



FORMULÁRIO

- 1- Já ouviu falar na doença leishmaniose?
 Sim Não
- 2- Já ouviu falar no calazar?
 Sim Não
- 3- Sabe como a doença é transmitida?
 Cachorro Mosquito Não sei
- 4- Você ou alguém da sua família já teve?
 Sim Não
- 5- Você utiliza algum tipo de combate a mosquitos? Ex.: telas, inseticidas...
 Sim Não

FORMULÁRIO

- 1- Já ouviu falar na doença leishmaniose?
 Sim Não
- 2- Já ouviu falar no calazar?
 Sim Não
- 3- Sabe como a doença é transmitida?
 Cachorro Mosquito Não sei
- 4- Você ou alguém da sua família já teve?
 Sim Não
- 5- Você utiliza algum tipo de combate a mosquitos? Ex.: telas, inseticidas...
 Sim Não

FORMULÁRIO

- 1- Já ouviu falar na doença leishmaniose?
 Sim Não
- 2- Já ouviu falar no calazar?
 Sim Não
- 3- Sabe como a doença é transmitida?
 Cachorro Mosquito Não sei
- 4- Você ou alguém da sua família já teve?
 Sim Não
- 5- Você utiliza algum tipo de combate a mosquitos? Ex.: telas, inseticidas...
 Sim Não

FORMULÁRIO

- 1- Já ouviu falar na doença leishmaniose?
 Sim Não
- 2- Já ouviu falar no calazar?
 Sim Não
- 3- Sabe como a doença é transmitida?
 Cachorro Mosquito Não sei
- 4- Você ou alguém da sua família já teve?
 Sim Não
- 5- Você utiliza algum tipo de combate a mosquitos? Ex.: telas, inseticidas...
 Sim Não

Informativo entregue após aplicação do formulário e práticas da promoção em saúde;

Leishmaniose

É uma doença infecciosa, porém, não contagiosa, causada por parasita do gênero *Leishmania*. A leishmaniose visceral (LV) é uma doença sistêmica, pois acomete vários órgãos internos, principalmente o fígado, baço e a medula óssea.

Transmissão:

A leishmaniose é transmitida por insetos que se alimentam de sangue. O mosquito palha se torna infectado com o parasita causador da leishmaniose quando ele pica um cão ou um ser humano que possui a doença.



Sintomas:

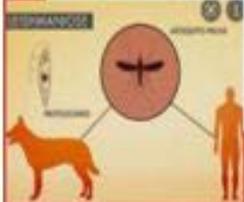
Febre irregular, prolongada; anemia; indisposição; palidez da pele ou das mucosas; falta de apetite; perda de peso; inchaço do abdômen devido ao aumento do fígado e do baço.



Prevenção:

- Fazer dedetização;
- Evitar banhos de rio;
- Utilizar repelentes na pele;
- Usar mosquiteiros;
- Usar telas protetoras em janelas e portas;

Sintomas no cão:



- Descamação da pele;
- Pele com coloração branca;
- Lesões na pele, principalmente nas patas;
- Problemas na cicatrização;
- Perda de apetite;
- Diarreia e sangue nas fezes;

02

Possibilidade de reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos

*Patricia Dias Guimarães
Alexandre Gomes Vizzoni*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.2

RESUMO

Este trabalho tem por título: “Possibilidade de reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos” e tem por finalidade apresentar informações a respeito das reações transfusionais principalmente no que se refere a casos com anticorpos imunogênicos. A reação transfusional é toda intercorrência que ocorra como consequência da transfusão de sangue ou hemocomponente, durante ou após a sua administração. A problemática deste tema é: De que maneira existe a possibilidade de ocorrerem reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos? Este estudo tem por objetivo geral esclarecer sobre a possibilidade de ocorrerem reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos. Este estudo tem por justificativa a necessidade de apresentar a importância sobre a possibilidade de reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos. A metodologia utilizada neste estudo fora às pesquisas de revisão de literatura em livros, sites especializados e PDFs que abordam sobre o tema em questão delimitadas no período entre 2000 a 2018, um período extenso, mas necessário para se observar algumas reações transfusionais. Conclui-se que mesmo tomando todos os cuidados adequados ainda ocorre a possibilidade de ter reações transfusionais em decorrência de anticorpos imunogênicos em qualquer pessoa, sem distinção de sexo ou idade.

Palavras-chave: anticorpos. imunogênicos. reação. transfusão.

ABSTRACT

This course is entitled: “Possibility of transfusion reactions due to immunogenic antibodies” and aims to present information about the transfusion reactions mainly in cases with immunogenic antibodies. The transfusion reaction is any intercurrentence that occurs as a consequence of blood transfusion or blood components during or after administration. The problematic of this topic is: In what way is it possible to occur reactions in transfusion due to immunogenic antibodies? The purpose of this study is to clarify the possibility of transfusion reactions due to immunogenic antibodies. This study justifies the need to present the importance of the possibility of transfusion reactions due to immunogenic antibodies. The methodology used in this study was literature review in books, specialized websites and PDFs that deal with the subject in question delimited in the period between 2000 to 2018, an extensive period, but necessary to observe some transfusion reactions. It is concluded that even taking all appropriate care still occurs the possibility of having transfusion reactions due to immunogenic antibodies in any person, regardless of sex or age.

Keywords: antibodies. immunogenic. reaction. transfusion.

INTRODUÇÃO

Este trabalho por título: “Possibilidade de reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos” e tem por finalidade apresentar informações a respeito das reações transfusionais principalmente no que se refere a casos com anticorpos imunogênicos.

A reação transfusional é toda intercorrência que ocorra como consequência da transfusão de sangue ou hemocomponente, durante ou após a sua administração. Elas podem ser assim classificadas em: imediatas (até 24 horas da transfusão) ou tardias (após 24 horas da

transfusão); imunológicas ou não imunológica (BRASIL, 2007).

A transfusão sanguínea é o ato final do conjunto de atividades que constitui o ciclo do sangue; logo, sua segurança depende dos inúmeros fatores que constituem as suas etapas, desde o recrutamento de doadores até sua aplicação, monitorização e avaliação, (BELEM *et al.*, 2011). A transfusão de sangue e seus componentes é um procedimento que apresenta risco de transmissão de doenças infecciosas e eventos adversos transfusionais. Entre 5 e 10% das infecções pelo vírus HIV no mundo são transmitidos por transfusões de sangue e pelo uso de produtos sanguíneos contaminados.

Além disso, muito mais receptores desses insumos são infectados pela hepatite B e C, sífilis e doença de Chagas, (MOTA *et al.*, 2012). Outro componente essencial da hemovigilância é a prevenção dos erros administrativos: de digitação, registro, conferência, etc. (clerical errors). Estes são surpreendentemente mais comuns que as transmissões virais, sendo frequentemente omitidos pelos serviços, não aparecendo nas estatísticas. Estes erros, que podem levar, por exemplo, à troca de sangue por vezes com incompatibilidade ABO grave ou fatal, praticamente não são reportados, (PROIETTI *et al.*, 2008).

Desta maneira, como a maioria dos tratamentos, é possível provocar complicações que abrangem um espectro de reações adversas que podem ocorrer durante ou após a transfusão, e com severidade que varia desde reações leves até reações fatais. Entretanto, como são muitas as reações transfusionais evitáveis, o conhecimento da ocorrência dessas reações de acordo com o tipo e a frequência deve ser considerado importante indicador para definir as ações da vigilância sanitária (BELEM *et al.*, 2011).

A sistematização de um processo de investigação é complexa devido à diversidade das etiologias das reações transfusionais, porém, a partir de sinais e sintomas chaves, é possível diagnosticar corretamente as reações transfusionais e eleger a terapêutica adequada. Como proteção ao receptor, todo o procedimento transfusional deve ser monitorado objetivando detectar queixas, sinais e sintomas que podem evidenciar reações transfusionais, (BESERRA *et al.*, 2014).

A ocorrência das reações transfusionais está associada a diferentes causas: fatores de responsabilidade da equipe hospitalar, como erros de identificação de pacientes, amostras ou produtos; utilização de insumos inadequados; fatores relacionados ao receptor e/ou doador, como existência de anticorpos irregulares não detectados em testes prétransfusionais de rotina, fatores intrínsecos do receptor; e contaminação da bolsa por agentes infecciosos (BRASIL, 2010).

Os sinais e sintomas mais frequentes nos incidentes transfusionais são: febre; calafrios; tremores; dor; alterações agudas na pressão arterial; alterações respiratórias; alterações cutâneas; náuseas; vômitos; icterícia; hemoglobinúria; choque; dentre outros (WENDEL, 2010).

A terapia transfusional é imprescindível para a continuidade de algumas terapêuticas, sendo bastante presente no tratamento de suporte para pacientes com câncer que são submetidos à quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, visto que o tratamento das doenças oncológicas provoca toxicidade hematológica nos pacientes.

Após esses entendimentos de alguns autores, exemplificados acima, argumenta-se: De

que maneira existe a possibilidade de ocorrerem reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos?

Este estudo tem por justificativa a necessidade de apresentar a importância sobre a possibilidade de reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos. A metodologia utilizada neste estudo foram as pesquisas de revisão de literatura em livros, sites especializados e PDFs que abordam sobre o tema em questão delimitadas no período entre 2000 a 2018, um período extenso, mas necessário para se observar algumas reações transfusionais.

OBJETIVO

A transfusão de sangue ou de seus componentes é um procedimento complexo, que está associado a um risco significativo de complicações graves, isso se deve ao fato do sangue carregar intrinsecamente vários riscos pela sua própria característica de produto biológico (BELEM *et al.*, 2011). A realização desse procedimento de forma não criteriosa expõe o receptor a sérias complicações como a possibilidade de adquirir doenças infecciosas, reações transfusionais (hemolíticas ou não) que podem ser graves, sensibilização imunológica, falha terapêutica, aumento no custo do tratamento e ansiedade gerada no paciente e nos familiares envolvidos (BESERRA *et al.*, 2014).

Incidentes transfusionais que ocorrem após 24 horas do término da transfusão, são chamados de tardios e, dentre eles, estão: reação hemolítica tardia, síndrome de hiperemólise, púrpura pós-transfusional, doença enxerto versus hospedeiro relacionada à transfusão, aloimunização e sobrecarga de ferro. Observa-se a ocorrência de vários incidentes transfusionais que não são identificados e notificados pelas equipes de saúde e como consequência estes geram agravos à saúde dos pacientes e aumento dos riscos em receber hemotransfusão (NETO *et al.*, 2012).

Dentro deste estudo torna-se necessário apresentar os objetivos gerais e específicos descritos abaixo.

Objetivo Geral

Este estudo tem por objetivo geral esclarecer sobre a possibilidade de ocorrerem reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos

Objetivos Específicos

- Dentre os objetivos específicos apresentam-se:
- Conceituar reações em transfusão sanguínea;
- Comentar sobre anticorpos imunogênicos
- Estabelecer a possibilidade de ocorrência de reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos.

DESENVOLVIMENTO

Este trabalho de conclusão de curso abordará sobre a “possibilidade de ocorrerem reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos”, destacando entendimentos a respeito de: conceito de reações em transfusão sanguínea; comentários sobre anticorpos imunogênicos; possibilidade de ocorrências de reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos.

Conceito de reações em transfusão sanguínea

O sangue é responsável por distintas funções no organismo, as quais mantêm constantes e normais às condições internas do corpo, de forma a permitir que os processos fisiológicos ocorram normalmente. Entretanto, caso ocorra um extravasamento de sangue ou do sangue não permanecer fluido, surgem algumas modificações fisiológicas que estancam o sangramento ou atuam na fluidez sanguínea (AGOSTINI, 2011; LEIRIA, 2008).

As transfusões de componentes do sangue são, normalmente, um meio eficaz de corrigir de modo temporário a deficiência de hemácias, plaquetas e Fatores de coagulação (CALLERA *et al.*, 2004). Na história da medicina, existem relatos antigos que descrevem as tentativas de tratar pacientes com sangue. No entanto, o campo da terapia transfusional é relativamente recente e veio a se desenvolver apenas a partir da segunda metade do século XX (BIHL *et al.*, 2007).

Embora em algumas situações clínicas, a transfusão represente a única maneira de salvar uma vida ou de melhorar rapidamente uma grave doença, o processo transfusional envolve riscos, com a ocorrência potencial de incidentes transfusionais, sejam eles imediatos ou tardios; estes variam de leve a grave e envolvem risco de morte (ATTERBURY, WILKINSON, 2000).

As transfusões sanguíneas são consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos dez principais problemas enfrentados na área da saúde, o que constitui uma constante preocupação entre profissionais, especialistas e autoridades desse campo (OKNAIAN *et al.*, 2013).

Reações transfusionais são efeitos adversos ou indesejáveis da transfusão sanguínea. Elas podem ser classificadas de acordo com a gravidade, com o tempo de sua manifestação ou com sua causa. As complicações agudas graves, que ameaçam a vida dos pacientes, são mais raras, enquanto as reações leves são mais comuns, sendo, então, mais vistas durante a prática clínica rotineira (BELEM *et al.*, 2011).

Os incidentes transfusionais imediatos ocorrem durante a transfusão ou até 24 horas após, e os notificáveis são: reação hemolítica aguda, reação febril não hemolítica, reações alérgicas (leve, moderada, grave), sobrecarga volêmica, reação por contaminação bacteriana da bolsa, edema pulmonar não cardiogênico, reação hipotensiva e hemólise não imune (NETO *et al.*, 2012).

Incidentes transfusionais que ocorrem após 24 horas do término da transfusão, são chamados de tardios e, dentre eles, estão: reação hemolítica tardia, síndrome de hiperemólise, púrpura pós-transfusional, doença enxerto versus hospedeiro relacionada à transfusão, aloimunização e sobrecarga de ferro (ANVISA, 2007).

Observa-se a ocorrência de vários incidentes transfusionais que não são identificados e notificados pelas equipes de saúde e como consequência estes geram agravos à saúde dos pacientes e aumento dos riscos em receber hemotransfusão. Quanto aos riscos associados aos leucócitos, pode-se citar as reações febris não hemolíticas, que acontecem através de mediadores bioativos presentes nos leucócitos, mesmo com o processo de congelamento e descongelamento que visa diminuir a viabilidade deste tipo de célula (PANDAY *et al.*, 2012).

A aloimunização, que acontece devido aos resquícios de células vermelhas presentes no plasma, mesmo depois de todo o processo de beneficiamento do componente, após o congelamento a imunogenicidade destas partículas acabam diminuindo, com isso, existe a possibilidade de causar uma reação (PANDAY *et al.*, 2012).

Para se classificar os tipos de reações, foram incluídos (REGAN, TAYLOR, 2002) estudos que abordam a ocorrência de incidentes transfusionais imediatos. Alguns dos trabalhos identificados confirmam a maior frequência de reação febril não hemolítica dentre os incidentes transfusionais imediatos notificados e afirmam que o concentrado de hemácias é o tipo de hemocomponente envolvido na maioria das reações transfusionais, considerando que é distribuído em maior quantidade quando comparado aos demais hemocomponentes (CALLERA *et al.*, 2004; MICHLIG *et al.*, 2003; SIEGENTHALER *et al.*, 2005; RIVERA *et al.*, 2003; KELLER *et al.*, 2009; FERNANDEZ *et al.*, 2004; OSSEALAER *et al.*, 2008; GONZÁLEZ, 1990).

A reação alérgica é apresentada, como o segundo tipo de incidente transfusional mais ocorrente, manifestada sobretudo por prurido e urticária (CALLERA *et al.*, 2004; MICHLIG *et al.*, 2003; SIEGENTHALER *et al.*, 2005; RIVERA *et al.*, 2003; KELLER *et al.*, 2009; FERNANDEZ *et al.*, 2004; OSSEALAER *et al.*, 2008; GONZÁLEZ, 1990).

Outros estudos destacam a maior ocorrência de reações alérgicas do que febris não hemolíticas (CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY, 2006; REBIBO *et al.*, 2004; STAINSBY *et al.*, 2004; SILVA *et al.*, 2006; GONZÁLEZ, 1990).

As reações febris não hemolíticas são muito comuns em pacientes que recebem transfusões sanguíneas, estão associadas à febre de 38°C ou o aumento de 1°C em relação à temperatura antes do início da transfusão, outro tipo de reação muito comum são as reações alérgicas, que apresentam sintomas como prurido e erupções cutâneas, contudo se estiverem combinadas com um quadro de hipotensão e redução da capacidade respiratória pode ser um indicativo de um choque anafilático sistêmico, normalmente estão ligadas a respostas de hipersensibilidade mediadas por IgE (Imunoglobulina E), que estão relacionadas ao sangue do doador, em sua maioria são de fácil tratamento e não representam riscos ao paciente (DASARARAJU *et al.*, 2015).

Alguns autores relacionam aquelas reações com a transfusão de plaquetas em número significativo de casos (STAINSBY *et al.*, 2004; WILLAERT *et al.*, 2008) e outros trabalhos não mencionam o tipo de hemocomponente envolvido (REBIBO *et al.*, 2004; SILVA *et al.*, 2006).

Observa-se a influência das plaquetas na ocorrência de reação transfusional quando comparada a incidentes advindos de transfusão de hemácias, plasma fresco congelado ou crioprecipitado (MICHLIG *et al.*, 2003; SIEGENTHALER *et al.*, 2005; STAINSBY *et al.*, 2004; RASONGLÉS *et al.*, 2009).

Um tipo não muito frequente de incidente transfusional, o edema pulmonar não cardiogênico ou *transfusion related acute lung injury* (TRALI) emerge como grande causa de morbidade e mortalidade, sendo o responsável por maior frequência de morte dentre os casos de reação notificados na Alemanha nos anos 1997 a 2007 (KELLER *et al.*, 2009). Ressalta-se que a origem da TRALI deve-se à presença de anticorpos antileucocitários no plasma de doadores, sobretudo nas mulheres doadoras.

O risco maior de ocorrência de TRALI está na transfusão de plasma fresco congelado e plaquetas (FUNG *et al.*, 2003; CHAPMAN *et al.*, 2009; STAINSBY *et al.*, 2006; FLESLAND, 2007).

Em estudo realizado na Inglaterra, entre 1996 e 2004, foram buscadas evidências laboratoriais em análise de sangue dos doadores de 96 casos suspeitos de TRALI, nos quais foram detectados anticorpos antileucocitários no plasma de 64 doadores entre os 96 casos analisados (WIN *et al.*, 2007). Os incidentes transfusionais imediatos são mais frequentes, após transfusões de hemocomponentes que não foram submetidos ao processo chamado leucorredução, em quem há redução dos leucócitos e citocinas presentes na bolsa de sangue. Além disso, observa-se que o número de notificações de reação transfusional imediata é maior em pacientes politransfundidos (PRUSS *et al.*, 2004; MARTINEZ *et al.*, 1997; OSSELAER *et al.*, 2008).

Outro tipo de reação que se pode citar é a TACO que é bem similar a TRALI, não existe um diagnóstico diferencial entre estas duas reações, na TACO o paciente apresenta sofrimento respiratório agudo, edema pulmonar e hipóxia, contudo o edema causado não tem ligação com causas de desequilíbrio hidrostático. Um fator de risco muito aceito para que se tenha uma reação deste gênero é a quantidade infundida no paciente, maiores volumes de plasma, que no caso de adultos se fazem necessária, pode aumentar significativamente o risco do desenvolvimento desta reação, (PANDAY *et al.*, 2012).

As reações tardias podem se apresentar através de púrpuras, esta reação está relacionada a uma brusca trombocitopenia que acontece entre 2 e 14 dias após a transfusão devido a plaquetas que possuem aloanticorpos que em pacientes que já tiveram contato prévio e foram sensibilizados com estes anticorpos, como gestantes e politransfundidos, que acabam desencadeando este tipo de resposta, o diagnóstico consiste em confirmar a presença destas plaquetas no soro do paciente, contudo este quadro é algo alto-limitante que em aproximadamente três semanas os índices de plaquetas estão normalizados, o paciente com este tipo de reação pode apresentar petéquias, púrpuras ou sangramento de mucosas, em casos raros é usado corticoides como a chave para o tratamento (DASARARAJU *et al.*, 2015).

Comentários sobre anticorpos imunogênicos

A terapia transfusional é um processo que mesmo com indicação precisa e administração correta, respeitando todas as normas técnicas preconizadas, envolve risco sanitário. A segurança e a qualidade do sangue e hemocomponentes devem ser assegurados em todo o processo, desde a captação de doadores até sua administração ao paciente (BARBOSA *et al.*, 2011).

Anticorpos ou imunoglobulinas são proteínas produzidas por linfócitos B que ocorrem naturalmente como parte do sistema imune adaptativo pelo reconhecimento de antígenos (ROQUE *et al.*, 2004). Anticorpos se fixam em moléculas alvo com alta afinidade e especificidade, esta

característica fez com que pesquisadores aceitassem a sua utilização como potente imunoterápico. Desde a sua descoberta, os anticorpos tem sido utilizados como terapêuticos de doenças infecciosas, especialmente bacterianas, como observado inicialmente por von Bhering e Kitasato em seus estudos com a difteria. A partir daí, inúmeros trabalhos foram realizados com outras bactérias (CASADEVALL, SCHARFF, 1994; CASADEVALL, SCHARFF, 1995).

Estes anticorpos usados em soroterapia eram, inicialmente, anticorpos policlonais. Em meados da década de 1930, com o advento da penicilina e o acúmulo de resultados a despeito dos efeitos indesejáveis de imunoterapias bacterianas, os anticorpos caíram em desuso e foram estritamente utilizados contra toxinas bacterianas (CASADEVALL, 1996).

Apesar da sua eficiência na marcação e eliminação de alvos específicos, os anticorpos não eram economicamente atrativos para a indústria farmacêutica, principalmente devido ao seu elevado custo de produção, a sua dificuldade em ser produzido em larga escala, aos efeitos indesejáveis ocasionados pelo constante uso, pela múltipla especificidade de diferentes isotipos existentes no soro. Além disso, problemas com o soro hiperimune incluíam a elevada variação entre lotes, anticorpos com baixa especificidade e riscos na transmissão de doenças infecciosas. Imunoglobulinas comercialmente avaliadas diferiam na sua capacidade de opsonização (WRIGHT *et al.*, 1992; FELTON 1928; WEISMAN *et al.*, 1994; SLADE, 1994). Esses problemas motivaram a produção de anticorpos com especificidade única e em larga escala.

Em 1975, a tecnologia de hibridomas foi desenvolvida se tornando um importante passo para a produção de anticorpos monoclonais, retomando o interesse pela indústria farmacêutica (KÖHLER, MILSTEIN, 2004).

Os anticorpos monoclonais (Mabs) diferem dos policlonais em vários aspectos, os Mabs são gerados *in vitro* pela técnica de hibridoma ou de DNA recombinante. Mabs são imunoglobulinas homogêneas que, por definição, reconhecem um epítipo e tem atividade específica mais elevada do que preparações com anticorpos policlonais. Em vias gerais, formulações de Mabs são superiores aos policlonais em relação à homogeneidade, constância, atividade específica e, possivelmente, segurança (CASADEVALL, 1996)

O fator Rh (D) é o mais imunogênico após o grupo ABO, ele é responsável por causar a doença hemolítica do recém-nascido, quando a mãe é Rh (D) negativo e o feto acaba sendo Rh (D) positivo em função do grupo sanguíneo do pai, esta patologia é responsável por muitas mortes de fetos e recém-nascidos. As principais proteínas imunogênicas expressas na membrana das hemácias são o RhD e o Rhc. O grupo Rh está definido nos seguintes subtipos, D, C/c e E/e, sendo o D o mais perigoso, responsável por produzir anticorpos anti D em 80% das pessoas que tiverem contato entre Rh negativo e positivo (CRUZ *et al.*, 2011).

No caso, os anticorpos que não são do grupo ABO podem causar uma reação transfusional tardia que pode levar ou não o paciente a apresentar um quadro de hemólise, contudo a demora de resposta do organismo pode fazer com que a equipe médica a confunda com outra patologia de base do paciente, não elucidando este tipo de evento adverso (FLEGEL, 2015).

Quando tem a infusão de um tipo sanguíneo incompatível a resposta do organismo será imediata, e sua gravidade estará ligada a quantidade de sangue infundida, este é o terceiro tipo de reação mais letal em terapias transfusionais, já as reações referentes à infusão de plasma incompatível são raramente fatais, pois acaba tendo uma competição entre os antígenos do do-

ador e do receptor, este tipo de evento adverso não tem muitos efeitos clínicos conhecidos por isso é difícil sua identificação (FLEGEL, 2015).

O estudo de Panday *et al.* (2012), descreve que reações hemolíticas podem acontecer por incompatibilidade ABO das células vermelhas com o plasma ou plaquetas do doador, normalmente este tipo de erro acontece por identificação equivocada do paciente e mesmo um pequeno volume infundido pode desencadear uma grande reação, pois acaba ativando o sistema complemento, para diminuir os riscos, os doadores são submetidos a testes de Anti – A, anti – B e também a titulação destes anticorpos, qualquer possibilidade de incompatibilidade a infusão deve ser descartada. Sabe-se que pacientes que recebem transfusão de sangue são mais propensos a terem sua internação prolongada quando comparados com aqueles que não são submetidos a este tipo de procedimento. Além disso, a transfusão de derivados do sangue é tida como indutora de imunossupressão, (MARVULO *et al.*, 2006).

Flegel (2015), considerando as reações que um anticorpo pode causar, a magnitude da reação causada por sua ativação vai depender de muitos fatores, como sua classe, subclasse, a eficiência ao ativar o sistema complemento e pode-se citar também a amplitude térmica, considerando que anticorpos da classe IgM são denominados imunoglobulinas frias que reagem entre 4° a 25 °C, e imunoglobulinas quentes como anticorpos do tipo IgG reagem melhor a 37 °C, porém esta ativação também pode acontecer em menores temperaturas.

Quando se fala da especificidade de um anticorpo, define-se a qual antígeno ele se ligará, estes antígenos estão distribuídos através tecidos ou fluidos do organismo, os anticorpos mais imunogênicos do sangue são anti – A e anti – B, que podem acabar reagindo contra o antígeno infundido no paciente gerando uma resposta do organismo.

Panday *et al.* (2012), ao citar os riscos de se utilizar plasma para terapias transfusionais, além dos riscos de hemólise, deve-se considerar as possibilidades de contaminação por algum microrganismo, que a cada década vem diminuindo em função dos testes realizados no soro do paciente e o avanço da sensibilidade destes, hoje alguns procedimentos como tratar as bolsas de sangue com antibiótico, luz UV e outras substâncias acabam sendo técnicas extremamente eficazes, entretanto os vírus não envelopados podem resistir a estes processos e causar uma infecção, alguns exemplos são: o HIV e o parvovírus B.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho de conclusão de curso cujo título é “Possibilidade de reações em transfusão decorrente de anticorpos imunogênicos” pode se observar que essa prática transfusional é uma terapêutica amplamente utilizada no âmbito da saúde, sendo a transfusão sanguínea um evento irreversível havendo inegáveis benefícios, mas que também envolve riscos relativos ao receptor, por se tratar de um produto biológico de origem humana, que por vezes podem ser severos e colocar a vida do paciente em risco.

A transfusão sanguínea, em algumas situações, pode representar a única maneira de melhorar rapidamente uma grave condição. Esta é considerada o tipo mais comum de transplante e é realizada em milhões de indivíduos todos os anos.

Mesmo quando com indicação precisa e administração correta, a transfusão sanguínea

pode levar a reações adversas. A reação adversa transfusional é definida como um efeito ou resposta indesejável, temporalmente associada com a administração de sangue ou hemocomponente.

A transfusão de hemocomponentes, enquanto terapia, ainda que indicada pelo contexto clínico e para que os resultados sejam satisfatórios, é imperativa a administração correta de acordo com as normas técnicas preconizadas. Visto que, as transfusões sanguíneas envolvem risco sanitário e podem ocasionar potenciais incidentes transfusionais.

As reações transfusionais podem ser classificadas de acordo com a gravidade, com o tempo de sua manifestação ou com sua causa. As complicações agudas graves que ameaçam a vida são mais raras, enquanto as reações leves são mais comuns, ocorrendo como consequência da transfusão de sangue ou hemocomponente, durante ou após a sua administração, sendo relatadas na prática clínica rotineira. Elas podem ser assim classificadas em imediatas, que ocorrem em até 24 horas da hemotransfusão, ou tardias que ocorrem após este período.

Nesse caso, diante do que foi exposto, nos textos dentro do desenvolvimento percebe-se que os incidentes ou reações de transfusão de sangue podem ser representadas por qualquer sinal ou sintoma causado pela terapia transfusional, ou por outras não conformidades nos procedimentos hemoterápicos, durante todo ciclo do sangue, tais como: elevação da temperatura basal em valores iguais ou superiores a 1°C, após iniciada a transfusão; calafrios; dor no peito, no abdome ou na região lombar; alterações de pressão arterial; desconforto respiratório; náuseas com ou sem vômitos; alterações cutâneas, hemoglobinúria, choque, entre outros.

Nesse caso, compreende-se que a transfusão sanguínea é um processo que mesmo sendo realizado dentro de todas as normas técnicas preconizadas, envolve um grande risco sanitário e para o paciente, com a ocorrência potencial de incidentes transfusionais.

Desta forma, percebe-se que a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, no entanto, não está livre da ocorrência de riscos. Complicações relacionadas à transfusão podem ocorrer, e algumas delas podem trazer sérios prejuízos aos pacientes, inclusive fatais. Entre as chamadas reações transfusionais estão às hemolíticas agudas, as anafiláticas, as febris não hemolíticas, as complicações pulmonares, o desequilíbrio eletrolítico, as sepsis bacterianas, a hipotermia, a doença do enxerto versus hospedeiro, a aloimunização, a sobrecarga de volume, a sobrecarga de ferro e a imunossupressão. Vários fatores podem contribuir para aumentar as chances de o paciente experimentar uma complicação relacionada à transfusão.

O que se observa também é que mesmo tomando todas as precauções e cuidados, em alguns casos ocorrem algumas reações que dão origem a algum outro tipo de doença e que traz consequências para as pessoas. Neste artigo buscou-se esclarecer sobre a possibilidade de ocorrerem reações transfusionais em decorrência de anticorpos imunogênicos, contudo, ainda necessita-se estudar mais sobre esse tema, visando dessa forma, ter uma resposta imediata quando acontecerem estes incidentes nas transfusões de sangue.

REFERENCIAS

- ABBAS AK, LICHTMAN AH. *Imunologia Celular e Molecular*. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
- AGOSTINI, D. Polimorfismo no sistema imune e a formação de inibidores anti-fator VIII em pacientes com hemofilia A grave no Rio grande Do Sul. 2011. 98 páginas. Dissertação submetida para a obtenção do título de Mestre em Genética e Biologia Molecular. Porto Alegre, 2011.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual técnico de hemovigilância. Brasília: ANVISA; 2004. [Série A. Normas e Manuais Técnicos].
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Hemovigilância: Manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Brasília: ANVISA; 2007.
- ATTERBURY C, WILKINSON, J. Blood transfusion. *Nurs Stand*. 2000;14(34):47-52.
- AZIZI S. *et al*. Prevalence of Acute Blood Transfusion Reactions in Mazandaran Heart Center, Sari, Iran, 2010-2012. *Med Arh*. 68(2):132-134. April- 2014
- BARBOSA S. M. *et al*. Enfermagem e a prática hemoterápica no Brasil: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*.24(1): 132-6. 2011
- BELEM L.F. *et al*. Descrição Transfusionais Imediatas na Fundação Assistencial da Paraíba, Brasil. *Rev B.S.Publica Miolo*. V 34 _ n 4. 2011.
- BESERRA M.P. *et al*. Reações Transfusionais em um Hospital Cearense Acreditado: Uma abordagem em Hemovigilância. *Arquivos de Medicina*. 28[4]:99-103. 2014
- BIHL, CASTELLI D, MARINCOLA, DODD RY, BRANDER C. Transfusion-transmitted infections. *J Transl Med*. 2007;5:25.
- BLIEDEN C. *et al*. Anaphylactic reaction to platelet transfusion as the initial symptom of an undiagnosed systemic mastocytosis: a case report and review of the literature. *Blieden et al. Journal of Medical Case Reports*, 8:389. 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para o uso de hemocomponentes. Brasília [Internet]. 2010 [cited 2013 Dec 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Brasília; 2007 [cited 2013 Dec 15]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/17386000474_581_6_98db3dd3fbc4c673_5/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf?MOD=AJPERES
- BRECHER ME, HAY SN. Bacterial contamination of blood components. *Clin Microbiol Rev*. 2005;18(1):195–204.
- CALLERA, SILVA AC, MOURAA, MELO DB, MELO CM. Descriptions of acute transfusion reactions in a Brazilian transfusion service. *Rev Bras.Hematol.Hemoter*. 2004;26(2): 78-83.
- CHAPMAN CE, STAINSBY D, JONES H, LOVE E, MASSEY E, WIN N, *et al*. Ten years of hemovigilance reports of transfusion-related acute lung injury in the United Kingdom and the impact of preferential use

of male donor plasma. *Transfusion*. 2009;49(3):440-52.

CLIMENT-PERIS C, VÉLEZ-ROSARIO R. Immediate transfusion reaction. *P R Health Sci*. 2001;20(3):229-35.

CRUZ *et al.* (2011) Incidência de aloimunização eritrocitária em pacientes politransfundidos. *Einstein* 2011;9(2 Pt 1):173-8

CUNHA JUNIOR GS. Prevalência da contaminação bacteriana em concentrados de plaquetas do serviço de hemoterapia de um hospital universitário em Goiânia-GO. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2007;29(4):425-6.

CURCIOLI A.C. *et al.* Infusion of Hematopoietic Stem Cells: Types, Characteristics, Adverse and Transfusion Reactions and the Implications for Nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Jul-Aug; 18(4):716-24. 2010

FERNANDEZ LUIS Y, CEDRE HERNÁNDEZ T, ZAMORA RODRÍGUEZ L. Reacciones adversas postransfusionales a componentes sanguíneos. *Rev Cubana. Farm*. 2004;38(2).

FILHO R.C *et al.* Transfusão de hemácias em terapia intensiva: controvérsias entre evidências. *Rev Bras Ter Intensiva*. 21(3):315-323. 2009

FLEGEL W. Pathogenesis and mechanisms of antibody-mediated hemolysis. *Transfusion*. Author manuscript; available in PMC 2016 July 01

FLESLAND O. A comparison of complication rates based on published haemovigilance data. *Intensive Care Med*. 2007;33 Suppl 1:S17–21.

FREITAS D. R. *et al.* Avaliação do Sistema Nacional de Hemovigilância dos Anos 2002 a 2005. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 18 (1): 179 - 186, 2010

FREITAS JV DE, ALMEIDA PC DE, GUEDES MVC *et al.* Perfil das reações transfusionais em pacientes pediátricos oncológicos. *Português/Inglês Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 8(9):3030-8, set., 2014

FUNG YL, GOODISON KA, WONG JK, MINCHINTON RM. Investigating transfusion-related acute lung injury (TRALI). *Intern Med J*. 2003;33(7):286-90.

GAMBERO *et at.* (2004) Frequência de hemolisina anti – A e anti – B em doares de sangue do hemocentro de Botucatu. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter*. 2004; 26(1): 28-34

GAUVIN F, LACROIX J, ROBILLARD P, LAPOINTE H, HUME H. Acute transfusion reactions in the pediatric intensive care unit. *Transfusion*. 2006;46(11):1899-908.

GONZÁLEZ C. Aloanticuerpos antileucocitarios y reacción transfusional no hemolítica en enfermos con hemoglobinuria paroxística nocturna. *Rev Cuba Hematol Imunol Hemoter*. 1990;6(1):139-41.

HASLER S. *et al.* Patient Safety Intervention to Reduce Unnecessary Red Blood Cell Utilization. *The American Journal of Managed Care*. V. 22. n°4. April 2016.

HERVE *et al.* Hemovigilance in France. *Rev.bras.hematol.hemoter*. 22(3): 368- 373. 2000

HERVÉ P, FLORIS MF, REBIBO D, MOREI P, ANDREU G. Hemovigilance in France. *Rev Bras*

Hematol Hemoter. 2000;22(3):368-73.

HINDAWI S. *et al.* The use of transfusion quality indicators as a tool for hemovigilance system implementation at a tertiary care center in Saudi Arabia. Saudi Med J 2016. Vol. 37 (5).

HOEVEN L. R. *et al.* Protocol for a national blood transfusion data warehouse from donor to recipient. BMJ Open 2016;6: e010962. doi:10.1136/bmjopen-2015- 010962

KELLER-STANISLAWSKI B, LOHMANN A, GÜNAY S, HEIDEN M, FUNKMB. The german haemovigilance system – reports of serious adverse transfusion between 1997 and 2007. Transfus Med. 2009;19 (6):340-9.

KÖHLER G, MILSTEIN C. Continuous cultures of fused cells secreting antibody of predefined specificity. Nature. 1975; 256, 495-497 apud Pasqualini R, Arap W. Hybridoma-free generation of monoclonal antibodies. PNAS. 2004; 1, 257-259.

KWON J.R. *et al.* Serious Adverse Transfusion Reactions Reported in the National Recipient-Triggered Trace Back System in Korea (2006-2014). Ann Lab Med 2016; 36:335-341 <http://dx.doi.org/10.3343/alm.2016.36.4.335>.

LEIRIA, L. B. Estudo de duas inversões (INV1 e INV2) no gene do fator VIII e o desenvolvimento de inibidores contra o FVIII em hemolíticos A grave no rio grande do sul. 2008. 100 páginas. Dissertação submetida para a obtenção do título de Mestre em Genética e Biologia Molecular. Porto Alegre, 2008.

MARTINEZ M, FALLAS AV, CONTRERAS P, FONSECA J. Reacciones transfusionales en el Hospital Nacional de Niños, entre abril de 1992 y abril de 1993. Rev Méd Hosp Nac Niños Dr Carlos Saenz Herrera. 1997;32(1-2):17-25.

MOTA D. M. *et al.* Avaliação do Sistema de Vigilância Sanitária do Sangue. NETO A. L. *et al.* Incidentes Transfusionais Imediatos: Revisão Integrativa da Literatura. Acta Paul Enferm. 25(1):146-150. 2012

OKNAIAN S, REMESAR M, FERRARO L, POZO AE. Evaluación externa del desempeño em el tamizaje de bancos de sangre em Argentina: resultados y estrategias para mejorarlo. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2003 [cited 2013 Dec 16];13(2/3):149-53. Disponível em: http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:publications.paho.org:5101eoai_iden=oai_revista107

OSSELAER JC, CAZENAVE JP, LAMBERMONT M, GARRAUD O, HIDAJAT M, BARBOLLA L, *et al.* An active haemovigilance programme characterizing the safety profile of 7437 platelet transfusions prepared with amotosalen photochemical treatment. Vox Sang. 2008;94(4):315–23.

PANDAY S. *et al.* Adverse Effects of Plasma Transfusion Suchitra Pandey1. Transfusion. 2012 May; 52(Suppl 1): 65S–79S. doi:10.1111/j.1537- 2995.2012.03663. x.

PEDROSA A.K. *et al.* Blood transfusion reactions in children: associated factors. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. 89(4):400–6. 2013

PROIETTI A. N *et al.* Hemovigilância: verificação final da qualidade da transfusão? Rev. bras. hematol. Hemoter. 30(3):173-176. 2008

PRUSS A, KALUS U, RADTKE H, KOSCIELNY J, BAUMANN-BARETTI B, BALZER D, *et al.* Universal leukodepletion of blood components results in a significant reduction of febrile non hemolytic but not allergic transfusion reactions. Transfus Apher Sci. 2004;30(1):41–6.

RASONGLÈS P, ANGELINI-TIBERT MF, SIMON P, CURRIE C, ISOLA H, KIENTZ D, *et al.* Transfusion of platelet components prepared with photochemical pathogen inactivation treatment during a Chikungunya virus epidemic in Ile de La Réunion. *Transfusion*. 2009; 49(6):1083-91.

REBIBO D, HAUSER L, SLIMANI A, HERVÉ P, ANDREU G. The French Haemovigilance System: organization and results for 2003. *Transfus Apher Sci*. 2004;31(2):145–53.

ROQUE ACA, LOWE CR, TAIPA MA. Antibodies and genetically engineered related molecules production and purification. *Biotechnol. Prog*. 2004, 639-654.

SHAHSHAHANI H.J *et al.* Status of Transfusion Medicine Education in Iran. *Arch Iran Med*.19(6): 439 – 445. 2016

SITE DA IMAGEBANK.HEMATOLOGY.ORG. Imagem de doenças. Disponível em: <<http://www.imagebank.hematology.org>>. Acesso em: jan.2018.

SLADE HB. Human immunoglobulins for intravenous use and hepatitis C viral transmission. *Clin Diagn Lab Immunol*. 1994; 1: 613-9.

SOUZA H. M. The role of hemovigilance as a mechanism to increase transfusion safety. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 33(5):328-36. 2011. STAINSBY *et al* *British Journal of Hematology*, 131, 8-12. 2005

SOUSA NETO, Adriana Lemos de, BARBOSA, Maria Helena, Incidentes transfusionais imediatos: revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem* [en linea] 2012, 25 (Sin mes): [Fecha de consulta: 27 de enero de 2018] Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023882025>> ISSN 0103-2100

STAINSBY D, WILLIAMSON L, JONES H, COHEN H. 6 Years of shot reporting—its influence on uk blood safety. *Transfus Apher Sci*. 2004;31(2):123–31.

STAINSBY D, JONES H, ASHER D, ATTERBURY C, BONCINELLI A, BRANT L, *et al.* Serious hazards of transfusion: a decade of hemovigilance in the UK. *Transfus Med Rev*. 2006;20(4):273-82.

WEISMAN LE, CRUESS DF, FISCHER GW. Opsonic activity of commercially available standard intravenous immunoglobulin preparations. *Pediatr Infect Dis. J* 1994; 13:1122-5.

WENDEL, S. Guia de condutas hemoterápicas. 2. ed. São Paulo: Sociedade Beneficente de Senhoras: Hospital Sírio e Libanês [Internet]. 2010 [cited 2013 Dec 13]. Disponível em: <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/banco-desangue/PublishingImages/guia-de-conduta.pdf>

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois sem ele eu não teria forças para essa jornada. Agradeço aos meus colegas com quem convivi nesse período, as experiências trocadas foram de grande valia nessa trajetória. Agradeço ao amigo e mestre Alexandre Gomes Vizzoni por compartilhar seus conhecimentos que ajudaram no aprimoramento da minha formação profissional.

Protocolos de mobilização precoce utilizados em unidade de terapia intensiva: intervenções e efeitos na Síndrome do Imobilismo

Yuri Sena Melo

Pós graduando em fisioterapia neurofuncional / UFAM

Vitória Sampaio Confessôr

Pós graduanda em fisioterapia intensiva / Núcleo avançado de desenvolvimento do Cariri

Filipe Santos Monteiro

Pós-graduando em fisioterapia na unidade de terapia intensiva / Centro Universitário Tabosa de Almeida

Alicea Ferreira de Brito

Graduanda em fisioterapia / Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão

Ezequias Alexandre da Silva Mendes

Graduando em fisioterapia / Centro Universitário Brasileiro

Sabrina da Silva Nascimento

Pós graduanda em Fisioterapia Intensiva / FacuMinas

Isabela Carolina Leal Arruda

Graduanda em fisioterapia / Centro Universitário Maurício de Nassau

Bianca Lima Melo da Silva

Graduando em fisioterapia pela universidade CEUMA

Aline Gislayne da Silva Lima

Graduada em Fisioterapia / Faculdade de Integração do Sertão

Harysson Rodrigues de Paiva

Graduando em fisioterapia / Faculdade Rodolfo Teófilo

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.3

RESUMO

Pacientes acamados em enfermarias ou unidade de terapia intensiva são propensos aos riscos de desenvolverem síndrome do imobilismo. Esta síndrome causa diversos problemas sistêmicos, levando o indivíduo a aumentar o tempo de internação e conseqüentemente diminuição da expectativa de vida. Vários estudos já demonstraram que protocolos de fisioterapia, bem planejados, diminuem os efeitos deletérios da síndrome do imobilismo. O objetivo desta pesquisa é reunir as principais evidências científicas sobre essa temática e verificar os principais efeitos de protocolos de mobilização precoce em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. A pergunta de pesquisa foi estruturada assim: pacientes internados em unidade de terapia intensiva expostos a protocolos de mobilização precoce melhoram a sua capacidade funcional? A busca dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: SciELO, Pubmed, PEDro, MEDLINE (via BVS) e Science Direct através dos descritores e correlatos encontrados no Medical Subject Heading (MeSH): Unidade de terapia intensiva, síndrome do imobilismo, modalidades da fisioterapia e mobilização precoce. Combinados entre si por meio do operador booleano “AND” e “OR” Ao todo, 4 artigos compuseram esta revisão e foi observado que a maioria deles apoiam o uso da fisioterapia em pacientes com riscos de síndrome do imobilismo e as principais intervenções realizadas foram: exercício de amplitude de movimento, treino resistido, alongamentos e exercício aeróbico no cicloergômetro.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva. pacientes. síndrome do imobilismo.

ABSTRACT

Patients bedridden in wards or intensive care units are at risk of developing immobility syndrome. This syndrome causes several systemic problems, leading the individual to increase hospitalization time and consequently decrease life expectancy. Several studies have already demonstrated that well-planned physical therapy protocols reduce the deleterious effects of immobility syndrome. The objective of this research is to gather the main scientific evidence on this topic and verify the main effects of early mobilization protocols in patients hospitalized in intensive care units. The research question was structured as follows: do patients admitted to an intensive care unit exposed to early mobilization protocols improve their functional capacity? The search for articles was carried out in the following databases: SciELO, Pubmed, PEDro, MEDLINE and Science Direct through the descriptors and correlates found in the Medical Subject Heading (MeSH): Intensive care unit, immobility syndrome, modalities physiotherapy and early mobilization. Combined with each other using the Boolean operator “AND” and “OR” In all, 4 articles made up this review and it was observed that most of them support the use of physical therapy in patients at risk of immobility syndrome and the main interventions performed were: range of motion exercise, resistance training, stretching and aerobic exercise on the cycle ergometer.

Keywords: intensive care unit. patients. immobility syndrome.

INTRODUÇÃO

A síndrome do imobilismo é definida como um evento de modificações que ocorrem no ser humano quando se encontra por muito tempo acamado. Ela acomete vários sistemas como musculoesquelético, gastrointestinal, urinário, cardiovascular, respiratório e cutâneo (SILVA e

MEIJA, 2012; CINTA, MENDONÇA e ROSSI, 2013; SILVA, MAYNARD, CRUZ, 2010; ALENCAR e ANDRADE, 2017). Nos últimos anos, o aumento de hospitalização de pacientes em unidade de terapia intensiva decorreu de várias causas como: doenças do sistema respiratório, insuficiência respiratória, doenças do sistema cardiovascular e doenças neurológicas. (FEIJÓ *et al.*, 2006; DAMASCENO *et al.*, 2006)

Unidade de terapia intensiva (UTI) é uma área hospitalar responsável pela assistência de paciente de alta complexidade o qual necessita de monitoramento 24 horas por dia, sempre com apoio de vários profissionais de saúde e diversos recursos especializados para manutenção da sobrevivência do paciente. O paciente quando é mantido internado por bastante tempo em uma UTI gera altos custos financeiros hospitalares (OLIVEIRA, DIAS e MELLO, 2010; CURZEL *et al.*, 2013).

Além disso, o repouso prolongado desses pacientes criticamente enfermos aumenta, ainda mais o tempo de internação pois acarreta vários problemas sistêmicos como: úlcera por pressão, contraturas articulares, fraqueza muscular, perda da massa óssea e problemas respiratórios. Devido esses fatores de riscos poderão ocorrer complicações durante o período de hospitalização e com isso ocorrer um declínio funcional acarretando déficit em sua qualidade de vida. (BROWER, 2009; MARAMATTO, 2006; MORAES, 2010)

Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos da mobilização precoce em pacientes críticos e restrito ao leito, dentre os principais recursos mais utilizados da fisioterapia estão: exercício passivo (MACHADO *et al.*, 2017); exercícios com o cicloergômetro (COUTINHO *et al.*, 2010) e estimulação elétrica (FOSSAT *et al.*, 2018). Nesse contexto, os exercícios terapêuticos são bastante fundamentais na maioria dos planos de tratamento fisioterapêutico, e tem finalidade de diminuir o tempo de hospitalização e reduzir as incapacidades funcionais causadas pela síndrome do imobilismo.

Portanto, devido às alterações sistêmicas apresentadas pelo paciente acamado e as suas consequências, as quais poderão ocorrer em virtude desta síndrome, ressalta a relevância do profissional fisioterapeuta com a finalidade de melhorar a funcionalidade e com isso proporcionar qualidade de vida nesses pacientes. Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é reunir as principais evidências científicas sobre essa temática e verificar os principais efeitos de protocolos de mobilização precoce em pacientes internados em unidades de terapia intensiva.

MÉTODO

Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão da literatura.

Pergunta de pesquisa

O acrônimo PECO (Population, Exposition, Comparison, Outcome,) foi utilizado para a formulação da pergunta de pesquisa. A pergunta de pesquisa foi estruturada assim: pacientes internados em unidade de terapia intensiva expostos a protocolos de mobilização precoce melhoram a sua capacidade funcional?

Tabela 1 - Formulação da pergunta de pesquisa de acordo com PECO.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Pacientes internados em unidade de terapia intensiva
E	Exposição	Expostos a protocolos de mobilização precoce
C	Comparador	Comparados com ou sem grupo controle
O	Desfecho	Quaisquer desfechos que tenham relação com a capacidade funcional.

Fonte: próprios autores

Critérios de elegibilidade

Foi incluído estudos clínicos ou revisões nos idiomas inglês, português ou espanhol com indivíduos que se enquadram nos seguintes critérios: (1) indivíduos internados em unidade de terapia intensiva; (2) que realizaram protocolos de mobilização precoce; (3) a variável principal investigada foram quaisquer relacionadas a capacidade funcional. Foram excluídos artigos que preenchessem qualquer dos critérios a seguir: a) estudo de caso; b) série de caso; c) monografias, d) dissertações, e) estudos publicados em anais de eventos; g) artigos sem acesso na íntegra.

Estratégia de busca e fonte de informações.

Todo o processo foi realizado em busca ultrasensível, a fim de evitar a perda de potenciais estudos. Quando possível. Foram pesquisadas as bases de dados, SciELO, Pubmed, PEDro, MEDLINE (via BVS) e Science Direct através dos descritores e correlatos encontrados no Medical Subject Heading (MeSH): Unidade de terapia intensiva, síndrome do imobilismo, modalidades da fisioterapia e mobilização precoce. Combinados entre si por meio do operador booleano “AND” e “OR”

Seleção dos estudos e extração dos dados

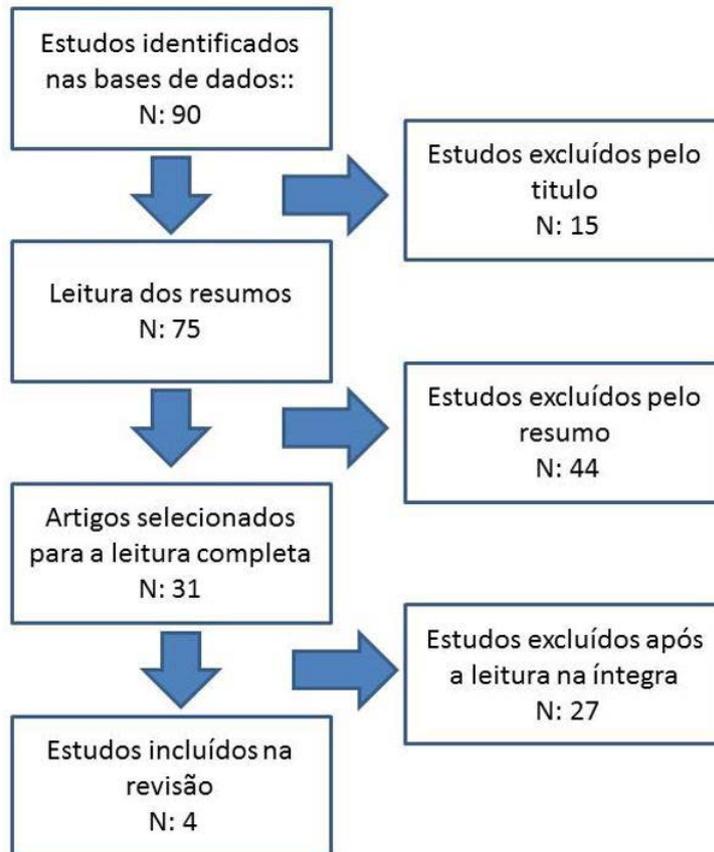
O processo de busca dos estudos primários foi realizado por três pesquisadores distintos, e dividido em fases: Identificação, Triagem e Inclusão. Na primeira fase (Identificação) foi realizada a busca nas bases de dados utilizando os descritores e os filtros. Após a identificação da quantidade dos estudos, foi realizada a remoção dos artigos repetidos. Na segunda fase (Triagem) foi realizada a seleção dos estudos após a leitura dos títulos, resumos e leitura completa dos textos, baseada nos critérios de inclusão/exclusão. Os artigos excluídos são apresentados juntamente com os motivos da exclusão. Na terceira fase foi realizada a seleção final dos estudos incluídos para a análise. Após a seleção final, os dados foram extraídos e as características dos estudos incluídos foram discriminadas: autores, ano de publicação, período do estudo, país, desenho do estudo, população, objetivo principal e variáveis estudadas.

RESULTADOS

Estudos identificados

A partir da estratégia de busca, realizada pelos autores, foram identificados 85 artigos. Desses, 55 foram excluídos após a leitura do título e 16 foram excluídos a partir da leitura dos resumos. Assim, 14 artigos foram selecionados para a leitura na íntegra, e desses 10 foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. O fluxograma da seleção se encontra esquematizado na Figura 1

Figura 1 – Fluxograma da busca dos estudos



A tabela 1 descreve os principais objetivos dos estudos incluídos nesta revisão. De modo geral, dois estudos pesquisaram sobre os efeitos da mobilização precoce em pacientes críticos em unidade de terapia intensiva (SOUZA *et al.* 2021; SARAIVA, CARDOSO E FERNANDES, 2017); um estudo teve o objetivo de identificar as contribuições da fisioterapia para prevenção da síndrome do imobilismo em idosos (RAMOS *et al.* 2021) e um estudo avaliou os resultados funcionais e a segurança do paciente submetido a protocolos de fisioterapia motora (ADLER E MALONE, 2012).

Tabela 1 - Descrição dos objetivos dos artigos

Autor	Objetivo do estudo
Ramos et al. 2021	Identificar na literatura as contribuições da fisioterapia para a prevenção de complicações pela síndrome do imobilismo em idosos.
Souza et al. 2021	Revisar de forma sistemática estudos que abordam os efeitos procedentes da mobilização precoce em pacientes adultos internados em Unidades de Terapia Intensiva.

Saraiva, Cardoso e Fernandes, 2017	Sistematizar o conhecimento das principais evidências científicas, abordando para análise treinamento físico e mobilização precoce no desmame de paciente crítico.
Adler e Malone 2012	Avaliar a literatura relacionada à mobilização do paciente crítico com ênfase nos resultados funcionais e na segurança do paciente

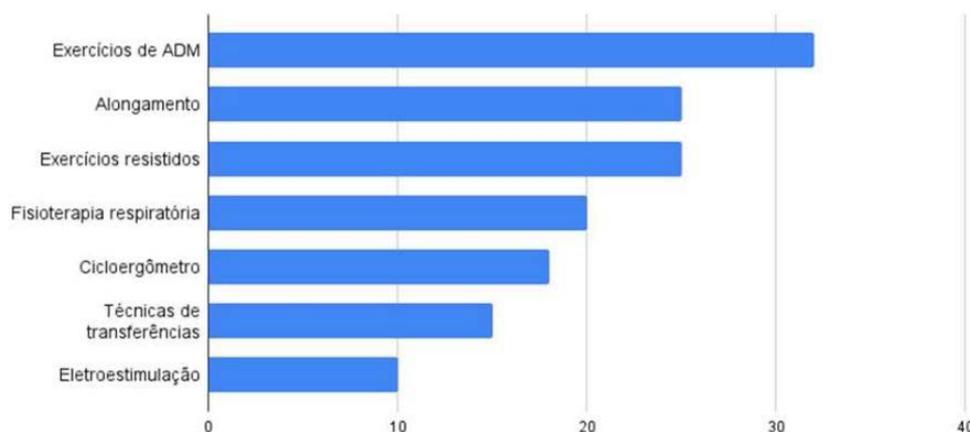
A tabela 2 descreve as principais condutas utilizadas nos estudos. De modo geral, a maioria dos recursos utilizados foram exercícios de amplitude de movimento, exercício resistido, eletroestimulação, treino de equilíbrio, posicionamento de membros inferiores e superiores, treino de transferência e exercício aeróbico com cicloergômetro.

Tabela 2 - Principais intervenções e efeitos dos artigos

Estudo	Principais intervenções	Efeitos
Ramos et al. 2021 7 estudos Incluídos	<ul style="list-style-type: none"> Exercício de amplitude de movimento ativo e passivo. Exercício resistido de membros inferiores e membros superiores. Eletroestimulação FES. Posicionamento de membros inferiores e membros superiores. Transferências de decúbito. 	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da força muscular. Melhora da amplitude de movimento. Melhora do equilíbrio. Melhora da propriocepção.
Souza et al. 2021 5 estudos incluídos	<ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia respiratória. Técnicas de reexpansão pulmonar. Diagonais de PNF em membros superiores e membros inferiores. Exercício ativo resistido. Exercício de amplitude de movimento passivo, ativo e ativo assistido. Técnicas de transferências. Exercício aeróbico com o uso do cicloergômetro. 	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da força muscular. Melhora da capacidade cardiorrespiratória. Melhora da força muscular inspiratória. Diminuição do tempo de internação.
Saraiva, Cardoso e Fernandes, 2017 9 artigos	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de fisioterapia respiratória. Técnicas de deambulação e subir e descer escadas. Exercício ativo resistido e passivo. Exercício aeróbico com uso de cicloergômetro. Treino de equilíbrio de tronco. Exercícios de amplitude de movimento de membros inferiores e superiores. Treino de descarga de peso parcial. 	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da força muscular. Diminuição do tempo de internação. Melhora da capacidade respiratória. Melhora da saturação. Diminuição do tempo de oxigenoterapia.
Adler e Malone 2012 10 artigos	<ul style="list-style-type: none"> Treino de transferências. Exercícios resistidos de membros inferiores e superiores. Exercícios de amplitude de movimento. Treino de equilíbrio. Treino de deambulação. Exercício aeróbico no cicloergômetro. 	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da saturação. Diminuição do tempo de internação. Melhora do equilíbrio. Melhora da força muscular. Diminuição do uso de oxigenoterapia.

Fazendo uma análise geral de todos os artigos que fizeram parte dos estudos de Ramos *et al.* 2021, Souza *et al.* 2012, Saraiva, Cardoso e Fernandes 2017 e Adler e Malone 2012. Foram observados que os principais recursos utilizados se encontram descritos na figura 2.

Figura 2 - Principais recursos utilizados



DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar e reunir as principais evidências científicas sobre as intervenções e efeitos de protocolo de fisioterapia em pacientes acamados da síndrome do imobilismo. A síndrome do imobilismo é a contribuição mais importante para incapacidade em longo prazo de paciente restrito ao leito. O fisioterapeuta é o profissional que vem atuando na minimização dos efeitos deletérios causados por esta síndrome.

O estudo de Ramos *et al.* (2021) tem o objetivo de identificar as contribuições do fisioterapeuta para prevenção de complicações pela síndrome do imobilismo em idosos. O autor demonstrou que recursos fisioterapêuticos associados à eletroterapia podem agregar diversos benefícios em idosos restritos ao leito. Um dos principais efeitos foi a melhora da força muscular periférica, melhora da amplitude de movimento, melhora do equilíbrio e melhora da propriocepção. Os exercícios terapêuticos geram benefícios da capacidade funcional e conseqüentemente psicológica (SILVA, MAYNARD E CRUZ, 2010; FRANÇA *et al.*, 2012). Por outro lado, quando exercícios terapêuticos são associados a eletroterapia de baixa frequência, ocorre uma potencialização dos efeitos (CINTRA *et al.*, 2013; SILVA, MAYNARD e CRUZ, 2010).

Corroborando com os achados de Ramos *et al.* (2021), Souza *et al.* (2021), revisou sistematicamente diversos estudos só quais abordaram os efeitos da mobilização precoce em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva e concluiu que a mobilização precoce é de suma importância para os desfechos pós-alta, tanto para UTI e Hospital. Os principais efeitos encontrados foram: diminuição do tempo de internação, melhora da capacidade cardiorrespiratória e melhora da força muscular periférica. Entretanto o autor sugere novas pesquisas a qual procurem investigar mais a fundo os benefícios de forma isolada. Todavia, na prática clínica devemos elaborar uma boa avaliação do paciente e as suas principais necessidades para posteriormente traçar objetivos e condutas, respeitando sempre a sua individualidade biológica.

Na revisão realizada por Saraiva, Cardoso e Fernandes (2017), a autora incluiu 9 artigos que em sua grande maioria utilizavam os seguintes recursos de exercícios terapêuticos em pacientes críticos: fisioterapia respiratória, técnicas de reexpansão pulmonar, diagonais de PNF em membros superiores e em membros inferiores, exercícios resistidos, exercícios de amplitude de movimento, técnicas de transferências e treino de descarga de peso. Podemos observar que a fisioterapia tem um arsenal de recursos disponíveis para um bom tratamento cinesiológico fun-

cional os quais se for bem realizado por um profissional capacitado, esses recursos são capazes de prevenir encurtamentos, fraqueza muscular, deformidades osteomioarticulares e problemas respiratórios, gerando assim qualidade de vida e diminuição do tempo de internação dessa população (MORRIS *et al.*, 2008; RODRIGUES *et al.*, 2017).

A imobilidade, por muito tempo no leito é bastante prejudicial a recuperação do paciente internado, visto que ocorrem várias alterações sistêmicas, entretanto protocolos de exercícios devem ser feitos com muito cuidado. Diante disso, o estudo de Adler e Malone (2012), teve o objetivo de avaliar a literatura relacionada a mobilização do paciente crítico com ênfase nos resultados funcionais e na segurança do paciente. O autor concluiu que existem números limitados de estudos que examinam a mobilização precoce de pacientes críticos na unidade de terapia intensiva. No entanto, os estudos apoiam o uso da mobilização precoce e a fisioterapia como intervenção segura e eficaz que pode ter um impacto significativo nos seguintes desfechos funcionais: melhora da saturação, melhora do equilíbrio, diminuição do uso de oxigenoterapia, melhora da força muscular periférica e diminuição do tempo de internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados nesta pesquisa demonstraram que a fisioterapia motora e respiratória promovem bons resultados no desempenho da capacidade funcional principalmente na melhora da força muscular periférica, capacidade cardiorrespiratória, diminuição do tempo de internação. Por outro lado, os autores foram unânimes ao sugerir novas pesquisas sobre esta temática, devido alguns estudos sugerem de média qualidade metodológica. Além disso, é bom ressaltar que nenhum dos pesquisadores relatou intercorrência durante o tratamento, o que sugere que este recurso é extremamente útil, seguro e eficaz para reabilitação de pacientes internados com risco de síndrome do imobilismo.

REFERÊNCIAS

- ADLER, Joseph; MALONE, Daniel. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulmonary physical therapy journal*, v. 23, n. 1, p. 5, 2010
- ALENCAR, Livia Raquel Ribeiro de; ANDRADE, Fabrícia Castelo Branco de. Redução das complicações do imobilismo no paciente acamado através da atuação multiprofissional: projeto de intervenção. 2017
- BROWER, Roy G. Consequences of bed rest. *Critical care medicine*, v. 37, n. 10, p. S422-S428, 2009.
- CINTRA, Mariana Molinar Mauad *et al.* Influência da fisioterapia na síndrome do imobilismo. In: *Colloquium Vitae*. ISSN: 1984-6436. 2013. p. 68-76.
- CINTRA, Mariana Molinar Mauad *et al.* Influência da fisioterapia na síndrome do imobilismo. In: *Colloquium Vitae*. ISSN: 1984-6436. 2013. p. 68-76.
- CURZEL, Juliane; FORGIARINI JUNIOR, Luiz Alberto; RIEDER, Marcelo de Mello. Avaliação da independência funcional após alta da unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 25, p. 93-98, 2013.
- DA SILVA, Karen Alessandra Correa; MEJIA, Dayana Priscila Maia. A importância da fisioterapia na redução da síndrome do imobilismo em pacientes acamados. 2010.

- DAMASCENO, Moyzes Pinto Coelho Duarte *et al.* Ventilação mecânica no Brasil: aspectos epidemiológicos. *Revista brasileira de terapia intensiva*, v. 18, p. 219-228, 2006.
- DE MORAES, Edgar Nunes; MARINO, M. C.; SANTOS, Rodrigo Ribeiro. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais*, v. 20, n. 1, p. 54-6, 2010.
- FEIJÓ, Carlos Augusto Ramos *et al.* Gravidade dos pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva de um hospital universitário brasileiro. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 18, p. 18-21, 2006.
- FOSSAT, Guillaume *et al.* Effect of in-bed leg cycling and electrical stimulation of the quadriceps on global muscle strength in critically ill adults: a randomized clinical trial. *Jama*, v. 320, n. 4, p. 368-378, 2018.
- FRANÇA, Eduardo Ériko Tenório de *et al.* Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 24, n. 1, p. 6-22, 2012.
- MACHADO, Aline dos Santos *et al.* Efeito do exercício passivo em cicloergômetro na força muscular, tempo de ventilação mecânica e internação hospitalar em pacientes críticos: ensaio clínico randomizado. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 43, p. 134-139, 2017.
- MARAMATTOM, Bobby Varkey; WIJDICKS, Eelco F. M.. Acute neuromuscular weakness in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, [S.L.], v. 34, n. 11, p. 2835-2841, nov. 2006.
- MORRIS, Peter E. *et al.* Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Critical care medicine*, v. 36, n. 8, p. 2238-2243, 2008.
- OLIVEIRA, Ana Beatriz Francioso de *et al.* Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 22, p. 250-256, 2010.
- RAMOS, Ingrid Pereira *et al.* Atuação da fisioterapia na prevenção de complicações causadas pela síndrome do imobilismo em idosos acamados: uma revisão integrativa. *Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida-CPAQV Journal*, v. 13, n. 1, 2021.
- RODRIGUES, Gleica Sampaio *et al.* Mobilização precoce para pacientes internados em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Rev Inspirar Mov Saude*, p. 27-31, 2017.
- RODRIGUES, Gleica Sampaio *et al.* Mobilização precoce para pacientes internados em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Rev Inspirar Mov Saude*, p. 27-31, 2017.
- SARAIVA, Amanda Abrantes; CARDOSO, Bruno Braz; DOS SANTOS FERNANDES, Lauro. O uso do treinamento físico muscular como forma de mobilização precoce no desmame da Ventilação Mecânica em pacientes críticos na UTI. *Revista Científica do Hospital Central do Exército (HCE)*, n. 1, p. 29-37, 2017.
- SILVA, Ana Paula Pereira da; MAYNARD, Kenia; CRUZ, Mônica Rodrigues da. Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 22, p. 85-91, 2010.
- SILVA, Ana Paula Pereira da; MAYNARD, Kenia; CRUZ, Mônica Rodrigues da. Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 22, p. 85-91, 2010.
- SOUZA, Ranná Barros *et al.* Efeitos da mobilização precoce em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 3, p. 30427-30441, 2021.

Estratégias adotadas por fisioterapeutas no desmame da ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva

Laisa Eduarda Ananias de Matos

Graduanda em Fisioterapia - UNIPAC

Yuri Sena Melo

Graduado em Fisioterapia - UNINORTE

Marina Stancoloviche Veiga Brangioni

Pós-graduanda em fisioterapia em terapia intensiva - Hospital Israelita Albert Einstein

Washington Carlos Porfírio

Pós-graduando em Fisioterapia em Terapia Intensiva – FACUMINAS

Alicea Ferreira de Brito

Graduanda em fisioterapia – UniFacema

Phelipe Lourenço Silva

Graduado em fisioterapia - Universidade Salgado de Oliveira

Filipe Santos Monteiro

Pós-graduado em Fisioterapia Respiratória – UniAmérica

Vitória Sampaio Confessôr

Pós graduanda em fisioterapia intensiva– Núcleo avançado de desenvolvimento do Cariri

Sabrina da Silva Nascimento

Pós graduanda em fisioterapia em terapia intensiva – Facuminas

Maycom Carvalho da Silva

Graduando em fisioterapia em terapia intensiva – UNAMA

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.4

RESUMO

Desmame pode ser definido como a substituição da ventilação artificial para a respiração fisiológica e uma boa avaliação fisioterapêutica pode prognosticar o sucesso desse procedimento. Verificar as principais estratégias adotadas no desmame da ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. O acrônimo PECO foi utilizado para a formulação da pergunta de pesquisa. Quais são as evidências científicas sobre os protocolos de desmame realizados em unidades de terapia intensiva? Foram coletados nas seguintes bases de dados PubMed/MEDLINE, Web of Science, PEDro e EBSCO utilizando combinações das seguintes palavras chave em inglês: Respiration OR Artificial OR Weaning AND Airway extubation OR Intensive Care Units. Esta revisão da literatura foi composta de 6 estudos na língua portuguesa os quais as principais estratégias adotadas foram: avaliação dos sinais vitais, avaliação da Pimax, Índice de respiração rápida superficial e teste de respiração espontânea. A partir dos resultados desta revisão é possível observar que os protocolos de desmame apresentaram efeitos benéficos e significativos, sendo eficazes em diversos aspectos do tratamento dos pacientes. Além disso, é bom ressaltar que nenhum dos estudos relatou intercorrências durante o processo de desmame, o que sugere que este recurso é extremamente útil, seguro e eficaz.

Palavras-chave: ventilação artificial. unidade de terapia intensiva. estratégias.

ABSTRACT

Weaning can be defined as the replacement of artificial ventilation for physiological breathing and a good physical therapy assessment can predict the success of this procedure. To verify the main strategies adopted in weaning from mechanical ventilation in an intensive care unit. The acronym PECO was used to formulate the research question. What is the scientific evidence on weaning protocols performed in intensive care units? They were collected from the following PubMed/MEDLINE, Web of Science, PEDro and EBSCO databases using combinations of the following keywords in English: Respiration OR Artificial OR Weaning AND Airway extubation OR Intensive Care Units. This literature review was composed of 6 studies in Portuguese, in which the main strategies adopted were: assessment of vital signs, assessment of Pimax, rapid shallow breathing index and spontaneous breathing test. Based on the results of this review, it is possible to observe that the weaning protocols presented beneficial and significant effects, being effective in several aspects of the treatment of patients. In addition, it is worth noting that none of the studies reported complications during the weaning process, which suggests that this resource is extremely useful, safe and effective.

Keywords: artificial ventilation. intensive care unit. strategies.

INTRODUÇÃO

A utilização de ventilação mecânica invasiva é realizada quando o indivíduo é impossibilitado de manter a ventilação alveolar fisiológica, sendo assim, ela é capaz otimizar as trocas dos gases e evitar a fadiga dos músculos associados à respiração^{1,2}. Melhorar a oxigenação dos tecidos, reduzir o trabalho respiratório e proporcionar conforto ao paciente são alguns dos objetivos principais da ventilação mecânica³. O paciente é retirado do suporte ventilatório quando

o problema que levou ele a precisar desta técnica for solucionado ⁴ Teoricamente, pois sabemos que distúrbios secundários pode vir a impedir de retirarmos o paciente da VMI, mesmo o distúrbio primário já tratado.

Por outro lado, apesar dos benefícios concedidos pela ventilação mecânica invasiva, devemos levar em consideração também algumas complicações que podem ocorrer, tais como: lesão pulmonar induzida pelo ventilador⁵, lesões cardiovasculares⁶, Infecções pulmonares⁷, Hiperoxia devido a alta toxicidade do oxigênio⁸, atrofia do diafragma⁹ e barotrauma¹⁰. Além de tudo, muitos desses pacientes ficam e restritos ao leito, favorecendo assim fatores de riscos para polineuropatia e miopatia^{11, 12}.

De acordo com estudos realizados na área, a utilização deste mecanismo de suporte ventilatório é considerada uma excelente estratégia aplicada em unidade de terapia intensiva, pois é uma das técnicas mais empregadas no tratamento de pacientes graves com insuficiência respiratória¹³. Entretanto, por ser um procedimento de caráter invasivo, torna-se necessário o retorno do paciente a sua respiração fisiológica¹⁴.

Desmame pode ser definido como a substituição da ventilação artificial para a fisiológica em pacientes que permanecem em suporte ventilatório por um período superior a 24 horas^{15, 16}. Diante disso, diversas pesquisas foram realizadas nos últimos anos sobre protocolos de desmame, com objetivo de diminuir o tempo de ventilação mecânica, as repercussões fisiopatológicas e o grande custo financeiro hospitalar¹⁷. Uma boa avaliação fisioterapêutica pode prognosticar o sucesso do desmame. Avaliação do índice de Tobin, índice de CroP, Pimáx e Pemáx, complacência são exemplos de instrumentos utilizados para predizer esse procedimento¹⁸. Ademais, os pacientes necessitam de uma avaliação fisioterapêutica diária com condutas individualizadas, como teste de respiração espontânea e monitorização dos sinais vitais¹⁹. Aproximadamente, 60% a 70% dos indivíduos criticamente enfermos e ventilados mecanicamente podem ser extubados, após breve teste de duas horas de ventilação espontânea¹⁵.

Portanto, devido aos malefícios os quais poderão ocorrer em virtude do período prolongado de ventilação mecânica, ressaltamos a importância do desmame ventilatório com a finalidade de melhorar a função do sistema respiratório e com isso proporcionar qualidade de vida nesta população; evitando os efeitos deletérios da internação e assim morbidades futuras. Diante do exposto, o objetivo desta revisão de literatura é verificar as principais estratégias adotadas no desmame da ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Pergunta de pesquisa

O acrônimo PECO (Population, Exposition, Comparison, Outcome,) foi utilizado para a formulação da pergunta de pesquisa. Quais são as evidências científicas sobre os protocolos de desmame realizados em unidades de terapia intensiva?

Tabela 1- Formulação da pergunta de pesquisa de acordo com PECO.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Pacientes internados em unidade de terapia intensiva fazendo utilização de ventilação mecânica.
E	Exposição	Expostos a protocolos de desmame.
C	Comparador	Comparados com ou sem grupo controle
O	Desfecho	Quaisquer desfechos que tenham relação com a melhora da qualidade de vida ou da capacidade funcional.

Fonte: próprio autor

Estratégia de pesquisa

Nesta pesquisa foi realizada uma revisão de literatura a partir da pesquisa bibliográfica nas bases de dados disponíveis na PubMed/MEDLINE, Web of Science, PEDro e EBSCO utilizando combinações das seguintes palavras chave em inglês: Respiration OR Artificial OR Weaning AND Airway extubation OR Intensive Care Units. Adicionalmente, foi realizada a busca manual nas referências dos estudos incluídos na pesquisa. A pesquisa bibliográfica foi realizada em maio de 2022 e não houve restrições quanto à língua ou ano da publicação.

Seleção dos estudos

A seleção dos artigos foi realizada por dois pesquisadores independentes, conforme as seguintes etapas: (1) exclusão dos artigos repetidos; (2) leitura dos títulos; (3) leitura dos resumos; e (4) leitura dos artigos na íntegra. Foram incluídos na revisão de literatura pesquisas que atenderam aos seguintes critérios: (1) os participantes apresentavam internados em unidade de terapia intensiva sob ventilação mecânica invasiva; (2) os pacientes foram submetidos a um protocolo desmame. Opiniões de especialistas e estudos de casos não foram incluídas.

Extração de dados

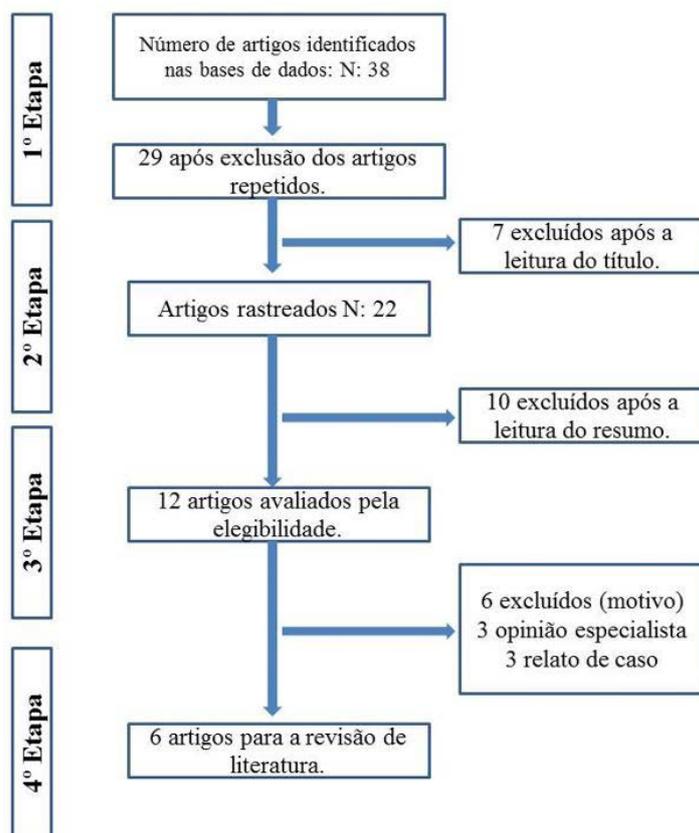
Foram extraídas dos artigos as seguintes informações: autor e ano do artigo; características do protocolo, variáveis avaliadas resultados e conclusão.

RESULTADOS

Estudos incluídos na revisão

Esta revisão da literatura foi composta de 6 estudos. Todas as etapas da seleção se encontram descritas na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da busca dos estudos



Os autores e o título dos artigos que fizeram parte desta revisão se encontram descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Títulos dos artigos incluídos na revisão

Autor	Título
Gonçalves et al., 2007 ²⁰	Características do Processo de Desmame da ventilação Mecânica em Hospitais do Distrito Federal.
Muniz et al., 2015 ²¹	Estratégias de desmame da ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva
Neta et al., 2019 ²²	Avaliação do conhecimento dos profissionais de uma unidade de terapia intensiva sobre critérios de desmame da ventilação mecânica invasiva.
Medeiros, Silva, Bastos, 2015 ²³	Perfil clínico e índices preditivos de desmame de pacientes extubados em uma unidade de terapia intensiva de Fortaleza.
Piotto, Maia, Machado, 2010 ²⁴	Efeitos da aplicação de protocolo de desmame de ventilação mecânica em Unidade Coronária: estudo randomizado
Oliveira et al., 2006 ²⁵	Padronização do Desmame da Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva: Resultados após Um Ano.

A tabela 2 descreve os objetivos dos estudos o qual compuseram esta revisão e as principais estratégias adotadas para o desmame da ventilação mecânica.

Tabela 2 – Objetivo e resultados dos estudos incluídos.

Autor	Objetivo	Resultados
Gonçalves et al., 2007 ²⁰	Identificar, caracterizar e demonstrar as práticas utilizadas por fisioterapeutas respiratórios na obtenção dos parâmetros de desmame, bem como a sua execução em Unidade de Terapia Intensiva.	As principais estratégias utilizadas foram avaliação dos seguintes parâmetros da Frequência respiratória, Volume-corrente Saturação periférica de oxigênio, Frequência cardíaca, Volume-minuto, Pressão arterial, FR/VC, Temperatura corpórea, Pimax, Capacidade vital.

Muniz et al., 2015 ²¹	Identificar as principais estratégias adotadas no desmame da ventilação mecânica, em uma unidade de terapia intensiva.	As principais estratégias utilizadas foram: TER (Teste de respiração espontânea); índice de Tobin.
Neta et al., 2019 ²²	Identificar o nível de conhecimento dos profissionais de uma UTI sobre os critérios de desmame da VMI.	As principais estratégias utilizadas foram: Avaliação do paciente hemodinamicamente estável (sinais vitais normais), índice de Tobin, troca gasosa adequada, capacidade de respirar espontaneamente e resolução ou estabilização da doença.
Medeiros, Silva; Bastos, 2015 ²³	Descrever o perfil clínico e avaliar os índices preditivos de desmame de pacientes extubados, em uma Unidade de Terapia Intensiva.	As principais estratégias utilizadas foram: Pimax. Índice de respiração rápida superficial (IRRS), teste de respiração espontânea.
Piotto, Maia, Machado, 2010 ²⁴	Avaliar os efeitos da aplicação de protocolo de desmame utilizado em Terapia Intensiva Geral em uma população de pacientes cardiopatas internados em Unidade Coronária.	Após o protocolo foi observado que pacientes cardiopatas internados em Unidade Coronária, a aplicação de protocolo específico baseado no teste de respiração espontânea para o desmame da ventilação mecânica foi superior ao desmame realizado sem padronização, apresentando menor tempo de desmame e menores taxas de reintubação.
Oliveira et al., 2006 ²⁵	Avaliar os efeitos em longo prazo, a padronização do desmame da ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva, durante um ano em todos os pacientes que necessitaram de suporte ventilatório invasivo.	As principais estratégias utilizadas foram: Índice de respiração rápida superficial (IRRS) e Pimax. Após o protocolo foi observado se que o desmame da ventilação mecânica realizado seguindo uma padronização trouxe melhora na condução do desmame, mantendo alto o índice de sucesso e baixa mortalidade.

DISCUSSÃO

Com a realização desta pesquisa foi possível identificar as principais estratégias adotadas por fisioterapeutas no desmame da ventilação mecânica. Entretanto, houve dificuldade em encontrar estudos pertinentes ao tema, revelando uma área pouco explorada em pesquisas. O processo de desmame da ventilação mecânica invasiva é um procedimento no qual deve ser priorizado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) com objetivo principal de diminuir eventos de morbimortalidade. Diante disso, é necessário a utilização de protocolos de avaliação para eleger quais pacientes estão aptos a serem submetidos ao desmame e, por conseguinte a retirada do suporte ventilatório.

O estudo descritivo de Gonçalves *et al.*, (2007) descreveu as práticas utilizadas por fisioterapeutas na obtenção dos parâmetros de desmame, bem como a sua execução em Unidade de Terapia Intensiva e observou que as principais estratégias utilizadas para o desmame foram: avaliação da Frequência respiratória, volume-corrente, saturação periférica de oxigênio, frequência cardíaca, volume-minuto, pressão arterial, FR/VC, temperatura corpórea, Pimax e capacidade vital. De acordo com o autor, a diversificação dos parâmetros existentes para o desmame ventilatório e dos instrumentos disponíveis para a sua obtenção na prática clínica, é possível que ocorram variações significativas nos métodos e critérios utilizados pelos profissionais nas unidades de terapia intensiva. Por outro lado, a maioria dos entrevistados foram unânimes ao responderem sobre quais os parâmetros avaliados rotineiramente para possibilitar o início do processo de desmame. O parâmetro mais utilizado foi a frequência respiratória, volume-corrente e a saturação periférica de oxigênio.

O estudo de Muniz *et al.*, (2015) evidenciou que a maioria dos pacientes apresentaram desmame fácil com a realização das seguintes estratégias: TER (Teste de respiração espontâ-

nea); índice de Tobin. De acordo com as diretrizes brasileiras de ventilação mecânica, o desmame é classificado como fácil quando ocorre sucesso no primeiro teste de respiração espontânea; e difícil quando o paciente falha na primeira tentativa de teste, tendo como resultado o insucesso²⁶. O Índice de Respiração Rápida e Superficial (IRRS), também conhecido como Índice de Tobin, é bastante utilizado como estratégia no desmame bem-sucedido. Comumente utilizado como screening em pacientes intubados para decisão relacionada à realização ou não do teste de respiração espontânea (TRE). É válido salientar que, o teste de respiração espontânea é um método simples o qual está descrito como um dos mais práticos para o desmame. Entretanto, a avaliação para iniciar o TRE deve ser pautada na melhora clínica, boa oxigenação e estabilidade hemodinâmica do paciente²⁶. Diante disso, o estudo de Neta; Andrade e Leal (2021) procurou identificar o nível de conhecimento dos profissionais de uma unidade de terapia intensiva sobre os critérios de desmame da ventilação mecânica invasiva. A autora destacou a dificuldade que a equipe da UTI possui ao aplicar protocolo de forma correta e na identificação do paciente pronto para iniciar o desmame. Visto que, foi observada certa falta de conhecimento de alguns profissionais quando o assunto é manusear a ventilação mecânica e as técnicas para realizar o desmame de forma efetiva.

Sabemos que indivíduos submetidos à ventilação mecânica invasiva prolongada podem a partir das 76 horas começar a adquirir uma atrofia muscular diafragmática por desuso, pois o suporte ventilatório invasivo não promove propriocepção que mantenha as fibras musculares ativadas²⁶. Com a medida da P_{ímáx}, o fisioterapeuta elabora um treinamento dos músculos respiratórios, melhorando assim a força muscular. Com isso, o paciente atinge um grau de drive respiratório satisfatório, o qual poderá facilitar o processo do desmame. O estudo de Medeiros, Silva; Bastos (2015) utilizou avaliação da P_{ímáx} como requisito para desmame ventilatório. Entretanto, a P_{ímáx} é uma medida pouco acurada, pois os músculos respiratórios são predominantemente de resistência e uma força muscular inspiratória adequada não é suficiente para o desmame. Confirmando essa hipótese, nesta pesquisa, não foi observado diferença na variável P_{ímáx}, entre os indivíduos que evoluíram com sucesso ou insucesso do desmame ventilatório. Contrariando os achados de Medeiros, Silva; Bastos (2015), o estudo de Oliveira *et al.*, (2006) buscou avaliar os efeitos em longo prazo, a padronização do desmame da ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva utilizando o Índice de respiração rápida superficial (IRRS) e P_{imax}. Após o protocolo verificou-se que uma padronização trouxe melhora na condução do desmame, mantendo alto o indicador de sucesso e baixa mortalidade, não obstante, ainda se carecem de critérios mais precisos para a condução do desmame em pacientes com menos de 24 horas de ventilação mecânica. Por outro lado, Piotto, Maia, Machado (2010) dividiram 36 pacientes em ventilação mecânica há mais de 24 horas, em dois grupos: grupo controle: 18 pacientes foram submetidos ao desmame da ventilação mecânica de acordo com os procedimentos adotados pela equipe multiprofissional e grupo experimental: 18 pacientes foram submetidos ao desmame de acordo com protocolo previamente estabelecido pelo teste de respiração espontânea. O autor destacou que o protocolo gerou redução do tempo de desmame e dos riscos de reintubação. Apesar dos benefícios demonstrados pelas estratégias adotadas, devemos levar em consideração algumas limitações desta pesquisa, tais como: números reduzidos de estudos, grande variabilidade dos protocolos de treinamento e das variáveis de desempenho analisadas..

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desta revisão é possível observar que os protocolos de desmame apresentaram efeitos benéficos e significativos, sendo eficazes em diversos aspectos do tratamento dos pacientes. Sendo as principais estratégias utilizadas foram: avaliação dos sinais vitais, avaliação da Pimax, Índice de respiração rápida superficial (IRRS) e teste de respiração espontânea. Para a melhoria do nível de evidências nesta área de estudo sugere-se a realização de estudos controlados randomizados, com avaliação duplo-cego, aplicação de protocolos padronizados e maior número amostral. Além disso, é bom ressaltar que nenhum dos estudos relatou intercorrências durante o processo de desmame, o que sugere que este recurso é extremamente útil, seguro e eficaz.

REFERÊNCIAS

1. KRESS, John P.; HALL, Jesse B. Sedation in the mechanically ventilated patient. *Critical care medicine*, v. 34, n. 10, p. 2541-2546, 2006.
2. HUDSON, Matthew B. *et al.* Both high level pressure support ventilation and controlled mechanical ventilation induce diaphragm dysfunction and atrophy. *Critical care medicine*, v. 40, n. 4, p. 1254, 2012.
3. MEDEIROS, Juliana Karina Brugnonli¹. Desmame da ventilação mecânica em pediatria. *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 2, n. 1, p. 57-64, 2011.
4. ULTRA rB. *Fisioterapia intensiva*. 2. ed. rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
5. GOLDWASSER, Rosane *et al.* Desmame e interrupção da ventilação mecânica. *Revista brasileira de terapia intensiva*, v. 19, p. 384-392, 2007.
6. ALMEIDA, Poliana *et al.* Fatores que influenciam no sucesso do desmame da ventilação mecânica invasiva. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, p. 1283-1286, 2022.
7. GUIA, M.; SILVEIRA, Miguel. Ventilação não invasiva em insuficiência respiratória aguda. *SESSÕES CLÍNICAS DO HFF. Serviço de Pneumologia*, 2018.
8. MARTINELLI, Thalita *et al.* Diagnóstico diferencial de polineuropatia do paciente crítico e Síndrome de Guillain-Barré: Relato de caso. *RELATOS DE CASOS*, v. 63, n. 3, p. 322-325, 2019.
9. RIBEIRO, HALISSON ALVES *et al.* Abordagem fisioterapêutica e comprometimento funcional de pacientes no ambiente de terapia intensiva com polineuromiopia: uma revisão integrativa: Polyneuromyopathy in the intensive care setting. *Revista de Ensino, Ciência e Inovação em Saúde*, v. 2, n. 1, p. 49-62, 2021.
10. ALVES, Adelaide *et al.* Barotrauma may be a specially relevant concern in covid-19 ventilated patients. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, v. 29, n. 4, p. 225-228, 2020.
11. DOS SANTOS, Iani *et al.* Ultrassonografia diafragmática como ferramenta de avaliação no desmame da ventilação mecânica. *Fisioterapia Brasil*, v. 20, n. 4, 2019.

12. SEIBERLICH, Emerson *et al.* Ventilação mecânica protetora, por que utilizar?. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 61, p. 663-667, 2011.
13. ALMEIDA, Kellyanny Maria Vasconcelos *et al.* Adesão às medidas de prevenção para pneumonia associada à ventilação mecânica. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5, n. 2, p. 247-256, 2015.
14. SANTOS, Luana Leonel dos; MAGRO, Marcia Cristina da Silva. Ventilação mecânica e a lesão renal aguda em pacientes na unidade de terapia intensiva. Acta Paulista de Enfermagem, v. 28, p. 146-151, 2015.
15. GUEDES, Jéssica Magalhães; CONCEIÇÃO, Suane Lopes; DOS SANTOS ALBERGARIA, Tatiane Falcão. Efeitos deletérios da ventilação mecânica invasiva em prematuros: revisão sistemática. Revista Pesquisa em Fisioterapia, v. 8, n. 1, p. 119-130, 2018.
16. VALIATTI, J. L. D. S.; GOMES, A. J. L.; FALCÃO, L. F. D. R. Ventilação Mecânica: Fundamentos e Prática Clínica. Rio de Janeiro, Edição, v. 1, 2017.
17. RIBEIRO, Helena Cristina Caetano. Manual de ventilação mecânica no Paciente queimado. 2019.
18. DAVIS 3RD, Robert T. *et al.* Mechanical ventilation reduces rat diaphragm blood flow and impairs O₂ delivery and uptake. Critical care medicine, v. 40, n. 10, p. 2858, 2012.
19. FERNÁNDEZ, Jaime *et al.* Adaptive support ventilation: State of the art review. Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine, v. 17, n. 1, p. 16, 2013.
20. GOLDWASSER, Rosane *et al.* Desmame e interrupção da ventilação mecânica. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 19, p. 384-392, 2007.
21. MUNIZ, Yasmin *et al.* Estratégias de desmame da ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva. ASSOBRAFIR Ciência, v. 6, n. 1, p. 31-39, 2019.
22. NETA, Maria do Carmo Ramos *et al.* Avaliação do conhecimento dos profissionais de uma unidade de terapia intensiva sobre critérios de desmame da ventilação mecânica invasiva. Revista Ciência e Saberes-UniFacema, v. 4, n. 4, 2019.
23. MEDEIROS, Ana Irene Carlos; DA SILVA, Lailane Saturnino; BASTOS, Vasco Pinheiro Diógenes. Perfil clínico e índices preditivos de desmame de pacientes extubados em uma unidade de terapia intensiva de Fortaleza, CE. ASSOBRAFIR ciência, v. 6, n. 3, p. 33-42, 2019.
24. PIOTTO, Raquel Ferrari *et al.* Efeitos da aplicação de protocolo de desmame de ventilação mecânica em Unidade Coronária: estudo randomizado. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, v. 26, p. 213-221, 2011.
25. OLIVEIRA, Luiz Rogério de Carvalho *et al.* Padronização do desmame da ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva: resultados após um ano. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 18, p. 131-136, 2006.
26. BARBAS, C. V. *et al.* Diretrizes brasileiras de ventilação mecânica. 2013. Associação de Medicina Intensiva Brasileira e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, p. 1-140, 2013.

As principais condutas de enfermagem no paciente acometido por acidente vascular cerebral: artigo de atualização

Robson Pantoja Portilho

Especialista em centro de material e esterilização – Faculdade Inspirar

Angelina Dantas Martins

Graduanda em Enfermagem - UNINASSAU

Roselane Ferreira Seabra

Graduanda em Enfermagem - UNIFAMAZ

Wagner Conceição da Silva

Graduando em Enfermagem – Faculdade do Maranhão

Débora Santos Gomes

Graduanda em Enfermagem - UNINASSAU

João Victor da Silva Sanches

Graduando em Enfermagem - UNIFAMAZ

Daylon Brendon Cardoso Ribeiro

Graduando em Enfermagem - CEUMA

Ariane Oliveira Pereira

Graduanda em Enfermagem - UEFS

Daniel Calixto Souza Bacelar

Graduando em Enfermagem – FSLF

Yuri Sena Melo

Preceptor de Estágio ambulatorial - FAMETRO

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.5

RESUMO

O acidente vascular cerebral corresponde a uma anormalidade funcional do sistema nervoso central que ocorre quando há um bloqueio do suprimento sanguíneo para o encéfalo, ele pode ser classificado como isquêmico ou hemorrágico. Diante disso, o profissional de enfermagem desempenha um papel fundamental na recuperação do doente, pois ele tem habilidades técnicas para diagnosticar e tratar o paciente. O objetivo desta revisão é descrever as principais condutas deste profissional em pacientes acometidos pelo acidente vascular encefálico. Trata-se de uma revisão de narrativa e atualização sobre a atuação do profissional de enfermagem no paciente com acidente vascular encefálico. Foram consultadas as bases de dados Scielo, Lilacs, Pubmed com as seguintes palavras chaves: Cuidado em enfermagem e acidente vascular encefálico. Os cinco estudos que fizeram parte desta revisão demonstram a importância deste profissional nos cuidados do paciente com acidente vascular cerebral. Sendo as principais condutas identificação de diagnósticos de enfermagem, autocuidado, cuidados na promoção da saúde, prevenção primária e nos cuidados hospitalares.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral. pacientes. enfermagem.

ABSTRACT

Stroke corresponds to a functional abnormality of the central nervous system that occurs when there is a blockage of the blood supply to the brain, it can be classified as ischemic or hemorrhagic. In view of this, the nursing professional plays a fundamental role in the recovery of the patient, as he has technical skills to diagnose and treat the patient. The objective of this review is to describe the main conducts of this professional in patients affected by stroke. This is a narrative review and update on the role of nursing professionals in patients with stroke. Scielo, Lilacs, Pubmed databases were consulted with the following keywords: Nursing care and stroke. The five studies that were part of this review demonstrate the importance of this professional in the care of patients with stroke. The main conducts are identification of nursing diagnoses, self-care, care in health promotion, primary prevention and hospital care.

Keywords: stroke. patients. nursing.

INTRODUÇÃO

A expressão acidente vascular cerebral corresponde a uma anormalidade funcional do sistema nervoso central que ocorre quando há um bloqueio do suprimento sanguíneo para o encéfalo.^{1,2} Além disso, ele é responsável por uma série de sequelas, como por exemplo, dificuldade na marcha e déficit nas atividades de vida diária, comprometendo assim a sua qualidade de vida³ Porém, o grau da sequela depende de diversos fatores como área de extensão cerebral atingida, localização e idade⁴ após o episódio do acidente vascular cerebral é de suma importância que o indivíduo recupere a sua independência funcional.

Sobre a sua etiologia, esse problema pode ser classificado em AVE do tipo isquêmico e AVE do tipo hemorrágico, o primeiro tipo é o mais prevalente, pois a sua principal causa é a obstrução dos vasos sanguíneos, o segundo tipo é o mais grave, pois causa extravasamento de

sangue para o encéfalo⁵ Nesse contexto, ainda existem outros fatores de riscos que favorece as chances de ocorrer esse problema como hipertensão, tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, obesidade, alcoolismo e inatividade física. ⁶ Uma revisão realizada recentemente concluiu que idosos, de ambos os sexos, acima dos 60 anos, sem escolaridade, aposentados e trabalhadores do lar estão mais susceptível a sofrerem episódio de acidente vascular cerebral.⁷ Dessa maneira, o profissional de enfermagem tem um papel bastante importante no tratamento desses pacientes, pois ele atua em um cuidado integral, planejado e baseado em evidências com o objetivo principal de propiciar qualidade de vida a essa população. ⁸

A atuação da enfermagem em paciente com acidente vascular cerebral tem como foco principal as necessidades físicas e o autocuidado do indivíduo. Neste contexto, esse profissional desempenha um papel fundamental na recuperação do doente, pois ele tem habilidades técnicas para diagnosticar e tratar o paciente. Diante disso, ele realiza um cuidado planejado, sistematizado e baseado em evidências, almejando, dessa forma, a melhora da qualidade da vida do paciente. ⁹

Portanto, devido às sequelas apresentadas pelo indivíduo acometido pelo acidente vascular cerebral e sua consequência às quais poderão ocorrer em virtude delas. Destacamos a importância do diagnóstico e intervenções da enfermagem com a finalidade de promover qualidade de vida nesta população; evitando assim morbidades futuras. Diante do exposto, o objetivo desta revisão de narrativa é descrever as principais condutas do profissional de enfermagem em pacientes acometidos pelo AVC.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de narrativa e atualização sobre a atuação do profissional de enfermagem no paciente com acidente vascular encefálico. Foram consultadas as bases de dados Scielo, Lilacs, Pubmed com as seguintes palavras chaves: Cuidado em enfermagem e acidente vascular encefálico. A busca pelas pesquisas primárias foi realizada em oito etapas: elaboração da pergunta norteadora, elaboração de critérios de elegibilidade dos estudos, estratégia de pesquisa e busca nas bases de dados. Para a criação dessa revisão de atualização foram adotados os seguintes pontos: a partir da busca bibliográfica na literatura sobre o tema deste estudo, quais são os estudos mais relevantes, quanto ao que diz respeito sobre a atuação do profissional de enfermagem no paciente diagnosticado com acidente vascular cerebral.

A seleção das evidências científicas têm se dado a partir da adoção dos critérios de elegibilidade, sendo os critérios de inclusão:

- a) Artigos completos disponíveis nas bases de dados;
- b) Estudos do tipo experimentais, quase experimentais, observacionais, relato de experiência;
- c) Abordar a atuação da enfermagem dentro do contexto de cuidado e qualidade de vida de pacientes com acidente vascular encefálico.

E os critérios de exclusão foram:

- a) Estudos sem delineamento metodológico e revisões;

- b) Editoriais, comentários, carta editorial e nota prévia;
- c) Pesquisas que não estejam enquadrados nos critérios de elegibilidade.

Após a leitura deste artigo de atualização o leitor será capaz de:

- a) Entender a fisiopatologia do acidente vascular cerebral;
- b) Identificar as principais dificuldades funcionais nestes pacientes;
- c) Verificar a importância do profissional de enfermagem no cuidado integral;
- d) Conhecer as principais condutas realizadas em pacientes com acidente vascular cerebral.

DESENVOLVIMENTO

Visão geral do acidente vascular cerebral

Acidente vascular cerebral é considerado a terceira principal causa de mortes em todo mundo, representado a incapacitação bastante grave e prolongada em comparação a qualquer outra patologia.¹⁰ O AVC é caracterizado como um distúrbio cerebral agudo de origem circulatória, acompanhado de sinais e sintomas neurológicos. Ele pode ser dividido em isquêmico ou hemorrágico (Tabela 1)

Tabela 1 - Classificação do acidente vascular encefálico suas características e causas.

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	
AVEi (Acidente vascular encefálico isquêmico)	AVEh (Acidente vascular encefálico hemorrágico)
Características: compreende a obstrução do fluxo sanguíneo em uma parte do cérebro. Causas: coágulo sanguíneo e aterosclerose.	Características: Consiste na ruptura de um vaso sanguíneo dentro ou em torno do cérebro. Causas: pressão arterial alta, aneurisma cerebral, má-formações de vasos sanguíneos, utilização incorreta de anticoagulantes.

Fonte: Adaptado livro

Dentre os principais sinais e sintomas os quais podemos reconhecer um acidente vascular cerebral estão:¹³

- a) Fraqueza ou formigamento na face ou em apenas um lado do corpo;
- b) confusão mental;
- c) alteração da fala ou compreensão;
- d) alteração na visão;
- e) alteração do equilíbrio, coordenação, tontura;
- f) dor de cabeça súbita, intensa, sem causa aparente;
- g) Dificuldade na marcha.

Qualidade de vida em indivíduos com AVE

Enfim, após o acidente vascular cerebral o paciente inicia-se uma nova adaptação por causa das disfunções geradas, que podem influenciar diretamente em sua qualidade de vida.¹¹ Avaliar a qualidade de vida nessa população se torna bastante relevante para ter o melhor entendimento do impacto da patologia em sua vida.¹² Um estudo realizado¹³, concluiu que pessoas que sofreram episódio de Acidente Vascular cerebral possuem sequelas que contribuem para déficit da qualidade de vida. Podemos inferir que condutas que contribuem para a melhora da qualidade de vida estão ligadas com sua independência funcional.

A importância do profissional de enfermagem

A assistência de enfermagem é descrita em diversas literaturas como uma etapa de suma importância para o atendimento desde a atenção primária até a terciária prestada para os indivíduos com as mais diversas patologias em todas as etapas do processo de saúde e doença que a mesma pode vivenciar. Na qual esta assistência tem o objetivo de buscar informações, analisar, interpretar e avaliar dados de indivíduos que necessitam de atendimento especializado. Tendo ainda o intuito de minimizar as complicações que possam surgir durante o tratamento, permitindo a facilidade de adaptação e recuperação deste indivíduo.¹⁴

De acordo com o Código de Ética Profissional de Enfermagem, este profissional tem que estar comprometido com a saúde e a qualidade de vida do indivíduo, da família e coletividade. Portanto, promover ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde nas diversas esferas de atendimento, respeitando a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. Diante disso, cabe ao profissional de enfermagem investigar e conhecer as características funcionais dos indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral e posteriormente um plano de cuidado que atenda as necessidades envolvendo seu contexto social e econômico e, assim, promover a qualidade de vida.¹⁵

Condutas realizadas em pacientes com acidente vascular cerebral.

Os estudos selecionados nesta revisão estão descritos na tabela 2, junto com os seus objetivos e resultados.

Tabela 2 - Estudos selecionados para esta revisão.

Autor	Objetivo	Resultados
Junior 2019	Descrever as ações da assistência de enfermagem em pacientes idosos acometidos por Acidente Vascular Cerebral	Foi enfatizada a importância da atuação do enfermeiro na busca por melhores condições de vida a esses pacientes independentemente do nível de complexidade. No que compete a equipe de enfermagem, foram destacadas a importância do processo de enfermagem, da educação em saúde e a fragilidade na infraestrutura e logística que se mostram como obstáculos para a realização das ações mais complexas por parte dos enfermeiros.

Silva et al., 2019	Buscar na literatura quais os cuidados que a enfermagem deve ter frente a um paciente vítima de AVC.	O autor evidenciou a importância dos cuidados prestados pelo enfermeiro e sua equipe na assistência ao paciente vítima de AVC. O estudo também mostrou que diagnósticos de enfermagem são necessários para que haja melhor conhecimento científico na enfermagem, fundamentando melhor as intervenções de enfermagem voltadas para o controle de resultados satisfatórios, norteando planos de cuidado baseado em evidências, possibilitando uma promoção de bem-estar e qualidade de vida ao paciente com AVC.
Santos et al., 2021	Identificar o número de dias necessários à obtenção de ganhos em independência e quais estes ganhos, em indivíduos com acidente vascular cerebral, após intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.	De acordo com o autor o grau de dependência, a maioria dos doentes que apresentava um elevado ou moderado grau de dependência adquiriu a independência ou, pelo menos, progrediu para uma dependência em grau reduzido, e demorou entre 6 (número mínimo) e 28 dias (máximo) a atingir esse status, num período temporal de 30 dias (período de internamento no serviço), o que se considera ser um contributo positivo para se reduzir o número de doentes que ficam com limitações físicas e dependência, e dessa forma atingir a meta de 70% de independência após três meses da doença
Nóbrega et al. 2019	Analisar a produção científica da enfermagem brasileira relacionada aos cuidados no adoecimento por acidente vascular cerebral.	O estudo demonstrou que os principais cuidados de enfermagem foram: cuidados no preparo de cuidadores/acompanhantes de pacientes com AVC, ações na reabilitação motora e funcional, administração de medicamentos, prevenção de quedas, avaliação da sobrecarga de cuidadores e cuidados na prevenção e enfrentamento da sobrecarga. Conclui-se que tais cuidados são fundamentais na assistência de enfermagem ao paciente com AVC.
Santos e Waters 2020	Identificar, na literatura científica, o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral.	De acordo com o estudo é importante conhecer quem é o nosso paciente para que as medidas de prevenção em enfermagem sejam efetivas, associadas a necessidade de um atendimento rápido, eficaz e que supra as reais necessidades da pessoa, minimizando assim as sequelas do AVC.

De acordo com esta revisão, identificamos que a atuação da enfermagem é bastante importante no processo de cuidados do paciente acometido por acidente vascular cerebral. O estudo de Santos e Waters (2020)⁷ em sua pesquisa concluiu que o sexo masculino é o mais atingido por essa patologia e prevalência é maior após os 60 anos de idade. Também descreve que o AVC do tipo isquêmico é o mais recorrente e as principais complicações após a ocorrência deste evento são: infecção do trato urinário (34,0%) e pneumonia (20,4%). Os idosos são a população mais acometida por esta patologia, visto que é durante essa idade que surgem a incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, câncer e doenças cardiovasculares.¹⁶

O estudo de Nóbrega *et al.* (2019)¹⁷ evidenciou que os principais cuidados de enfermagem no paciente com acidente vascular cerebral são:

- A) Identificação de diagnósticos de enfermagem prevalentes no AVC.
- B) Cuidados ao paciente com mobilidade física prejudicada.
- C) Cuidados na comunicação de pacientes com afasia.

- D) Cuidados no preparo de cuidadores/acompanhantes de pacientes com AVC
- E) Preparo do cuidador para os cuidados no domicílio
- F) Cuidados para minimizar a sobrecarga dos cuidadores de pacientes com AVC.
- G) Identificação do risco de quedas em pacientes com AVC.
- H) Utilização de escalas para avaliar a sobrecarga de cuidadores de pacientes com AVC
- I) Cuidados na prevenção e enfrentamento da sobrecarga de cuidadores de pacientes com AVC.
- J) Cuidados no processo de reabilitação.
- K) Cuidados no preparo de cuidadores/acompanhantes de pacientes com AVC.
- L) Cuidados no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, da fibrilação atrial, diabetes mellitus e dislipidemia.
- M) Cuidados na promoção da saúde e prevenção primária, nos cuidados hospitalares, no preparo da alta e na reabilitação.

De acordo com Nóbrega *et al.*, (2019)¹⁷ os cuidados de enfermagem estipulados a partir do diagnóstico são importantes para a elaboração do plano de metas para o indivíduo. Além disso, é evidente que a atuação deste profissional esteja embasada na abordagem da teoria de Orem e de Handerson os quais são um dos exemplos a serem seguidos pela enfermagem para cuidados do paciente com acidente vascular cerebral. 5 Além disso, o autor ressaltou, em seu estudo, que existem poucas pesquisas que descrevem o papel da enfermagem na prevenção, proteção e diminuição dos fatores de riscos que ocasionam o acidente vascular cerebral. Podemos inferir que o profissional de enfermagem possui também um papel de educação em saúde, pois o acidente vascular cerebral não está restrito apenas ao diagnóstico clínico, mas sim na atenção primária com objetivo de eliminar os fatores de riscos. O estudo descritivo de Mendes, Silva e Ferreira (2018)¹⁸ teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) atendidos na atenção primária, e ele verificou que a identificação dos diagnósticos de enfermagem colabora para o avanço da ciência contribuindo para a diminuição de morbimortalidades causadas pela HAS. Podemos observar neste estudo que a presença de HAS é bastante prevalente em indivíduos atendidos na atenção primária, e isso pode ser um fator de risco para acidente vascular cerebral do tipo isquêmico, pois está presente aproximadamente em 70% dos casos de doenças cardiovasculares.¹⁹

O estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo realizado por Santos *et al.* (2021)²⁰, observou que as principais intervenções em enfermagem no paciente com acidente vascular encefálico são: autocuidado e higiene, autocuidado, arranjo pessoal e autocuidado vestuário. De acordo com o estudo, o papel da enfermagem é importante para a independência e o autocuidado do paciente com acidente vascular cerebral, pois melhora a qualidade de vida do paciente. Além disso, este profissional pode ter um papel fundamental no ensino do autocuidado colaborando com a capacidade dos indivíduos dependentes.²¹ Alguns estudos já demonstraram que quanto maior o número de atividades de autocuidado ensinadas ao paciente, melhor será o seu desempenho.²²⁻²⁴ Com isso, o autor concluiu que a independência no período de autocuidado é bastante significativa para o próprio paciente, pois diminui chances de depressão. É bom sa-

liantar que dependendo do grau de dependência muitos dos pacientes que incluíam um elevado ou moderado grau de dependência adquiriu a independência ou, pelo menos, evoluiu para uma dependência em grau reduzido (SANTOS *et al.*, 2021)²⁰

Corroborando com os achados dos autores anteriores, o estudo de Silva *et al.*, (2019) em seus resultados descreveu que o cuidado à vítima de acidente vascular cerebral deve seguir uma ordem: rede básica de saúde, serviço de atendimento móvel de urgência, unidades hospitalares de emergência e leitos de retaguarda, reabilitação ambulatorial, ambulatório especializado, programas de atenção domiciliar, entre outros aspectos. Portanto, o autor enfatizou que os cuidados prestados pelos enfermeiros em todos os níveis de assistência ao paciente com acidente vascular cerebral devem ser pautados na promoção de bem-estar e qualidade de vida. Assim como, intervenções na prevenção, tratamento e reabilitação são eficazes e condizentes tendo em vista a necessidade da comunidade e do indivíduo, as mesmas devem ser individualizadas, sistematizadas e de qualidade (SILVA *et al.*, 2019).²⁵

Os achados desta revisão de narrativa são específicos e teve como objetivo descrever as principais condutas do profissional de enfermagem em pacientes acometidos pelo acidente vascular cerebral. Como a busca focalizou estudos publicados na língua portuguesa, os estudos encontrados podem não representar toda a pesquisa disponível na área, mas constitui uma amostra representativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados nesta revisão de narrativa demonstraram que a atuação da enfermagem é bastante importante nos cuidados de pacientes acometidos com acidente vascular cerebral. Essas melhorias foram demonstradas por pesquisas brasileiras. E as principais condutas foram identificação de diagnósticos de enfermagem, autocuidado, cuidados na promoção da saúde, prevenção primária e nos cuidados hospitalares. Além disso, é bom ressaltar que nenhum dos pesquisadores relatou em suas pesquisas intercorrências durante o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. SALES, Beatriz Alves *et al.* Acidente vascular encefálico hemorrágico: caso clínico multidisciplinar. *Facit Business and Technology Journal*, v. 2, n. 33, 2022.2 . Intervenção educativa no conhecimento dos familiares de pessoas com acidente vascular cerebral. Monografia (curso de especialização em linhas de cuidados de enfermagem). Florianópolis. UFSC, 2014, 28p.
2. AGUIAR, Érica Simões *et al.* Fatores que aumentam a incidência de mortalidade por acidente vascular encefálico. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, p. e30911124866-e30911124866, 2022.
3. MORAIS, Huana Carolina Cândido *et al.* Strategies for self-management support by patients with stroke: integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, p. 136-143, 2015.
4. GOMES, Shirley Rangel; SENNA, Mônica. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. *Cogitare Enfermagem*, v. 13, n. 2, 2008.
5. HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-

- cirúrgica. In: Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 2016.
6. GAGLIARDI, Rubens José. Prevenção primária da doença cerebrovascular. *Diag tratamento*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 88-94, 2015.
 7. SANTOS, Lucas Bezerra; WATERS, Camila. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 1, p. 2749-2775, 2020.
 8. CAVALCANTE, Tahissa Frota *et al.* Intervenções de enfermagem ao paciente com acidente cerebrovascular em reabilitação. 2018.
 9. LIMA, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, p. 785-792, 2016.
 10. PASSOS, Karen de Oliveira dos; CARDOSO, Maria Cristina de Almeida Freitas; SCHEEREN, Betina. Associação entre escalas de avaliação de funcionalidade e severidade da disfagia pós-acidente vascular cerebral. In: CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2017.
 11. DELBONI, Miriam Cabrera Corvelo *et al.* Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 2, p. 165-175, 2010.
 12. REIS, Rogério Donizeti *et al.* Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 641-650, 2016.
 13. Vieira, I. P., Rocha, K. F., Benites, J. E., de Oliveira, J. H. M., de Oliveira Pereira, T., Lescano, F. A., e Barbosa, S. R. M. (2020). Funcionalidade e qualidade de vida em pacientes pós acidente vascular cerebral. *Brazilian Journal of Development*, 6(4), 17391-17403.
 14. SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner e Suddarth, *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. In: Brunner e Suddarth, *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 2005. p. 1133-1133.
 15. LESSMANN, Juliana Cristina *et al.* Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, p. 198-202, 2011.
 16. DIEZ-TEJEDOR, E. *et al.* Classification of the cerebrovascular diseases. Iberoamerican Cerebrovascular diseases Society. *Revista de neurologia*, v. 33, n. 5, p. 455-464, 2001. POTTER, Patricia Ann. *Fundamentos de enfermagem*. Elsevier Brasil, 2006.
 17. NÓBREGA, Micaelle Ferreira *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente com acidente cerebrovascular: revisão integrativa da literatura brasileira. *Brazilian Journal of Development*, v. 5, n. 11, p. 27462-27478, 2019.
 18. MENDES, Fabrizio; DA SILVA, Marluclena Pinheiro; FERREIRA, Cecília Rafaela Salles. Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial na atenção primária. *Estação Científica (UNIFAP)*, v. 8, n. 1, p. 91-101, 2018.
 19. RADANOVIC, Márcia. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral

em hospital secundário. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 58, p. 99-106, 2000

20. SANTOS, José Miguel *et al.* Independência no autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: contribuição da enfermagem de reabilitação. *Enfermagem em Foco*, v. 12, n. 2, 2021.
21. PIMENTA lopes ribeiro, Olga Maria; ASSUNÇÃO santos pinto, Cândida; RIBEIRO de sousa regadas, Susana Carla. People dependent in self-care: implications for Nursing. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 4, n. 1, 2014.
22. MELO, Manuel Barnabé Moura Pinto de. “ Auto Cuidado em Doentes com Hemiplegia-Cuidados continuados de convalescença”. 2011.
23. DIOGO, Maria J9osé D.'Elboux. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 8, p. 75-81, 2000.
24. SALSELAS, Susana Catarina Sarmiento Banrezes. Ganhos em independência funcional no doente com AVC. 2016. Tese de Doutorado. Instituto Politecnico de Braganca (Portugal).
25. SILVA, Ramyres Stephane Costa; DE CASTRO REGO, Anna Larissa; JÚNIOR, Wandeclebson Ferreira. Assistência de enfermagem a pacientes idosos acometidos por acidente vascular cerebral. *Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX*, v. 17, n. 1, 2019.

Transtorno disfórico pré-menstrual: revisão sistemática

Premenstrual dysphoric disorder: Systematic review

*Isadora Marcon,
Emanuel Keween Bertol,
Zayne Ribeiro Zangirolami
Lauren da Silva Mello*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.6

RESUMO

O Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) acomete mulheres em idade reprodutiva na semana que antecede a menstruação, cessando nos primeiros dias após o início desta de forma cíclica. Representado por um conjunto de sintomas semelhantes à Tensão Pré-Menstrual (TPM), ambas se diferem em relação à intensidade, chegando o TDPM, a ser incapacitante. Apresenta sintomas relevantes emocionais, físicos e alterações comportamentais, sendo integrado ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais como Transtorno Depressivo (DSM-V) e assim, utilizando o mesmo para o diagnóstico. Esses sintomas psicossomáticos acabam prejudicando o cotidiano desse grupo de mulheres que são acometidas pelo TDPM, assim como as pessoas com quem convivem. Com inúmeras controversas sobre etiologia, epidemiologia, fatores de risco e tratamento, este artigo visa fornecer uma revisão atualizada acerca deste transtorno, pontuando teorias, aspectos clínicos e tratamentos atualmente disponíveis. Estudos apontam que a prevalência do TDPM varia de 2 – 8%, afeta principalmente mulheres jovens se caracterizando pela recorrência cíclica, durante a fase lútea e apresenta relação com depressão, dismenorreia grave/moderada além de provocar impactos socioeconômicos e familiares.

Palavras-chave: transtorno disfórico pré-menstrual. depressão. disforia. saúde da mulher.

ABSTRACT

Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) affects women of reproductive age in the week prior menstruation, ceasing in the first days after the beginning of the menstrual cycle, cyclically. It is represented by a set of symptoms similar to Premenstrual Tension (PMS), both differ in relation to intensity, as the PMDD can be disabling. It presents relevant emotional, physical and behavioral disorders, being integrated into the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders such as Depressive Disorder (DSM-V) and thus using it for diagnosis. These psychosomatic symptoms end up harming the daily life of this group of women who are affected by PMDD, as well as the people with whom they live. With numerous controversies on etiology, epidemiology, risk factors and treatment, this article aims to provide an updated review of this disorder, theories, clinical aspects and treatments currently available. The results indicate that the prevalence of PMDD varies from 2 – 8%, mainly affects young women characterized by cyclic recurrence during the luteal phase and is related to depression, severe/moderate dysmenorrhea, besides causing socioeconomic and family impacts.

Keywords: premenstrual dysphoric disorder. depression. dysphoria. women's health.

INTRODUÇÃO

Por muitos séculos, a saúde da mulher foi negligenciada sendo a menstruação considerada negativamente como impura e as mulheres como instáveis como consequência dos sintomas pré-menstruais. Na atualidade, alguns desses estereótipos foram sendo gradativamente desvendados pela medicina, contudo, ainda existem várias controversas em relação às etiologias dos transtornos pré-menstruais. Descrita e publicada pela primeira vez pelo ginecologista e pesquisador americano Robert Frank em 1931, a Tensão Pré-Menstrual era referida por um grupo de mulheres como “um sentimento de tensão indescritível que surge de dez a sete dias

antes da menstruação, perdurando em geral até o início do fluxo menstrual”. Todavia, os aspectos psiquiátricos, mudanças disfóricas do humor, tiveram um reconhecimento tardio no meio psiquiátrico e somente em 2012, a Associação Psiquiátrica Americana aprovou para a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) a integração do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) na categoria de Transtornos Depressivos, a qual estava desde 1985 como Apêndices B do DSM III-R.

Estudos apontam que 75% a 80% das mulheres apresentam uma síndrome psicossomática no período pré-menstrual, sendo alguns desses sinais e sintomas: isolamento social, confusão mental, ansiedade, irritabilidade, depressão, aumento do apetite, inchaço dos membros, cefaléia, inchaço abdominal ou mastalgia. A exacerbação desses sintomas é conhecida como Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) onde os sintomas psíquicos são mais relevantes e podem se tornar incapacitantes. Em média, 2 – 8% das mulheres são diagnosticadas com TDPM e existe uma similaridade sintomatológica com a depressão atípica, representada por humor deprimido, hipersonia, aumento no apetite com “desejo” por carboidratos, fadiga, ansiedade, irritabilidade.

Diagnóstico

O diagnóstico do TDPM é feito por meio da anamnese e exclusão de outras causas no exame físico, não havendo exames laboratoriais para a confirmação do diagnóstico. Em maior frequência, acomete mulheres em idade reprodutiva, entre 25 a 35 anos, e se caracteriza pela recorrência cíclica, durante a fase lútea de sintomas psicossomáticos e comportamentais, podendo assim durar de 5 a 15 dias. Além de piorarem com a proximidade da menstruação e aliviam de forma imediata ou logo após o fluxo menstrual.

As características essenciais são instabilidade no humor, irritabilidade, disforia, sintomas de ansiedade que ocorrem repetidamente durante a fase pré-menstrual do ciclo e aliviam por volta do início da menstruação ou logo após, podendo ser acompanhados de sintomas físicos e comportamentais. Devem ocorrer na maioria dos ciclos menstruais durante o último ano ou desde a menarca e ter algum efeito adverso socioeconômico.

O DSM-V (2014, p.171) aponta os seguintes critérios diagnósticos, na maioria dos ciclos menstruais do ano precedentes associados à avaliação prospectiva diária relatada pela própria paciente por pelo menos dois ciclos menstruais sintomáticos e a exclusão de efeitos fisiológicos de substâncias e outras condições médicas são consideradas como diagnóstico definitivo. Porém, se não confirmados os sintomas pela avaliação prospectiva, deve considerar o diagnóstico como provisório.

Foram relatados raros casos de delírios, alucinações e como “período de risco de suicídio” por algumas mulheres⁴. Estas são características raras, mas que associadas apoiam o diagnóstico.

Epidemiologia

Segundo Endicott (2000) e Dickerson *et al.* (2003), aproximadamente 3% a 11% das mulheres com sintomas pré-menstruais relatam que seus sintomas são graves ao ponto de prejudicarem ou serem incapacitantes em suas atividades cotidianas.

Contudo, a prevalência de 12 meses do TDPM está entre 1,8% e 5,8% nas mulheres em idade fértil. Ademais, as estimativas aumentam quando baseadas nos estudos retrospectivos em vez da avaliação diária.

Em relação ao curso do TDPM, a incidência de casos novos durante um período de acompanhamento de 40 meses é de 2,5%. Foram publicadas teorias apontando que quando se aproximam na menopausa, os sintomas referidos pela paciente pioram e no período pós-menopausa, cessam. Entretanto, o tratamento com reposição hormonal cíclica pode voltar a desencadear novas manifestações sintomáticas.

Estudos reportados por Chawla *et al.* (2002), indicam que 12,6% das mulheres apresentam critérios diagnósticos graves em um ciclo e no seguinte apresentam menos sintomas, contudo, com severidade.

Etiopatogenia

Entre as inúmeras propostas, a etiologia do TDPM segue sem uma conclusão definitiva e não excludente, apresentando diferentes mecanismos para seu surgimento e desenvolvimento. Figura entre suas possíveis causas fatores genética, neurobiológica e endocrinológica. A etiologia da TDPM segue desconhecida, sendo difícil atribuir um único fator etiológico. Porém, estudos recentes mostram que a TDPM estaria relacionada principalmente à queda abrupta do hormônio progesterona e estrógeno no período pré-menstrual, que afeta neurotransmissores responsáveis na regulação do humor, em especial a serotonina.

Mulheres que sofrem de TDPM são mais sensíveis aos efeitos desses hormônios, havendo maior sensibilidade ao receptor 5-HT. Alguns estudos também sugerem predisposição genética como um fator contribuinte. Entre as principais, até então, consideradas pela literatura, vale comentar:

Hormônios e Neurotransmissores

Algumas mulheres se encontram com uma predisposição a mudanças de humor no período pré-menstrual por uma sensibilidade cerebral às flutuações hormonais normais presentes no ciclo menstrual. Mesmo com níveis adequados dos hormônios gonadais, estas mulheres teriam maior tendência a alterações no SNC, principalmente na via serotoninérgica. Parece haver uma relação entre as concentrações séricas de alopregnanolona e a gravidade dos sintomas pré-menstruais, por outro lado, pode ser apenas que mulheres com TDPM sejam mais sensíveis à alopregnanolona.

De acordo com Cristina Marta Del Ben, professora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP uma das hipóteses seria que o metabólito da progesterona, alopregnanolona, em menor quantidade, interage menos com o sistema gabaérgico — principal agente inibidor do sistema nervoso central. Segundo Cristina, essa queda abrupta, ou seja, a falta repentina desse metabólito, o qual estaria ativando um sistema de neurotransmissão que ajuda a controlar sintomas de ansiedade, por exemplo, seria responsável por essas alterações clínicas.

Déficit e Sensibilidade à Serotonina

Dados recentes obtidos através dos estudos voltados à TDPM notaram que mulheres com transtornos de humor no período pré-menstrual podem ter sintomas psicossomáticos, de irritabilidade, humor deprimido, impulsividade e náuseas ligados à possível alteração de sensibilidade dos receptores 5HT1A ou níveis de serotonina diminuídos. Outra forte evidência é a resposta efetiva dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), onde cerca de 60% das pacientes com TDPM relatam uma reação positiva ao tratamento com ISRS, isso significa que a serotonina, isoladamente, não é a única variável etiológica nos casos.

Ácido Gama Amino-Butírico (GABA)

Mesmo tendo sua importância sendo o principal neurotransmissor inibitório na patogênese da TDPM, a influência do GABA ainda é desconhecida. Dados encontrados mostram níveis plasmáticos de GABA diminuídos durante a fase lútea nos casos estudados.

Circuitaria Cerebral

Segundo Berman *et al.* TDPM pode estar associado com uma perda diminuída de substância cinzenta cerebral com a idade. Apesar de incerto, o efeito de acúmulos cerebelares pode ter envolvimento.

Segundo Baller *et al.* em mulheres com TDPM, a memória de trabalho anormal está relacionada à gravidade do transtorno, sintomas, idade de início e impacto da doença, principalmente por ativação do córtex dorsolateral pré-frontal. Estes dados reforçam a teoria de que a disfunção do córtex dorsolateral pré-frontal significa um fator de risco para TDPM.

Alterações Genéticas

Evidências mostram que o TDPM pode ser hereditário, portanto, o estudo por genes é uma via importante para o melhor entendimento da sua fisiopatologia. Steiner *et al.* identificaram relação entre polimorfismo do gene transportador de serotonina e gravidade dos sintomas no TDPM, enquanto Huo *et al.* identificaram variação do alelo em ESR, um gene do receptor alfa estrógeno em mulheres com TDPM.

Fatores sócio-culturais e ambientais

Alguns alimentos como chocolate, cafeína, sucos de frutas e álcool parecem estar implicados no desenvolvimento dos sintomas. Estão associadas também as deficiências de vitamina B6 e de magnésio. Entretanto, as funções desses nutrientes na causa ou no tratamento não são totalmente confirmadas.

Mulheres com sintomas pré-menstruais respondem ao estresse de maneiras menos eficazes. Estudos relacionados encontraram respostas desreguladas cardiovasculares e neuroendócrinas a estressores laboratoriais em mulheres com TDPM.

Tratamento

Atualmente, ao redor de 75% das mulheres apresentam no período reprodutivo, sinto-

mas físicos e emocionais. Sintomas pré-menstruais usualmente são acompanhados de insatisfação sexual. Os baixos níveis circulantes de androgênios e globulina carreadora de hormônios sexuais (SHBG) se relacionam com maior inibição do interesse sexual.

O tratamento da TDPM tem como objetivo aliviar os sintomas da mulher, por não ter, até o momento da publicação deste artigo, nenhum tratamento que apresentou eficácia para eliminar todos os sintomas da TDPM, sendo assim, o tratamento é sintomático; obtendo como principais formas de tratamento fármacos como antidepressivos, anticoncepcionais, analgésicos, entre outros.

Psicofármacos

A princípio, recomendam-se os inibidores seletivos da recaptção da serotonina em uso contínuo (se houver depressão associada) ou intermitente (TDPM sem depressão) devido à principal hipótese etiopatogênica ser a vulnerabilidade e o desequilíbrio do sistema serotoninérgico, a partir de oscilações dos hormônios sexuais

Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), como a fluoxetina, sertralina, paroxetina, o escitalopram são as principais escolhas. Sendo esses, receitados pelo profissional da saúde (psiquiatra) para ajudar a aliviar os sintomas de disforia, cansaço, permutas de humor e ansiedade.

Segundo Halbreich *et al.* (2003), em seu estudo, a sertralina atuou melhor nos sintomas psíquicos e comportamentais em relação aos físicos. Com a posologia variando entre 50 a 200mg/dia. Também relataram evidências de efetividade com o uso de fluvoxamina, clomipramina, venlafaxina e duloxetina.

Pílula Anticoncepcional Oral

A pílula anticoncepcional proporciona níveis singelos de hormônios no ciclo menstrual, ocasionando assim uma redução nos sintomas; deve-se observar e monitorar o risco de trombose venosa, embolia pulmonar e hipertensão arterial.

Analgésicos

Fármaco do grupo dos anti-inflamatórios não-esteróides (AINE), como o ácido mefenâmico ou ibuprofeno, ajudam a aliviar principalmente as dores de cabeça, dismenorrea e também mastalgia. Os mesmos atuam diminuindo a liberação das prostaglandinas e apresentam boa resposta em até 90% dos casos.

Vitaminas e Suplementação

A suplementação de cálcio, piridoxina (vitamina B6) ou Magnésio apresentou uma melhoria no controle dos sintomas de humor, mas não para os sintomas físicos.

O estudo realizado por Thys-Jacobs *et al.* (1998) com 466 mulheres diagnosticadas com TDPM, indicou que o efeito do uso de Cálcio 600 mg em duas doses diárias comparado ao placebo, apresentou 48% de eficácia para a redução dos sintomas emocionais e físicos (exceto para fadiga e insônia), contra 30% do Grupo Controle.

Contudo a associação entre deficiências vitamínicas e sais minerais com TDPM não estar comprovada, são prescritos por alguns médicos.

Mudança no estilo de vida e comportamentais

Um estilo de vida saudável, incluindo dietas equilibradas, prática de exercício físico, evitar consumo de álcool e o fumo, uma boa qualidade de sono e uma dieta equilibrada fazem parte do pilar do tratamento.

Por meio de estudos, Lutsky *et al.* (2009) concluíram que o tratamento com psicofármacos possui uma maior eficácia do que a terapia cognitiva comportamental, porém, a mesma também oferece benefícios.

METODOLOGIA

A presente pesquisa fundamentou-se em uma busca bibliográfica de livros e artigos publicados (artigos originais, casos clínicos, revistas e revisões sistêmicas) entre os anos de 1982 e 2022.

Para tal finalidade, foram utilizadas bases de dados e buscas on-line com as seguintes palavras-chaves: Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, psiquiatria, depressão, saúde da mulher. Assim, foi utilizado o método dedutivo com o raciocínio descendente, objetivando a identificação das diversas contribuições científicas que se encontram à disposição sobre a temática.

Com o propósito de realizar uma revisão atualizada para a área de Medicina, assim como para as demais áreas da saúde, baseando-se na seleção analítica de leitura. Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo fornecer conhecimento, a fim de colaborar para a evolução da ciência e do conhecimento a cerca de um transtorno pouco conhecido, abordando o problema de pesquisa de forma qualitativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Objetivo geral desse trabalho foi apresentar a importância do conhecimento para o público alvo a respeito do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) o qual atinge mulheres em idade reprodutiva na semana que antecede a menstruação, chegando a ser incapacitante em determinados casos.

Difundir informações, descrever os sintomas e sinais e expor informações sobre tratamentos que inclui medicações como psicofármacos, anticoncepcionais orais, vitaminas, analgésicos, mas principalmente uma mudança no estilo de vida pode ajudar no diagnóstico precoce e melhor atendimento dessas mulheres.

REFERENCIAS

Rios AR, Novais DFF, Sathler AFE, Dias ALSFA, de Oliveira BL, Pego DF, de Vasconcelosl. HA, Almeida KC, FrareLEC., e Campelo TWM. (2020). Implicações do transtorno disfórico pré menstrual na qualidade de vida das mulheres: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica Acervo Científico, 13,

e4709. <https://doi.org/10.25248/reac.e4709.2020>

Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003;28:1-23.

Mortola JF, Girton L, Yen SSC. Depressive episodes in premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics e Gynecology* 1989;161:1682-7.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci*. 2000 Nov;25(5):459-68. PMID: 11109297; PMCID: PMC1408015.

Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. Premenstrual Syndrome Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179:444-52.

Lustyk MKB, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive behavioral therapy for premenstrual syndrome and pre-menstrual dysphoric disorder: A systematic review. *Arch Womens Ment Health*. February. 2009; 12:85-96.

Valadares GC, Ferreira LV, Correa Filho H, Romano-Siva MA. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão – con-ceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev. Psiq. Clín*. 2006; 33: 117-123.

Pires, Maria Laura Nogueira e Calil, Helena Maria Associação entre Transtorno Disfórico Pré-menstrual e Transtornos Depressivos. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 1999, v. 21, n. 2 [Acessado 20 Agosto 2022] , pp. 118-127. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000200011>>. Epub 16 Jun 2000. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000200011>.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de et al. Repercussões do transtorno disfórico pré-menstrual entre universitárias. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 31, n. 2, p. 105-111, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-81082009000200004>. Acesso em: 15 ago. 2022.

RMMG - Revista Médica de Minas Gerais - Estudo sobre o transtorno disfórico pré-menstrual em uma população de mulheres em Belo Horizonte. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1361>. Acesso em: 1 ago. 2022.

Choung CJ, Dawson EB. Critical evaluation of nutritional factors in the pathophysiology and treatment of pre-menstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol*. 1992.35:679-92

Rennó Jr J, Demarque R. Transtorno Disfórico Pré--Menstrual, em: Urbanetz AA, Luz SH. Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia. 2012;9: 35-55.

QUANDO a TPM se torna clínica: conheça a TDPM - Plenae. Disponível em: <https://plenae.com/parada-obrigatoria/quando-a-tpm-se-torna-clinica-conheca-a-tdpm/>. Acesso em: 1 ago. 2022.

REBELO, Marta. Visão | Quando o período é doença mental - o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual. 30 jun. 2022. Disponível em: <https://visao.sapo.pt/opiniao/ponto-de-vista/2022-06-30-quando-o-periodo-e-doenca-mental-o-transtorno-disforico-pre-menstrual/>. Acesso em: 2 ago. 2022

Efeitos do exercício físico na qualidade de vida em paciente com tratamentos oncológicos: um estudo de caso

Effects of physical exercise on quality of life in patients with oncological treatments: a case study

*Karine Krizizanovski
Ricardo Cunha*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.7

RESUMO

A presente pesquisa trata-se de um estudo de caso em uma mulher com diagnóstico de neoplasia de câncer de mama a qual não era praticante de exercício físico regular e foi submetida a intervenção com finalidade de avaliar os benefícios ou não do exercício físico no tratamento como base para análise foi usado o questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30: EORTC QLQ-C30* o qual trata-se de uma análise específica para esse tipo de caso, bem como uma anamnese complementar de dados seguido do TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido) sob avaliação da percepção de esforço pela escala de Borg logo após a finalização do treino e após os 30 minutos os exercícios foram realizados durante 6 semanas de 2 vezes por semana com duração de 45 minutos de duração, por se tratar de uma pesquisa de cunho individual foi trabalhado de forma específica e adaptada os exercícios para a aluna conforme sua condição e resposta mediante a intervenção. Foi observado que após o período de 6 semanas foi encontrado uma melhora significativa em: limitação a atividades diárias, atividades de lazer, dor, sono, descanso, fraqueza, constipação, concentração, tensão, irritação como a avaliação da qualidade de vida geral de 4 passou a 6. Sendo de extrema importância ressaltar que os exercícios escolhidos tiveram a intenção de atender as necessidades e respostas da mesma.

Palavras-chave: câncer de mama. quimioterapia. exercício.

ABSTRACT

The present research is a case study in a woman diagnosed with breast cancer who was not a practitioner of regular physical exercise and underwent intervention in order to evaluate the benefits or not of physical exercise in the treatment. As a basis for analysis, the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30: EORTC QLQ-C30 questionnaire was used, which is a specific analysis for this type of case, as well as a complementary anamnesis of data followed of the TCLE (Term of Free and Informed Consent) under evaluation of the perception of effort by the Borg scale soon after the end of the training and after 30 minutes the exercises were performed for 6 weeks twice a week lasting 45 minutes, as it is an individual research, the exercises were specifically worked on and the exercises were adapted for the student according to her condition and average response you the intervention. It was observed that after the 6-week period, a significant improvement was found in: limitation to daily activities, leisure activities, pain, sleep, rest, weakness, constipation, concentration, tension, irritation as the evaluation of the general quality of life of 4 became 6. It is extremely important to emphasize that the exercises chosen were intended to meet the needs and responses of the same.

Keywords: breast cancer. chemotherapy. exercise.

INTRODUÇÃO

Segundo os dados da OMS (Organização Mundial da Saúde) “o câncer é a segunda principal causa de morte no mundo e é responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018. Aproximadamente 70% das mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda cerca de um

terço das mortes por câncer se devem aos cinco principais riscos comportamentais e alimentares: alto índice de massa corporal, baixo consumo de frutas e vegetais, falta de atividade física e uso de álcool e tabaco, os cânceres causados por infecções, são responsáveis por aproximadamente 22% das mortes pela doença em países de baixa e média renda.

Câncer é um termo genérico para um grande grupo de doenças que pode afetar qualquer parte do corpo outros termos utilizados são tumores malignos e neoplasias. Uma característica que define o câncer é a rápida criação de células anormais que crescem além de seus limites habituais e podem invadir partes adjacentes do corpo e se espalhar para outros órgãos, conhecido como metástase visto que a metástase é a principal causa de morte sendo o responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes em 2018. Os tipos de câncer mais comuns são: Pulmão (2,09 milhões de casos) Mama (2,09 milhões de casos). ” Dados OMS (Organização Mundial da Saúde)

Para o Brasil os dados do INCA (Instituto Nacional de Câncer), “apresenta uma estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). ”

Os benefícios da prática de exercício físico são de uma consideração extremamente importante pois controla o estresse, aumenta o bem-estar, aumenta a capacidade física, melhora a aptidão alimentar; diminui o cansaço, contribui para o bom funcionamento dos órgãos, fortalece a musculatura, diminui e controla o peso, melhora da função cardiovascular e respiratória visando também seus benefícios psicológicos melhora o sono, melhora a relação social, aumento da capacidade cerebral, melhora a autoestima, alivia os sintomas da ansiedade. (HAYES, NEWTON, SPENCE e GALVÃO, 2019)

A prática de exercício físico no processo de reabilitação pode otimizar os benefícios principalmente desde o diagnóstico da doença permite a redução tanto dos efeitos colaterais, como das células cancerígenas. Dessa forma a prática de exercício físico deve ser considerada como um tratamento adjuvante ao convencional contra o câncer. (NOGUEIRA e LIMA, 2018).

O exercício físico de média intensidade promoveu efeitos benéficos reduzindo a sensação de fadiga e a percepção da dor, aumentando a força e o trefismo muscular, melhorando sintomas depressivos, a independência funcional e a qualidade de vida. (SOARES, 2021).

OBJETIVO

A presente pesquisa teve por objetivo analisar uma mulher com 49 anos com diagnóstico de câncer a qual foi submetida a exercícios físicos e seu estilo de vida relacionando os efeitos benéficos ou não no tratamento convencional da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso qualitativo e quantitativo, realizado no Departamento de Educação Física da Universidade Positivo. O estudo de caso foi realizado em uma mulher de 48 anos com diagnóstico de câncer de mama sendo diagnosticada com a neoplasia em junho

de 2021, não praticante de exercício físico, foi utilizado como análise a ferramenta utilizada será o questionário padronizado de qualidade de vida *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*: EORTC QLQ-C30 (Version 3 anexo 1) Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer Qualidade de Vida Questionário Básico, específico para pacientes oncológicos validado para a língua portuguesa, contendo 30 perguntas sobre o estado em que se encontra psicologicamente e fisicamente cada paciente bem como uma anamnese complementar (Anexo 2) contendo dados pessoais. O critério de inclusão primeiramente foi apresentado a aluna o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Anexo 3). Seguido de uma periodização durante 6 semanas de treinos aplicados 2 vezes por semana com tempo máximo de 45 minutos com avaliação de intensidade de treino por escala de Borg (Anexo 4) logo após o treino e avaliação após 30 minutos.

Exercícios trabalhados foram sendo periodizados conforme a resposta fisiológica da aluna mediante suas avaliações bem como suas necessidades e disponibilidades. Sendo trabalhados exercícios aeróbicos, anaeróbicos, alongamentos e exercícios de respiração ao final de cada treino visto que a mesma teve COVID-19 em junho de 2021.

RESULTADOS

Diário de intervenção

Na semana que iríamos dar iniciação aos treinos que seria no dia 08/09/2021 aluna havia realizado sua 3ª sessão de quimioterapia e teve uma reação alérgica sendo assim tivemos que adiar o início 24/09/2021, porém a aluna estava com diarreia, insônia estava se sentindo fraca e realizamos a primeira sessão de treino no dia 25/09/2021 com sua melhora, os exercícios escolhidos tiveram o princípio de seguir um treino iniciante que outras pesquisas apontam ser viável para esse grupo de indivíduos sendo adaptado para a aluna com suas restrições e seus objetivos pensando em sua qualidade de vida e individualidade biológica sendo os seguintes:

DISCUSSÃO

1ª semana foi realizado apenas um treino para adaptação e considerando que a aluna não praticava exercício físico regularmente como apresentado por (J.G.L. de Castro Filha et al.; 2013) “as duas primeiras voltadas para familiarização com os exercícios” no qual obtiveram êxito e pensando em uma progressão de qualidade dos treinos seguintes para que não limitar a aluna nos próximos treinos por fadiga visto que (BATTAGLINI C. et al. 2006) em sua pesquisa observou que “um protocolo de exercício enfatizado com treinamento de resistência pareceu ser benéfico para o aumento de força muscular e para a redução de fadiga em pacientes com câncer de mama sob tratamento.”

2ª semana foi uma progressão da primeira semana visto que a aluna apresentou estar recuperada para o treino, bem como relatou uma melhor qualidade de sono e reduziu efeitos da ansiedade como apresentado por (DA SILVA BATISTA W.; ORNELLAS FH. 2013) “o exercício é um potente instrumento para o combate e prevenção de problemas psíquicos como ansiedade e depressão”.

3ª semana o treino foi realizado exercícios mais leves pensando na condição em que se encontrava a aluna e para a rotina do dia seguinte da sessão de quimioterapia com relação a pesquisa realizada por (BATISTA DO NASCIMENTO E. *et al.*). “os efeitos positivos do exercício podem variar significativamente em função do tipo de câncer, da intensidade, da frequência e duração do programa de exercícios e do estilo de vida do paciente”

4ª semana foi inserida variáveis como carga, pela aluna apresentar adaptação aos pesos utilizados em determinados exercícios e sentir segura para a progressão sem apresentar extrema fadiga visto em (NOGUEIRA HS.; LIMA W.P., 2018) o qual após uma revisão narrativa concluiu que “postula-se como prioridade a elaboração adequada da periodização do treinamento físico, objetivando oferecer os melhores resultados possíveis com essa prática. ”

5ª e 6ª semana manteve-se o protocolo para finalização da última semana a aluna apresentou sentir leve desconforto muscular, o que não a impediu de realizar suas atividades cotidianas e a sequência de treinos, a qual relatou após as sessões sentir se mais disposta fisicamente e psicologicamente. Segundo (VILANOVA ARAUJO R *et al.*, 2018) após uma revisão sistemática no qual foi identificado que “efeito positivo da meditação na redução do estresse psicológico de mulheres com neoplasia mamária, assim como na depressão, ansiedade, fadiga, insônia, medo de recorrência e ruminação, representando uma estratégia para o enfrentamento da doença e para a melhoria da qualidade de vida. ”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com análise nos questionários aplicados foi possível observar que após o período de 6 semanas foi encontrado uma melhora significativa em: limitação a atividades diárias, atividades de lazer, dor, sono, descanso, fraqueza, constipação, concentração, tensão, irritação como a avaliação da qualidade de vida geral de 4 passou a 6. Como apresentado por (J.G.L. de Castro Filha *et al.*, 2013) no qual apresentou melhoras significativas para o GE versus GC, no qual concluíram que “que a prática de exercício físico durante o tratamento de câncer contribui com melhorias dos aspectos psicológico, social e físico, porém é importante considerar quais práticas podem ser desenvolvidas com esse público e em qual momento do tratamento essas podem ser inseridas. É importante ressaltar que os exercícios e suas variáveis foram devidamente selecionados pensando se tratar de um estudo em um único indivíduo, devido as suas respostas mediante cada sessão de treino.

REFERÊNCIAS

AARONSON N.; AHMEDZAI S.; BERGMAN B.; BULLINGER M.; CULL A.; DUEZ N.; *et al.* The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 85, No. 5, March 3, 1993.

BATTAGLINI C. *et al.*; The effects of resistance training on muscular strength and fatigue levels in breast cancer patients. *REV.BRAS MED ESPORT* Vol 12 nº13 Mai/Jun 2006.

BATISTA DO NASCIMENTO E. *et al.*; Câncer: benefícios do treinamento de força e aeróbio. *R. da Educação Física/UEM Maringá*, v. 22, n. 4, p. 651-658, 4. trim. 2011.

BLANEY J.M., LOWE-STRONG A., RANKIN-WATT J., CAMPBELL A., GRACEY J.H., Cancer survivors' exercise barriers, facilitators and preferences in the context of fatigue, quality of life and physical activity participation: a questionnaire–survey. *Psycho-Oncology* 22: 186–194 (2013) Published online 6 October 2011 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/pon.2072.

CAETANO A.; TOSCANO J.; Correlação entre exercício físico, qualidade de vida e níveis de fadiga nos pacientes em tratamento quimioterápico. *GEPNEWS*, Maceió, a.3, v.2, n.2, p.290-298, abr./jun. 2019.

CORMIE P.; NOWAK AK.; CHAMBERS SK.; GALVÃO D.; NEWTON RU.; The potential role of exercise in neuro-oncology. April 2015, Volume 5, Article 85.

COTMAN, C.W., ENGESSER C. Exercise enhances and protects brain function. *Exerc. Sport Sci. Rev.*, Vol. 30, No. 2, pp. 75–79, 2002.

DA SILVA BATISTA W.; ORNELLAS FH. Exercício físico e depressão: relação entre o exercício físico e o grau de depressão *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, São Paulo, v.7, n.42, p.474-482. Noz/Dez. 2013.

DIMEO FC, Effects of Exercise on Cancer-Related Fatigue. Institute of Sports Medicine, University Hospital Benjamin Franklin, Freie Universitaet Berlin, Berlin, Germany. 2001 American Cancer Society.

FRANCESCHINI J.; SANTOS AA.; EL MOUALLEM I.; JAMNIK S.; UEHARA C.; FERNANDES ALG *et al.* Assessment of the quality of life of patients with lung cancer using the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey. 2008

HAYES SC.; NEWTON RU.; SPENCE R.; GALVÃO D.; The Exercise and Sports Science Australia position statement: Exercise medicine in cancer management. 2019

ISMAIL RK.; SCHRAMEL.; DARTEL.; HILARIUS.; BOER.; *et al.* The Dutch Lung Cancer Audit: Nationwide quality of care evaluation of lung cancer patients. *Lung Cancer* 149 -2020 68–77.

J.G.L DE CASTRO FILHA *et al.* Influências do exercício físico na qualidade de vida em dois grupos de pacientes com câncer de mama *Revista brasileira de ciências do esporte* 2016.

JUNIOR MP.; JORDÃO P.; Efeito do exercício físico sobre a qualidade de vida e a composição corporal em sobreviventes de câncer de mama: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, São Paulo Vol. 10 n.61.p602-608. Set/Out 2016.

KUDERER NM.; CHOUERI TK.; SHAH DP.; SHYR Y.; RUBINSTEIN SM.; *et al.* Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study. American Cancer Society, National Institutes of Health, and Hope Foundation for Cancer Research. 2020.

KRAMER, ARTHUR F., KIRK I. ERICKSON, AND STANLEY J. COLCOMBE. Exercise, cognition, and the aging brain. *J Appl Physiol* 101: 1237–1242, 2006.

NOGUEIRA HS.; LIMA WP. Cancer, immunological system and phisical exercise: narrative review. *Corpoconsciência Cuiabá –MT*, Vol.22, n.01, p40-52, jan. /abr.,2018.

PINTO SS.; ANDRADE LS.; FONSECA ML.; NANINI L.; CALONEGO C.; MEIRELES EG.; *et al.* Physical exercise using telehealth and fatigue in breast câncer survivors: an intervention in the days of COVID-19. Universidade Federal de Pelotas Escola Superior de Educação Física, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*.2020

PRESTES, J.; DONATTO, F.F.; DIAS, R.; FROLINNI, A.B.; CAVAGLIERI, C.R. Papel da Interleucina-6 como um sinalizador em diferentes tecidos durante o exercício físico. *Fitness e Performance Journal*, v.5, nº 6, p. 348-353, 2006.

SEIXAS RJ.; KESSLER A.; FRISON VB. Physical Activity and Quality of Life in Patients with Cancer during Chemotherapy Treatment. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2010; 56.

SOARES PLO, RATTES TSR, ALLAHDADI AQGS. Effects of exercise in oncological patients in palliative care. *Revista Amazônia Science e Health* 2021, Vol. 9, Nº 1.

TOMINAGA N.; KOSAKA N.; ONO M.; KATSUDA T.; YOSHIOKA Y.; TAMURA K.; ET AL. Brain metastatic cancer cells release microRNA 181c-containing extracellular vesicles capable of destructing blood–brain barrier. *Nature communications* 2015.

VILANOVA ARAUJO R *et al.*; Efeito da meditação no nível de estresse psicológico de mulheres com neoplasia mamária: revisão sistemática *Rev Esc Enferm USP* 2019.

A influência da vitamina C no combate ao envelhecimento – única 2021/2

The influence of vitamin C in the fight against aging – única 2021/2

Adriana Rosária de Souza Ferreira

Discente do curso Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP).

Franciele da Cruz Gomes.

Discente do curso Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP).

Ingrid Fernandes Barbosa

Discente do curso Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP).

Jéssica Cristina Oriques da Silva Eleutério

Discente do curso Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP).

Letícia Sabrina Rodrigues e Silva

Discente do curso Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP).

Marcia Santana da Costa

Discente do curso Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP).

Patrícia Silva Bragança Scopel

Discente do curso Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP).

Monyck Suelen de Aguiar Silva

Professora Orientadora. Docente da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP).

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.8

RESUMO

O Ácido ascórbico (AA) ou vitamina C é uma substância hidrossolúvel e termolábil, possuindo baixo peso molecular e apresentando funções distintas ao organismo. Seres humanos e outros mamíferos não possuem a enzima gulonolactona oxidase que sintetiza a vitamina C a partir da glicose, por isso ela deve ser ingerida e sua dose diária é cerca de 100mg. Dentre suas atribuições, a vitamina C detém uma ação fotoprotetora, além de atuar como coenzima das enzimas lisil e prolil hidroxilases que são essenciais na produção das fibras de colágeno, isto é, a falta dessa vitamina causa ausência na produção de novas fibras de colágeno gerando danos a pele, caracterizando o envelhecimento. A pele envelhecida é recorrente de fatores extrínsecos como excesso de álcool, raios UV e estresse oxidativo ou fatores intrínsecos relacionados com a idade, que acarreta uma deterioração geneticamente programada, reduz a capacidade das células se renovarem e regenerarem e, além disso, a ação dos fibroblastos reduz a produção das fibras de colágeno, possibilitando uma pele com aspecto flácido. Entretanto, há situações que podem proporcionar o retardamento do envelhecimento da pele como a ingestão de alimentos que contém a vitamina C, o uso oral de efervescentes e a aplicação tópica de produtos que utilizam a vitamina C em sua composição potencializando o combate ao envelhecimento. Utiliza-se também técnicas estéticas como a radiofrequência com o uso tópico de vitamina C e o microagulhamento que favorece a formação de novas fibras de colágeno reduzindo rugas, linhas de expressão e flacidez resultando numa pele mais jovem e saudável.

Palavras-chave: vitamina C. envelhecimento. ácido ascórbico. colágeno.

ABSTRACT

The Ascorbic acid (AA) or vitamin C is a water-soluble and heat-labile substance with low molecular weight, presenting different functions to the organism. However, humans and other mammals do not have the enzyme gulonolactone oxidase that synthesizes vitamin C from glucose, so it must be ingested and its daily dose is about 100mg. Among its attributions, vitamin C has a photoprotective action and produces the enzymes lysyl and prolyl hydroxylases that help in the production of collagen fibers, that is, the lack of this vitamin causes an absence of collagen, causing damage to the skin, characterizing aging. Aged skin is recurrent of extrinsic factors such as excess alcohol, UV rays and oxidative stress or intrinsic factors related to age that leads to genetic deterioration where there is a reduction in the capacity of cells to renew and regenerate, in addition to the action of fibroblasts reduces the production of collagen fibers enabling a less elastic skin with a flaccid appearance. However, there are situations that can delay skin aging, such as eating foods that contain vitamin C, oral use of effervescent and topical application of products that use vitamin C in their composition, enhancing the fight against aging. Esthetic techniques are also used, such as radiofrequency with the topical use of vitamin C and microneedling, which favors the formation of new collagen fibers, reducing wrinkles, expression lines and flaccidity, resulting in younger and healthier skin.

Keywords: vitamin C. aging. ascorbic acid. collagen.

INTRODUÇÃO

A vitamina C contém vários fatores positivos para o uso estético, é utilizado nos mais variados protocolos e associados com diversos outros ativos. A estrutura química da vitamina C pertence ao grupo de hidrossolúveis, ou seja, vitaminas que são diluentes em água, as formas de eliminação podem ser através das fezes, suor e urina, pois grande maioria não se armazena no corpo. Devido ao fator de ser essencial para o funcionamento celular tem o seu uso diário recomendado, para que não ocorra a baixa porcentagem deste elemento em nosso corpo. Sua forma estável é seca e se apresenta como uma substância na cor branca, por este motivo se oxida facilmente exposta ao calor ou em alguma solução. Sendo atualmente utilizada no combate ao processo de envelhecimento (CAVALARI; SANCHES, 2018).

O envelhecimento ocorre de forma natural, lento e progressivo, que acomete todo ser humano. Existem elementos que podem provocar ou adiar esse processo biológico. Com o decorrer da idade a pele sofre modificações cutâneas devido a alterações fisiológicas e morfológicas no organismo. O envelhecimento é ocasionado por fatores intrínsecos que estão ligados a genética e a fatores extrínsecos, que estão relacionados ao meio externo (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018)

Nosso organismo realiza a absorção da vitamina C através do transporte ativo, quando absorvida a vitamina C percorre para a corrente sanguínea de forma rápida, sendo distribuída para todos os tecidos do corpo. Ela vem se destacando como um bom antioxidante para o nosso organismo, mas não somente isso, pois ela tem diversas outras funcionalidades, dentre elas podemos citar que pode auxiliar no processo de cicatrização, diminuição de doenças cardiovasculares, prevenir a pele dos danos causados a exposição ao sol, auxilia no combate a infecções, diminui os níveis de triglicédeos, auxilia na absorção de ferro, bem como no fortalecimento do sistema imunológico. Além disso a vitamina C tem sua relação direta com a síntese de colágeno, sendo o colágeno uma das proteínas que mais sofre deterioração no processo de envelhecimento (CAVALARI; SANCHES, 2018; FERREIRA *et al.*, 2020).

Este trabalho tem como objetivo geral apresentar o princípio ativo vitamina C, que pode ser utilizado com intuito de retardar, bem como prevenir o envelhecimento precoce da pele, juntamente com procedimentos. Sendo os objetivos específicos descrever o processo de envelhecimento, e o benéfico da vitamina C na pele. A interdisciplinaridade do trabalho envolve as disciplinas de Estética e Bioquímica clínica II sendo as disciplinas estudadas em curso. Enquanto as disciplinas já cursadas são Anatomia, Fisiologia, Farmacologia, Histologia e Química.

METODOLOGIA

O presente trabalho consistiu em uma revisão de literatura com caráter descritivo. Essa busca literária foi criteriosa, os materiais selecionados foram de acordo com o objetivo do estudo e o ano de publicação, sendo utilizados somente livros e documentos publicados entre os anos de 2011 a 2021. Realizou a pesquisa a partir de textos encontrados nas bases de dados eletrônicas publicados em periódicos nacionais, como Google Acadêmico, SciELO, Livros, Pub Med, utilizando as seguintes palavras-chave: vitamina C, envelhecimento, Ácido ascórbico e colágeno. Selecionou-se artigos, dissertações e livros totalizando 18 documentos, cujo critério de inclusão

foram assuntos relacionados ao tema. Utilizou-se materiais bibliográficos da língua vernácula.

DESENVOLVIMENTO

Vitamina C

O Ácido ascórbico (AA) é o nome químico da vitamina C representado por duas substâncias, sendo uma delas o ácido, porém este não está na classe dos ácidos carboxílicos e ascórbica que representa a sua importante função biológica contra a doença escorbuto, doença na qual foi desencadeada pela ausência da vitamina C no organismo, descoberta no final da idade média (PUHL *et al.*, 2018).

A molécula da vitamina C (C₆H₈O₆) é formada por seis átomos de carbono, seis átomos de oxigênio e oito átomos de hidrogênio. Os átomos são organizados em forma de arranjo molecular, inserindo os átomos quirais e os átomos de carbono específicos, se tornando uma molécula vitaminada (SALVADOR; JUNIOR; CHIARI-ANDRÉO, 2016).

O AA é solúvel em água e sensível ao calor. Humanos não são capazes de produzir essa molécula, portanto o consumo e/ ou sua suplementação é fundamental, a dose diária sugerida é cerca de 100 mg. Em casos específicos como portadores de infecções, gestantes e lactantes a dose diária pode ser ainda mais superior. Sua eliminação se dá por meio do suor, urina, fezes e por via respiratória. Essa vitamina é essencial para o funcionamento celular, tem ação antioxidante e, sobretudo, no tecido conjuntivo no decurso da constituição do colágeno (SANTOS *et al.*, 2019).

Desse modo o AA aquoso possui uma excelente capacidade de se oxidar protegendo as células e os tecidos de se oxidarem, tornando um poderoso antioxidante, responsável por combater os radicais livres que são responsáveis pelo envelhecimento. Ele atua também na síntese de colágeno, agindo como um co-fator para as enzimas férricas lisil e propil hidroxilases, impedindo suas oxidações e permitindo que realizem a hidroxilação nos vários peptídeos colágenos. Essas alterações possibilitam a formação do colágeno maduro e a propagação de colágeno tipo I mais abundante e tipo III, pelos fibroblastos presentes na derme, esses que conferem resistência e elasticidade a pele (MANGELA; MARTINS, 2021).

ENVELHECIMENTO

Em decorrência dos anos vividos, as manifestações do envelhecimento são inevitáveis, acontece em todos os órgãos inclusive na pele, ficando de forma mais visível. As transformações das estruturas da pele estão relacionadas ao envelhecimento e tornam-se mais aparentes a partir dos 30 anos, levando assim ao surgimento das disfunções estéticas que podem causar alterações nos tons da pele tornando a amarela ou translúcida com enrugamentos, manchas e perda do viço, em decorrência aos fatores de envelhecimento intrínseco e extrínseco (FERRAZ *et al.*, 2021).

Esses sinais que representam o processo fisiológico são as perdas das funções do tecido conjuntivo, onde o colágeno se enrijece, as fibras elásticas perdem um pouco a elasticidade,

ocorre também uma diminuição dos glicosaminoglicanos, junto com a redução de água. As fibras de elastina e de colágeno são deterioradas e conseqüentemente irão interferir no tônus e na elasticidade da pele, causando flacidez. Além disso, outros elementos que contribuem na sustentação do tecido epitelial, também sofrem modificações. Há diminuição do tecido subcutâneo, perda muscular e a remodelação óssea, alterando a anatomia facial, podemos citar como exemplo, o surgimento do sulco nasogeniano (DAL'ASTA; STEFANELLO, 2016; SILVA; ANDREATA, 2017).

Portanto, a flacidez da pele facial, depressão muscular, diminuição da gordura, remodelação óssea e perda da sustentação facial são consideradas as principais disfunções estéticas que caracterizam o envelhecimento. A perda das fibras elásticas, com baixa oxigenação dos tecidos causam uma pele desidratada, surgindo assim as rugas. As rugas podem ser profundas ou superficiais, estáticas e dinâmicas. O processo de envelhecimento pode ser dividido entre dois fatores, sendo eles fatores intrínsecos, que estão ligados a genética e fatores extrínsecos que estão relacionados ao meio externo (SILVA; BRITO, 2017; SILVA; PINTO; BACELAR, 2018).

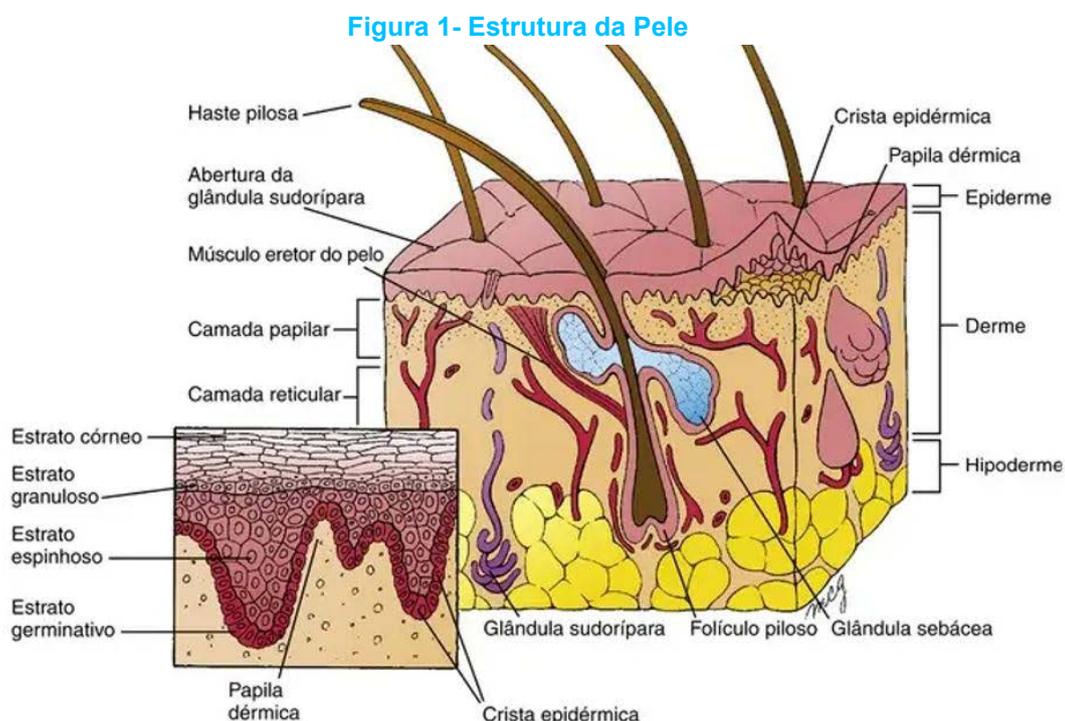
O envelhecimento intrínseco está associado a fatores genéticos, sendo caracterizados como o envelhecimento cronológico, o qual ocorre ao longo da vida com o avanço da idade, tendo sua contribuição para esse processo a diminuição da síntese da matriz dérmica o crescimento das enzimas com capacidade de destruir a matriz do colágeno, a redução da capacidade das células se dividirem mediada pelo encurtamento dos telômeros que não se replicam e a ação dos radicais livres com sua toxicidade no organismo ocorre em função da incapacidade do corpo de eliminar de maneira adequada a energia produzida pelo mesmo, sendo associado ao desenvolvimento da expressão de genes do envelhecimento (PAVANI; FERNANDES, 2017; SILVA; ANDREATA, 2017).

Em contra partida, o envelhecimento extrínseco está associado a alterações externas que influenciam acelerando o processo de envelhecimento natural, podemos citar como exemplos a exposição excessiva aos raios ultravioletas (UV), pois os raios UVA em excesso podem atingir os fibroblastos o que vai levar a redução da elasticidade da pele por terem sua importância na sintetização da vitamina D e os raios UVB por serem mais nocivos podem levar ao surgimento de queimaduras na pele, além de poder interferir na produção de colágeno. O uso do tabaco e consumo excessivo de álcool, pois quando consumido eles impedem a oxigenação nos tecidos e dificulta o fluxo sanguíneo. O excesso de poluição, pois leva ao aumento da produção dos radicais livres causando o estresse oxidativo. A alimentação não saudável, na qual se tem uma carga excessiva de carboidratos podem elevar a produção de radicais livres e acelerar o processo de envelhecimento (ALVES; ESTEVES; TRELLES, 2013; BARBON; WIETHOLTER; FLORES, 2016; CARVALHO *et al.*, 2016).

Vitamina C no combate ao envelhecimento

A vitamina C na pele auxilia no favorecimento do colágeno por ser um poderoso antioxidante que pode promover uma proteção celular, como também um excelente despigmentante quando utilizado em manchas, pois ela pode inibir e diminuir a quantidade de melanina na pele. A aplicação da vitamina C pode ser realizada de forma oral através de alimentos ricos em vitamina C ou suplementação, mas promovendo pouca absorção, como também de forma tópica sobre a pele promovendo uma absorção de cerca de 15% a mais é assim podendo auxiliar na

reestruturação da nutrição da epiderme o que por consequência ajuda no combate das rugas e assim retardando o processo de envelhecimento. Na figura abaixo, observamos as estruturas da pele onde a função da vitamina C se encontra nesta estrutura quando aplicada de forma correta, contudo pode ter seus efeitos reduzidos em parte devido a sua instabilidade de estrutura quando entra em contato com exposição a luz, ao ar e altas temperaturas, sendo imprescindível o armazenamento correto de produtos que tenham como princípio ativo a vitamina C para que seus efeitos não sejam diminuídos quando aplicados (CAMPOS; CALEGARI; SILVA, 2017).



Fonte: (SCHOENWOLF, 2016, p. 259).

O déficit de vitamina C no organismo pode acelerar o envelhecimento da pele. No entanto, somente a ingestão de alimentos não são suficientes para o organismo no combate ao envelhecimento precoce, pois o transporte dessa vitamina até a pele e sua concentração é restrita, dessa forma para preencher essa falta é comum utilizar produtos estéticos de aplicação tópica com esse ativo encontrado de três formas sendo o ascorbil-6- palmitato, fosfato de ascorbil magnésio e ácido L-ascórbico (PUHL *et al.*, 2018).

A aplicação da vitamina C de forma tópica sobre a pele pode ter seus efeitos mais prolongados, mas vale ressaltar que existem algumas formulações que possuem uma instabilidade em sua fórmula que impede de penetrar no estrato córneo perdendo seu principal efeito na pele. Contudo a utilização junto a algumas técnicas podem promover a potencialização desse tratamento, como exemplo a técnica de microagulhamento, onde essa técnica agirá como potencializador da permeação da vitamina C, fazendo com que uma maior quantidade de ácido ascórbico chegue até as camadas da derme. Outra técnica para utilizar a vitamina C foi observada em um estudo realizado por Silva e Andreatta (2017) foi visto que a aplicação na técnica de radiofrequência com uso tópico de vitamina C pura 10% houve redução de linhas de expressão e rugas, como também evolução na pele em geral (MANGELA; MARTINS, 2021; SILVA; ANDREATTA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vitamina C tem seu papel fundamental, seja na produção de colágeno, na regulação de algumas funções do organismo, como também quando utilizada em procedimentos estéticos, com o objetivo de reduzir ou retardar os efeitos do envelhecimento. O envelhecimento é o processo natural da vida, contudo devido aos avanços em pesquisas e tecnologias, atualmente existem vários métodos para promover o rejuvenescimento da pele. O estudo retrata a importância da vitamina C quando utilizada de forma correta, evidenciando seus benefícios no combate ao envelhecimento precoce e conhecimento de uma forma geral.

REFERÊNCIAS

ALVES, R.; ESTEVES, T. C.; e TRELLES, M. A. (2013) Fatores intrínsecos e extrínsecos envolvidos no envelhecimento da pele. *Cir.plást. iberolatinoam.*-Vol. 39 - Nº 1 Enero - Febrero - Marzo 2013 / Pag. 89-102. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v39n1/pt_original13.pdf. Acesso em: 05 out. 2021.

BARBON, F. J.; WIETHOLTER, P.; e FLORES, R. A. (2016) Alterações celulares no envelhecimento humano. *J Oral Invest*, 5 (1), 61-65, 2016. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/JOI/article/view/1379/pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

CAMPOS J. O.; CALEGARI A.; SILVA V. G. (2017) Os efeitos da microdermoabrasão com peeling de diamante associado à vitamina c tópica no envelhecimento facial. *Rev. Inspirar Mov. Saúde*. 2017; 13(2):11-5. Disponível em: <http://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2017/05/revista-inspirar-ms-42-476-2015.pdf>. Acesso em: 19 set. 2021.

CARVALHO, A.; *et al.* (2016) Envelhecimento cutâneo induzido pelo tabagismo. *Ata de ciências da saúde*. Disponível em: <http://conic-semesp.org.br/anais/files/2015/trabalho-1000019479.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.

CAVALARI, T. G. F.; SANCHES, R. A. (2018) Os efeitos da vitamina C. *Revista Saúde em Foco*, p. 749-765, 2018. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/09/086_Os_efeitos_da_vitamina_C.pdf. Acesso em: 05 set. 2021.

DAL'ASTA, C. D.; STEFANELLO B. O. (2016) "Lifting supra-auricular" com uso de preenchedores: nova técnica. *Surgical e Cosmetic Dermatology*, v. 8, n. 4, p.328-335. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2655/265549460004.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

FERRAZ, I. N.; *et al* (2021) Impactos dos fatores extrínsecos no envelhecimento precoce: Uma reflexão teórica. *Research, Society and Development*, v.10, n.6, e21210615761, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15761>. Acesso em: 25 out. 2021.

FERREIRA, A. S.; *et al.* (2020) Suplementação de colágeno e outras formas de tratamento no combate ao envelhecimento cutâneo. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 12, e4653. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e4653.2020>. Acesso em: 06 out. 2021.

MACENA, W. G.; HERMANO, L. O.; e COSTA, T. C. (2018) Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum*, 15 (27), 223-238. Disponível em: <https://revistamosaicum.org/index.php/mosaicum/article/view/64/46>. Acesso em: 20 out. 2021.

MANGELA, T. P. A.; MARTINS, A. S. S. (2021) Benefícios da Vitamina C na pele. Enciclopédia Biosfera, v. 18, n. 35, p.42, 2021. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2021A/beneficios.pdf>. Acesso em: 19 set. 2021.

PAVANI, A. A.; FERNANDES, T. R. L. (2017) Plasma Rico Em Plaquetas No Rejuvenescimento Cutâneo Facial: Uma Revisão De Literatura. Revista Uningá Review, [S.L.], V. 29, N. 1, Jan. 2017. Issn 2178-2571. Disponível em: <http://Revista.Uninga.Br/Index.Php/Uningareviews/Article/View/1943>. Acesso em: 20 out. 2021.

PUHL, G. M. D.; *et al.* (2018) A importância do ácido ascórbico no combate ao envelhecimento. Revista Saúde Integrada, v. 11 n. 22, 2018. Disponível em: <http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/article/view/585/531>. Acesso em: 10 out. 2021.

SANTOS, J. T.; *et al* (2019) Os efeitos da suplementação com vitamina C. Revista Conhecimento Online, 1, 139–163. Disponível em: <https://doi.org/10.25112/rco.v1i0.1187>. Acesso em: 05 set. 2021.

SALVADOR, M. P.; JUNIOR, J. A. O.; e CHIARI-ANDRÉO, B. G. (2016) Influência do material de embalagem na estabilidade de formulação cosmética contendo vitamina c. Revista Brasileira Multidisciplinar, 19(2), 49-63. Disponível em: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2016.v19i2.412>. Acesso em: 07 set. 2021.

SCHOENWOLF, L. (2016) Embriologia humana. 5.ed. Editora, GEN, Guanabara Koogan. 2016. p.259.

SILVA, O. M.; BRITO, J. Q. A. (2017) O Avanço da Estética No Processo De Envelhecimento: Uma Revisão de Literatura. Id on Line Rev. Psic. V.11, N. 35. Maio/2017 - ISSN 1981-1179. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 02 out. 2021.

SILVA, S. A.; PINTO, L. P.; BACELAR, I. A. (2018) O uso da radiofrequência no rejuvenescimento facial. Revisão de literatura. UNISEPE. Revista Saúde em Foco, p.569-579. 10.ed, 2018. Disponível em: <http://revistaonline@unifi a.edu.br>. Acesso em: 12 out. 2021.

SILVA, R. M.; ANDREATA M. F. G. (2017) Rejuvenescimento facial: a eficácia da radiofrequência associada à vitamina C. Revista Maiêutica, Indaial, v. 1, n. 01, p. 55-73, 2017. Disponível em: <https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/EIP/article/view/1825/913>. Acesso em: 25 out. 2021.

**Qualidade de vida de pacientes com
fibromialgia atendidas no AMASF**

**Quality of life of fibromyalgia patients
treated at AMASF**

*Joseane Machado Brasil
Cristiane Damiani Tomasi*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.9

RESUMO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome que acomete 2,5% da população brasileira e se trata de uma ocorrência que causa dores em todo corpo, não tendo sido descoberta ainda as causas que levam a sua ocorrência, ocasionando limitações, seu tratamento deve ser cauteloso e continuado. Essa pesquisa teve como objetivo verificar a contribuição de tratamentos complementares para pacientes com fibromialgia em um ambulatório para atendimento exclusivo de pessoas que sofrem da síndrome, na cidade de Criciúma/SC. Trata-se de um estudo descritivo com coleta dos dados realizada a partir de um questionário com a participação de 37 pacientes que participaram dos programas de tratamentos oferecidos pela AMASF. Os resultados da pesquisa demonstraram que a maioria destes participantes revelaram insatisfação com a qualidade de vida associada à FM, contudo, com a oferta dos tratamentos realizados pela AMASF. Concluiu-se que é possível contribuir para estes indivíduos terem melhor qualidade de vida em sua rotina após a alta, que ocorre após três meses de a pessoa estar no programa e compreender que ela pode ter uma rotina de vida adequada com a realização das atividades propostas pelo programa, mesmo após ter concluído o mesmo.

Palavras-chave: saúde. qualidade de vida. fibromialgia. tratamento complementar.

ABSTRACT

Fibromyalgia (FM) is a syndrome that affects 2.5% of the Brazilian population and is an occurrence that causes pain throughout the body, and the causes that lead to its occurrence have not yet been discovered, causing limitations, its treatment should be cautious and continued. The general objective of this research was to verify the contribution of complementary treatments for patients with fibromyalgia in an outpatient clinic for the exclusive care of people suffering from the syndrome, in the city of Criciúma/SC, observing how these patients feel in relation to their quality of life. The methodology was through an exploratory, descriptive research of quantitative approach, configuring itself as a field study. Data collection was performed from the analysis of 37 medical records of patients who participated in the treatment programs offered by AMASF. The results of the research showed that most of these participants revealed dissatisfaction with the quality of life associated with FM, however, with the offer of treatments performed by AMASF, it was concluded that it is possible to contribute to these individuals having a better quality of life in their routine after discharge, that occurs after three months of the person being in the program and understanding that he/she can have an adequate life routine with the performance of the activities proposed by the program, even after completing it.

Keywords: health. quality of life. fibromyalgia. complementary treatment.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma condição que causa dor difusa musculoesquelética (ME) e, depois da osteoartrite, é a doença reumática mais comum, tendo prevalência estimada na população geral de 2% a 8%, dependendo do critério diagnóstico usado (SOUZA, LAURENT, 2017). O diagnóstico da FM é puramente clínico e leva em consideração o histórico de saúde individual e familiar. Como outras enfermidades causam dores no corpo, é possível que o médico solicite

exames para descartar outras doenças, favorecendo um diagnóstico por eliminação (SANTOS, 2021).

Idealmente, o tratamento deve integrar cuidado multidisciplinar, com diversos profissionais da área da saúde que possam educar o paciente sobre a doença. Esses processos envolvem educadores físicos que proporcionam uma rotina adequada de exercícios, nutricionistas que avaliam a necessidade de uma dieta regular, psicólogos especialistas em terapia cognitivo-comportamental, além de outros que possuem papéis fundamentais no tratamento (GOLDENBERG, 2018).

Esses tratamentos não farmacológicos (educação do paciente, atividade física e terapia cognitivo-comportamental) são os mais bem estudados e todos têm alto nível de evidência de eficácia. O maior benefício desse tratamento é observado na melhora da função, que deve ser o principal objetivo do tratamento da dor crônica (GOLDENBERG, 2018).

Terapias complementares podem ser utilizadas com alguns pacientes com FM, de acordo com os sintomas apresentados, a fim de identificar uma melhor metodologia uma redução do quadro de dor e desconforto. Observadas manifestações positivas em decorrência do tratamento oferecido, vislumbra-se que sua continuidade pode atender satisfatoriamente estes pacientes o que promove a potencialidade para desempenhar outras atividades, como a prática de regular de atividades físicas, por exemplo (BEZERRA, 2020).

Ressalta Bezerra (2020), que tratamento farmacológico da FM inclui antidepressivos, relaxantes musculares e neuromoduladores. Quanto às terapias alternativas, sugere-se, além das já mencionadas, aromaterapia, acupuntura e a psicoterapia, que podem contribuir para alívio dos sintomas. Diante disso, justifica-se a pesquisa para observar quais os tratamentos oferecidos pela Atenção à Saúde da Pessoa com Fibromialgia - AMASF (do município de Criciúma) em parceria com a Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, identificando se estes refletem melhor qualidade de vida aos pacientes com FM.

Este estudo teve como objetivo verificar a contribuição de tratamentos para pacientes com fibromialgia em um ambulatório para atendimento exclusivo de pessoas que sofrem da síndrome, na cidade de Criciúma/SC.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo. Tendo início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), com nº do Parecer 5.011.592/2021 e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de aceite, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica.

O serviço oferecido pela AMASF conta com uma equipe multiprofissional composta por Enfermeiro, Fisioterapeutas, Farmacêutico, Psicólogos, Educador Físico e Nutricionista, tendo o apoio de profissionais Médicos, Terapeuta Ocupacional e Assistente Social. Os atendimentos são realizados a partir do fluxo estabelecido e amplamente divulgado entre os serviços de Atenção primária a Saúde e Hospitais situados no Território de abrangência com o município de Criciúma.

A AMASF, que fica anexo às Clínicas Integradas da Universidade, já atendeu quase cinco mil pessoas desde que foi implantado. O atendimento especializado que iniciou em 2020 é realizado por meio do encaminhamento das Unidades de Saúde dos municípios e tem o foco voltado aos casos mais graves da síndrome. Depois do tratamento o paciente recebe alta, mas os casos seguem acompanhados nas próprias Unidades com orientações do Ambulatório.

Inicialmente verificou-se nos prontuários de atendimento da clínica quais pacientes faziam parte do programa de tratamento relacionado a FM no período do ano de 2020. A coleta de dados ocorreu entre maio e junho de 2021 e fizeram parte da amostra desta pesquisa 37 prontuários de pacientes diagnosticados com FM.

As atividades desenvolvidas pela AMASF buscam o melhor resultado para seus pacientes, realizando atividades que englobam fisioterapia de solo ou aquática, atividades de grupo ou solo com profissional da educação física, avaliação nutricional, avaliação odontológica, avaliação psicológica, acupuntura, aromaterapia, massagem relaxante, reiki, craniopuntura, auriculoterapia, treinamento funcional, terapias analgésicas, ventosaterapia entre outras.

A população atendida no local recebe atenção e informações para saber um pouco mais sobre a síndrome, além de verificação de pressão arterial, teste de glicemia, receber orientações gerais, realização de exercícios com integrantes da AMAS, além de obter informações sobre doenças correlacionadas.

A partir dos prontuários, foram coletadas informações sobre: diagnóstico de FM; qualidade de vida e convívio com a FM; desempenho pessoal no dia a dia, em que pese as atividades de vida diária e o atendimento do serviço de saúde à pessoa com FM.

A análise dos dados foi realizada após repassar todas as informações obtidas através dos prontuários, para a plataforma Google Forms, que permitiu melhor visualizar os resultados retratados com o estudo, desde modo, repassou-se toda informação para tabelas e assim pôde ser melhor apresentada a análise de dados. Em seguida, foi possível identificar estudos trazidos pela literatura aos quais tiveram relevância com os dados apresentados.

RESULTADOS

Identificou-se 172 pacientes em tratamento na clínica, analisando os prontuários observou-se que 100 destes pacientes foram desligados por falta e outros 25 não tiveram seu diagnóstico fechados para FM, desde modo selecionou-se os 37 prontuários aptos para este estudo.

Tabela 1 – Disposições iniciais sobre os pacientes com FM.

Sexo	
Feminino	35 (94,6%)
Masculino	2 (5,4%)
Tempo em que foram diagnosticados com FM	
Até 2 anos	6 (16,2%)
3 a 5 anos	9 (24,3%)
6 a 10 anos	8 (21,6%)
Mais de 10 anos	14 (37,8%)
Necessidade de tratamentos médicos	

Nada	3 (8,1%)
Muito pouco	1 (2,8%)
Mais ou menos	2 (4,5%)
Bastante	19 (51,4%)
Extremamente	11 (29,7%)
Sem resposta	1 (3,5%)

Fonte: Autoras (2022).

Nesse estudo verificou-se que a maioria dos pacientes são do sexo feminino 35 (94,6%) e 14 (37,8%) tem diagnóstico há mais de dez anos. Cabe ressaltar que os participantes deste estudo não revelaram a idade, contudo, os prontuários selecionados mantiveram idade de 30 a 65 anos.

Ainda, 19 (51,4%) dos pacientes revelam precisar bastante de tratamento médico, 11 (29,7%) precisam de tratamento ao extremo e uma baixa parcela, 3 (8,1%) afirmam que não precisam em nada. Pode-se levar em consideração, aos que afirmam não precisar de tratamento médico, pelo fato de que a FM não possui cura, sendo que alguns acometidos optam pela sua própria forma de cuidados (Tabela 1).

Tabela 2 – Qualidade de vida do paciente com o convívio da FM.

Avaliação da qualidade de vida	
Muito ruim	5 (13,9%)
Nem boa nem ruim	13 (36,1%)
Boa	10 (27,8%)
Muito boa	0%
Ruim	5 (22,2%)
Quanto acreditam que a dor física os impedem de realizar atividades que eles precisam	
Nada	0%
Muito pouco	1 (2,8%)
Mais ou menos	7 (19,4%)
Bastante	8 (22,2%)
Extremamente	
O quanto aproveitam sua vida	
Nada	10 (27%)
Muito pouco	9 (24,3%)
Mais menos	11 (29,7%)
Bastante	6 (16,2%)
Extremamente	1 (2,8%)
O quanto acham que sua vida tem sentido com o diagnóstico da FM e convivência com a dor	
Nada	5 (13,5%)
Muito pouco	5 (13,5%)
Mais menos	8 (21,6%)
Bastante	11 (29,7%)
Extremamente	8 (21,6%)
O quanto possui condições financeiras suficientes para satisfazer as necessidades de sua qualidade de vida	
Nada	5 (13,5%)
Muito pouco	10 (27%)

Médio	15 (40,5%)
Muito	6 (16,2%)
Completamente	1 (2,8%)
Quanto você dispõe de oportunidades para lazer	
Nada	12 (33,3%)
Muito pouco	12 (33,3%)
Médio	8 (22,2%)
Muito	8 (22,2%)
Completamente	1 (2,9%)
Quão bem são capazes de se locomover	
Muito ruim	2 (5,4%)
Ruim	11 (29,7%)
Nem ruim nem bom	13 (35,1%)
Bom	8 (21,6%)
Muito bom	3 (5,4%)
Satisfação da realização das suas atividades diárias	
Muito insatisfeito	8 (22,1%)
Insatisfeito	12 (32,4%)
Nem satisfeito nem insatisfeito	15 (40,5%)
Satisfeito	1 (2,5%)
Muito satisfeito	1 (2,5%)

Fonte: Autoras (2022).

Conforme relatam os dados da Tabela 2, consideram sua qualidade de vida em opiniões bem diversificadas, 5 (13,9%) mencionam que é muito ruim, enquanto 10 (27,8%) mencionam ser boa e 5 (22,2%), 2 (5,4%) dos pacientes mencionaram que são muito ruins na locomoção, 11 (29,7%) são ruins, outros 8 (21,6%) revelaram que sua locomoção é boa e 3 (5,4%) são muito bons.

Para avaliar a qualidade de vida os dados foram coletados por meio do instrumento *Whoqol* para avaliação da qualidade de vida, amplamente reconhecido e validado. Uma versão reduzida do *Word Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100) e é composto de 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100.

O WHOQOL-Group13, propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente (PEREIRA *et al.*, 2006).

A avaliação da qualidade de vida através de questionários tem sido reconhecida como uma importante área do conhecimento científico no campo da saúde. Isto porque os conceitos de saúde e qualidade de vida se interpõem considerados como satisfação e bem-estar nos âmbitos físico, psíquico, socioeconômico e cultural e a prioridade nos tratamentos de quaisquer doenças

ou síndromes tem sido cada vez mais, a busca pela saúde, em seu âmbito mais abrangente, e a melhora da qualidade de vida (WEISS, 1988).

Qualidade de Vida é definida de acordo com a área de aplicação, englobando duas tendências: a primeira como um conceito genérico, que enfatiza de forma ampla os estudos sociológicos, sem fazer referência à disfunção ou agravos. Ilustra, com excelência, essa conceituação a adotada pela Organização Mundial de Saúde (VIDO; FERNANDES, 2007).

A expressão “qualidade de vida” foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (BUSS, 2000).

Para 20 (55,6%) dos pacientes a dor física os impede bastante de realizar as atividades diárias necessárias, enquanto que 8 (22,2%) são afetados extremamente (Tabela 2). Em suma, todos os pacientes apresentam queixas de impedimento na realização das tarefas rotineiras, sendo que a dor, por vezes, pode variar muito em seu grau de prevalência.

As terapias realizadas pelos pacientes identificados nos prontuários desta pesquisa foram: atividades físicas com o profissional de educação física, hidroginástica, acupuntura, fisioterapia, fortalecimento muscular. Os medicamentos utilizados são os antidepressivos, relaxantes musculares e os neuromoduladores.

A Tabela 2 também apresentou que para 10 (27%) dos pacientes a FM os impedem de aproveitar a sua vida, sendo que revelaram que em nada aproveitam. Já, 6 (16,2%) ainda aproveitam bastante. Cabe ressaltar que cada indivíduo apresenta sintomas de modo diferentes, assim como lidam com sua dor de formas variadas, não podendo realizar uma comparação objetiva ao caso.

Para 5 (13,5%) dos pacientes suas vidas não têm sentido em nada, fato preocupante devendo ser observado a necessidade de encaminhamento especializado. 5 (13,5%) também mencionam que a vida para eles, tem muito pouco sentido, e 11 (29,7%) afirmam que tem bastante sentido (Tabela 2).

Informações relacionadas ao aspecto financeiro para manter melhor qualidade de vida dos pacientes com FM também foram verificadas na Tabela 2, em que 15 (40,5%) dos pacientes possuem uma média em relação ao financeiro para arcar com as necessidades e manter boa qualidade de vida. Outros 6 (16,2%) revelaram que possuem muito dinheiro, enquanto que 10 (27%) mencionam ter muito pouco e 5 (13,5%) disseram ter nada, que possam satisfazer suas necessidades à qualidade de vida.

Quando ressaltado essa condição financeira para usufruir de condições benéficas, significa dizer que uma rotina do paciente com FM, para minimizar seus impactos negativos, en-

volve terapia, atividades físicas, tratamentos medicamentosos, Pilates, massagem e outros, que proporcione relaxamento à musculatura afetada, além de manter a autoestima. Nesse sentido, sabe-se que é necessário investir ou arcar com custo, por vezes, muito alto.

No que se refere às atribuições de lazer destes pacientes apresentaram na Tabela 2 que 7 (19,4%) não têm nada para dispor de oportunidades de lazer, já outros 8 (22,22%) mencionaram que possuem muito em oportunidades para o lazer. Alguns pacientes acometidos podem acreditar que por sentirem muita dor e estarem sensíveis em razão desta, não possuem oportunidade de realizar atividades para seu lazer. Em relação aos pontos de dor, os pacientes desta pesquisa, revelaram que sentem dor em até 19 pontos do corpo, não sendo especificados quais, mas relevante mencionar que tais informações foram obtidas.

Como já retratado, a FM dificulta bastante as tarefas diárias, no que se refere à satisfação, Tabela 2 afirma que 8 (22,1%) destes pacientes estão muito insatisfeitos. Outros, 12 (32,4%) revelaram estar insatisfeitos e 15 (40,5%) apontaram não estar satisfeitos nem insatisfeitos. Entretanto, diante de todas as limitações ressaltas pelo diagnóstico da FM, é compreensível que não haja manifestação satisfatória com maior abrangência destes pacientes.

Tabela 3 – Desempenho pessoal no dia a dia com a FM.

Quanto você consegue se concentrar	
Nada	7 (18,9%)
Muito pouco	13 (35,1%)
Mais ou menos	14 (37,8%)
Bastante	3 (8,1%)
Extremamente	0%
Quão seguros se sentem no dia a dia	
Nada	3 (8,1%)
Muito pouco	14 (37,8%)
Mais menos	14 (37,8%)
Bastante	6 (16,2%)
Extremamente	0%
Quão saudável é o seu ambiente físico	
Nada	1 (2,8%)
Muito pouco	3 (8,1%)
Mais menos	13 (35,1%)
Bastante	13 (35,1%)
Extremamente	7 (18,9%)
Possui energia suficiente para seu dia a dia	
Nada	8 (21,6%)
Muito pouco	16 (43,2%)
Médio	12 (32,4%)
Muito	1 (2,8%)
Completamente	0%
Quão satisfeitos estão com o sono	
Muito insatisfeito	15 (40,5%)
Insatisfeito	10 (27%)
Nem satisfeito nem insatisfeito	6 (16,2%)
Satisfeito	3 (8,1%)

Muito satisfeito	3 (8,1%)
Quão satisfeitos estão com a capacidade para o trabalho	
Muito insatisfeito	14 (37,5%)
Insatisfeito	8 (21,6%)
Nem satisfeito nem insatisfeito	11 (29,7%)
Satisfeito	3 (8,1%)
Muito satisfeito	1 (3,1%)

Fonte: Autoras (2022).

De acordo com a Tabela 3 para 7 (18,9%) dos pacientes a FM não afeta a concentração, podendo considerar que estes pacientes não possuem uma série de sintomas muito avançadas, ou então, aprenderam a controlar a dor em sua convivência, facilitando sua concentração, assim como para 15 (35,1%) que responderam afetar muito pouco.

Para 14 (37,8%) a concentração é mais ou menos afetada, enquanto 3 (8,1%) revelaram ser bastante. Contudo, é fato que a concentração para realização de cada tarefa exige suas particularidades, também que, quando o indivíduo está com dor, afeta seus resultados. Deste modo, ao paciente com FM, deve-se observar quais métodos favorecem esse desenvolvimento para auxiliá-los na concentração sempre que possível (Tabela 3).

Segundo a Tabela 3 percebe-se que 3 (8,1%) dos pacientes não se sentem seguros para realizar nenhuma atividade no dia a dia, 14 (37,8%) se sentem muito pouco seguros, enquanto 6 (16,2%) se sentem bastante seguros. No que se refere ao ambiente físico 7 (18,9%) mencionam que este, para eles é extremamente saudável, e 13 (35,1%) dizem ser bastante saudável. Um ambiente saudável, nestes termos, significa dispor de um meio em que seja tranquilo ao dia a dia, mas que também forneça divertimento e atrativos, enfim, tudo que está relacionado a uma rotina natural, com afazeres e lazer.

Para realização de atividades cotidianas, viu-se na Tabela 3 que 8 (21,6%) dos pacientes não possuem em nada, energia suficiente para realizar as atividades do dia a dia e 16 (43,2%) mencionaram que possuem muito pouca energia para realizar as tarefas da rotina diária. Como já colocado antes, cada indivíduo reage de sua maneira, dada as condições de seu organismo, ainda, dependendo das atividades a serem realizadas, nem sempre é possível desempenhá-las com qualidade.

As colocações sobre o assunto revelaram condições sobre a satisfação em relação ao sono, dados da Tabela 3 mostraram que 15 (40,5%) estão muito insatisfeitos, enquanto 3 (8,1%) estão satisfeitos e o mesmo percentual revelou estarem muito satisfeito.

Apenas 3 (8,1%) revelaram estar satisfeito com a sua capacidade para o trabalho, enquanto 14 (37,5%) estão muito insatisfeitos. A capacidade para desempenho das tarefas no trabalho está diretamente relacionada com a concentração, nesse caso, quando em episódios com dor intensa, é fato que a mesma não será desempenhada com qualidade (Tabela 3).

Tabela 4 – O convívio com a FM.

O quanto é capaz de aceitar sua aparência física	
Nada	3 (8,1%)
Muito pouco	6 (16,2%)

Médio	11 (29,7%)
Muito	9 (24,3%)
Completamente	8 (21,6%)
O quão satisfeito estão consigo	
Muito insatisfeito	4 (10,8%)
Insatisfeito	16 (43,2%)
Nem satisfeito nem insatisfeito	4 (10,8%)
Satisfeito	6 (16,2%)
Muito satisfeito	3 (8,1%)
Quão satisfeitos estão com o sono	
Muito insatisfeito	15 (40,5%)
Insatisfeito	10 (27%)
Nem satisfeito nem insatisfeito	6 (16,2%)
Satisfeito	3 (8,1%)
Muito satisfeito	3 (8,1%)
Quão satisfeito está com suas relações pessoais	
Muito insatisfeito	2 (5,4%)
Insatisfeito	2 (5,4%)
Nem satisfeito nem insatisfeito	15 (40,5%)
Satisfeito	3 (8,1%)
Muito satisfeito	4 (10,8%)
Quão satisfeitos estão com sua vida sexual	
Muito insatisfeito	14 (37,8%)
Insatisfeito	4 (10,8%)
Nem satisfeito nem insatisfeito	10 (27%)
Satisfeito	5 (13,5%)
Muito satisfeito	4 (10,8%)
Quanto satisfeitos estão com o apoio recebido pelos amigos	
Muito insatisfeito	7 (18,9%)
Insatisfeito	2 (5,5%)
Nem satisfeito nem insatisfeito	8 (21,6%)
Satisfeito	14 (37,8%)
Muito satisfeito	6 (16,2%)

Fonte: Autoras (2022).

Uma pequena parcela destes pacientes, 3 (8,1%), não aceitam em nada sua aparência física e 8 (21,6%) aceitam completamente (Tabela 4). Cabe mencionar que a aparência física revela muito acerca da autoestima de cada pessoa, o que é algo relevante, no caso da FM não são todos os indivíduos que apresentam algum acometimento diretamente na sua aparência física.

Conforme revelam 3 (8,1%) dos pacientes, estão muito satisfeitos consigo, já 16 (43,2%) estão insatisfeitos. A satisfação está relacionada com a execução das atribuições estabelecidas a cada pessoa, deste modo, conseguindo atingir seu objetivo, tem-se resultado satisfatório, caso contrário, não (Tabela 4).

Em relação às relações pessoais 15 (40,5%) dos pacientes mencionam estar satisfeitos e 2 (5,4%) estão muito insatisfeitos (TABELA 4). A FM acomete alguns pacientes à depressão, o

que pode atrapalhar a convivência com outros indivíduos, devendo buscar orientação de profissionais qualificados, que podem contribuir para essa melhora social (SIMÕES, 2017).

Outras informações obtidas na Tabela 4 demonstrou que 4 (10,8%) dos pacientes, estão muito satisfeitos com a vida sexual e 14 (37,8%) muito insatisfeitos. Já quanto ao apoio recebido dos amigos, 7 (18,9%) estão muito insatisfeitos e 14 (37,8%) estão satisfeitos. Todavia, não se deve obter um entendimento paralelo a questões relacionadas à amizade, uma vez que é da índole de cada indivíduo se comprometer com o apoio ao próximo.

Tabela 5 – O atendimento dos serviços de saúde ao paciente com FM.

Quão disponíveis estão as informações que precisa no seu dia a dia	
Nada	2 (5,4%)
Muito pouco	2 (5,4%)
Médio	9 (24,3%)
Muito	16 (43,2%)
Completamente	8 (21,6%)
Quão satisfeito está com o acesso aos serviços de saúde	
Muito insatisfeito	3 (8,1%)
Insatisfeito	4 (10,8%)
Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (18,9%)
Satisfeito	14(37,8%)
Muito satisfeito	9 (24,3%)

Fonte: Autoras (2022).

De acordo com a Tabela 5, que levantou informações sobre o atendimento dos serviços de saúde ao paciente com FM, em que 9 (24,3%) dos pacientes estão muito satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde para FM. Sobre a disponibilidade de informações, 2 (5,4%) não possuem nada de informações e 16 (43,2%) possuem muito.

DISCUSSÃO

Em um estudo realizado por Souza e Perissinotti (2018), ao qual teve como amostra 85 participantes, viu-se que a prevalência de ocorrências da FM é em pacientes do sexo feminino, totalizando 90% de seus participantes na pesquisa. Corrobora entendimento, o estudo de Jin Pin (2019), mencionando que a doença é mais comum em pessoas do sexo feminino, tais considerações vão de encontro aos participantes desta pesquisa.

A FM é mais frequente em pacientes com idade de 50 anos, mas pode ser diagnosticada ainda mais cedo, iniciando essas ocorrências a partir dos 30 anos. Todavia, ressalta-se que mesmo tendo uma parcela de acometidos de 2,5% a 6% da população, a FM pode afetar o indivíduo em qualquer idade (SANTOS, 2021). Verificou-se em um estudo, com 40 mulheres diagnosticadas com FM, utilizando o instrumento *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), as participantes não têm uma boa qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2016). Outros estudos revelaram impacto negativo na qualidade de vida, como a pesquisa de Redondo e colaboradores (2014), que também avaliou a mesma colocação que o estudo supra, identificando os mesmos resultados, uma vez que a FM causa muita dor e limita muito a capacidade de locomoção e realização de atividades diárias do indivíduo.

Os quadros de dor revelado por alguns estudos, demonstram que a dor causada pelo FM compromete a rotina do indivíduo. Sua pesquisa afirmou que a intensidade da dor é de 8 em uma escala de 0 a 10, na maioria de seus participantes, com duração constante. Os participantes afirmaram que a dor atrapalha a rotina de trabalho, incide durante o sono, causa irritabilidade e acarreta várias outras consequências como baixa autoestima, motivação e picos de depressão (SOUZA; PERISSINOTTI, 2018).

Em uma outra pesquisa, viu-se que quadro doloroso que os pacientes apresentam com o diagnóstico da FM necessita de intervenção e tratamento, uma vez que afeta diretamente a qualidade de vida, desde a rotina diária e o momento do sono. Terapias analgésicas e uma rotina de atividades físicas, quando possível, são indicações ao tratamento da doença (HEYMANN, 2020).

No estudo de Milani e colaboradores (2012), pode-se verificar que das 10 mulheres com FM, participantes da pesquisa, todas elas demonstram grande sofrimento psíquico, uma vez que seu dia a dia é afetado pela doença, limitando muitas condições. Os autores concluíram na sua pesquisa que a trajetória de vida destes pacientes é marcada por muita dor, física e psíquica, e que, além do tratamento medicamentoso, ele necessita apoio psicológico a fim de desenvolver seus recursos adaptativos.

É uma realidade chocante, que infelizmente faz parte das pessoas com FM, uma vez que a dor pode se tornar insuportável dependendo do estágio em que se encontra a doença. A dor é subjetiva, devendo cada um conciliar da melhor forma essa convivência, mesmo causando sofrimento muitos pacientes com FM conseguem conciliar as suas atividades do dia a dia (MILANI *et al.*, 2012).

A FM promove interferência na concentração dos acometidos, pois a dor intensa que afeta o sono, acarreta fadiga intensa e sensação de desânimo, impedindo que se concentre na realização de várias tarefas. O paciente acometido pela FM não demonstra segurança diariamente, sendo que a dor promove constante desânimo quando em um nível alto. A segurança depende de o tipo de atividades a serem realizadas e do conhecimento do indivíduo com próprio corpo e a resposta dada por ele (ANDREUSSI, 2021).

Os indivíduos com FM podem e devem estar inseridos em um ambiente habitual, como o de todas as pessoas, até mesmo para não se sentirem excluídos de uma rotina natural. Também afirmam em sua pesquisa que uma rotina com alimentação balanceada e atividade físicas, para estes indivíduos com FM, promovendo satisfação e aumentando o grau de resposta do organismo (MATSUDO; LILLO, 2019).

As recomendações para esses pacientes incluem diminuir o tempo sentado, aumentar o nível de atividade física diária, cumprir a recomendação de pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada e realizar, em ao menos dois dias, exercícios de força muscular, para, assim, melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida (MATSUDO; LILLO, 2019).

A FM nem sempre revela aspectos físicos evidentes no acometido, mas em pessoas que apresentam intensos sintomas, que podem levar à degeneração de tecidos, os pacientes podem apresentar alguma deformidade em seus nervos, atrofiando-os e causando uma aparência visível de deformidade (RIBEIRO, 2020).

Como mencionado anteriormente nesta pesquisa, o SUS fornece medicamentos para quem realiza tratamento de FM. Contudo, apenas o tratamento analgésico não é suficiente, e como a doença não está no rol de atendimentos previstos pelo SUS, o paciente deve arcar com as demais despesas, que envolve atividades físicas, além de outras práticas como a de Pilates, massagem, terapias, por exemplo, que envolve seus custos (FOLHA VITÓRIA, 2019).

As informações aos pacientes portadores de FM devem ser disponibilizadas nos ambientes em que recebem o tratamento, devendo dispor de todos os dados necessários para a continuidade de uma rotina saudável, a fim de conciliar com o que impõe a sua limitação (RIBEIRO, 2020).

Muitas atividades podem estar incluídas na rotina de pessoas diagnosticadas com FM, contudo, deve-se iniciá-las aos poucos, verificando como o corpo estará reagindo. Entretanto nada impede que estes indivíduos realizem quaisquer atividades de lazer, desde que se sintam bem. Algumas atividades são mais indicadas como: ciclismo, musculação, yoga e dança (SIMÕES, 2017).

As pessoas diagnosticadas com FM sentem dor com maior incidência em regiões específicas, sendo: cotovelos, nádegas, bacia, na região da coluna cervical, coluna torácica e joelhos. Desse modo, para que identificado os sintomas e realizado diagnóstico, é importante que os acometidos adotem medidas preventivas para que a doença atinja um padrão de gravidade que as impeçam de se locomover e realizar tarefas rotineiras (SIMÕES, 2017).

Um estudo realizado por Rocha *et al.* (2021), teve por objetivo verificar a interferência da FM no sono destes acometidos. Os autores realizaram uma revisão sistemática da literatura e durante todos os artigos analisados verificou-se que a FM atinge diretamente a qualidade do sono, não permitindo, inclusive, que estes indivíduos permanecessem em sono profundo por horas.

Em um outro estudo que buscou compreender sobre a temática da sexualidade em pacientes com fibromialgia, viu-se que sua metodologia da pesquisa foi por meio de uma revisão de literatura, em que os autores verificaram que os acometidos pela FM são, em maioria, afetados com à disfunção sexual (CENTURION; PERES, 2016).

Em se tratando de oferta de serviço, quando verificados quais os tratamentos realizados por estes pacientes, participantes da pesquisa, pelo serviço ofertado pela AMASF, teve-se: acupuntura, aromaterapia, massagem relaxante, reiki, craniopuntura, auriculoterapia, treinamento funcional, terapias analgésicas, ventisaterapia e hidrocinesioterapia. Todos esses tratamentos realizados se fizeram em decorrência de buscar alívio na dor destes pacientes, sendo tratados e acompanhados em períodos estabelecidos para que completassem todos processo.

Esses sinais clínicos observados são: melhora na dor e qualidade do sono, aumento da autoestima, melhora no relacionamento familiar e evolução nas práticas diárias de atividade. Com a alta, os pacientes recebem orientações da continuidade de uma rotina saudável. Cabe ressaltar que a FM necessita de um estímulo diário de cuidados para que o quadro clínico se mantenha estável e favoreça a rotina diária destes indivíduos (CENTURION; PERES, 2016).

Os pacientes portadores da síndrome da FM, geralmente, são do gênero feminino, com predominância na faixa etária entre os 30 a 60 anos, não havendo diferenças por cor ou raça,

nem mesmo pela condição socioeconômica. Adquirindo, muitas vezes, limitações que vão além da dor, pois apresentam dificuldades em seu meio social, profissional, autoestima e familiar, acarretando problemas de ordem psíquica, visto que a depressão esta interligada, piorando o quadro da doença (SIMÕES, 2017).

A FM é de difícil diagnóstico, visto que, é uma doença reumática, porém, não pode ser identificada em exames laboratoriais ou de imagem, necessitando de uma consulta médica com reumatologista, para realização do exame físico e histórico clínico do paciente. A FM é uma síndrome que acomete dores musculoesqueléticas difusas e generalizadas, ficando mais comumente definida ao esqueleto axial, cintura escapular e pélvica (RIBEIRO, 2020).

Sendo assim, a fibromialgia não possui cura, mas necessita de tratamento para amenizar e controlar o avanço da doença. Os métodos e terapias mais utilizados para esse tratamento são as atividades físicas, fisioterapia, psicoterapia, avaliação e acompanhamento nutricional, hidrocinestoterapia e práticas alternativas como a acupuntura, ventosaterapia, aromaterapia, reiki, massagem relaxante, entre outras (SIMÕES, 2017).

A abordagem terapêutica para com esses pacientes, portadores de FM, deve levar em conta os diversos aspectos desta síndrome, ou seja, o envolvimento muscular, psicocomportamental e social. Diante disso, torna-se de extrema importância que eles sejam atendidos e avaliados por uma equipe multidisciplinar, pois acredita-se que a reabilitação apropriada e a mudança de estilo de vida, podem gerar melhoras significativas para o paciente.

Importa ressaltar que esta pesquisa se limitou a uma análise de prontuários, não sendo realizada diretamente com os pacientes, assim como também não se avaliou diretamente o tratamento complementar oferecido pela AMASF, mas mesmo assim foi possível conciliar seus resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o levantamento de informações desta pesquisa viu-se que a qualidade de vida destes pacientes se mostra com insatisfação em diversos aspectos, como qualidade do sono, locomoção, realização de atividades rotineiras, dor, círculo pessoal, enfim. Ao verificar os resultados obtidos pôde-se inferir que a maioria dos pacientes não estavam satisfeitos com a vivência diária e as limitações impostas pela FM.

Com análise dos prontuários verificou-se que após o período de tratamento, estes pacientes recebem alta, desde que observadas melhoras no quadro clínico, como a redução da dor, aumento da autoestima, e melhora no condicionamento para realização de atividades rotineiras. Tais considerações revelam que o objetivo proposto com esta pesquisa foi atingido.

Contudo, visto que os participantes desta pesquisa são indivíduos que participaram dos atendimentos oferecidos pela AMASF, após o período de tratamento proposto, mesmo com o convívio da FM, foi possível verificar que houve melhora na qualidade de vida. Ou seja, a FM causa inúmeras limitações no organismo, quanto o modo de locomoção, causa dor e traz insatisfação pessoal, entretanto, com os recursos oferecidos pela AMASF e o estímulo à continuidade dessas práticas complementares, viu-se que é um modo auxiliar no tratamento de pessoas com a síndrome.

Deste modo, sabendo que essas atividades complementares acabam trazendo resultados positivos a estes indivíduos, pois fato que se comprova ao receberem alta, sugere-se como continuidade desta pesquisa, para futuros acadêmicos, que realizem uma pesquisa a estes indivíduos que finalizaram esse processo de tratamento oferecido pela AMASF, a fim de saber se continuaram com melhora em sua qualidade de vida após este período.

REFERÊNCIAS

- ANDREUSSI, Rafael Pontes. Fibromialgia: uma doença invisível com desafios reais. *Veja saúde*. 2021. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/fibromialgia-uma-doenca-invisivel-com-desafios-reais/>. Acesso: 11 dez. 2021.
- BEZERRA, Clarisse. Principais remédios para fibromialgia. *Tua saúde*. 2020. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/tratamento-da-fibromialgia/>. Acesso: 05 mar. 2021.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.
- CENTURION, N. B. PERES, R. P. A sexualidade em pacientes com fibromialgia: panorama da produção científica. *Rev. SPAGESP vol.17 no.2* Ribeirão Preto, 2016
- GOLDENBERG, D. L. Initial treatment of fibromyalgia in adults. *Uptodate*. 2018. Acesso em: 10 jul. 2021.
- HEYMANN, R. E. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. Artigo Original. *Rev. Bras. Reumatol.* 50 (1) Fev 2020.
- JIN PIN, Hong. Fibromialgia em homens. *Dr. Hong*. 2019. Disponível em: <https://www.hong.com.br/fibromialgia-em-homens/>. Acesso: 11 dez. 2021.
- MATSUDO, S. M. LILLO, J. L. P. Fibromialgia, atividade física e exercício: revisão narrativa. *Diagn Tratamento*. 2019;24(4):174-82.
- MILANI, R. G. *et al.* A dor psíquica na trajetória de vida do paciente fibromiálgico. *Aletheia* no 38-39 Canoas dez. 2012.
- PEREIRA, Renata Junqueira *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr RS jan/abr 2006; 28(1):27-38.*
- RIBEIRO, Maiara. O que acontece no corpo do paciente com fibromialgia? *Drauzio*. 2020. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/reportagens/o-que-acontece-no-corpo-do-paciente-com-fibromialgia/>. Acesso: 10 dez. 2021.
- ROCHA, M. B. *et al.* Dor na fibromialgia e sono: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review* ISSN: 2595-6825. 2021.
- SANTOS, F. C. L.; Técnica de massagem e mobilização para relaxamento. (Tese) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- SANTOS, M. T. Fibromialgia: o que é, sintomas, diagnósticos e tratamentos. *Veja saúde*. 2021.

Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/fibromialgia/>. Acesso em: 11 dez. 2021.

SIMÕES, Ana Paula. Um passo de cada vez: ortopedista lista exercícios para quem tem fibromialgia. Globo.com. 2017. Disponível em: <https://globoesporte.globo.com/eu-atleta/saude/noticia/um-passo-de-cada-vez-ortopedista-lista-exercicios-para-quem-tem-fibromialgia.ghtml>. Acesso: 05 mar. 2021.

SOUZA, B. de; LAURENTI, C. Uma Interpretação Molar da Dor Crônica na Fibromialgia. *Psicol Ciência e Profissão*, v. 37, n. 2, p. 363-377, 2017. doi:10.1590/1982-3703001102016. Acesso: 11 jul. 2021.

SOUZA, B. J. PERISSINOTTI, D. M. N. A prevalência da fibromialgia no Brasil – estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. *Artigo Original BrJP* 1 (4) Oct-Dec 2018.

VIDO, Milena Butolo; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Qualidade de Vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Vol 6, No 2, 2007.

VITÓRIA. SUS oferece tratamento medicamentoso e psicológico aos pacientes com fibromialgia. *Folha Vitória*. 2019. Disponível em: <https://www.folhavitória.com.br/saude/noticia/02/2019/sus-oferece-tratamento-medicamentoso-e-psicologico-aos-pacientes-com-fibromialgia>. Acesso: 05 mar. 2021.

WEISS DJ, KRECK TE, ALBERT RK. Dyspnea resulting from fibromyalgia. *Chest* 1998; 113(1):246-9.

Arte como expressão de usuários de álcool e outras drogas



*Antonia da Paz Piedade
Lais Cristina M. Soares
Nelcivan de Maria Neto Coelho*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.10

RESUMO

As substâncias podem ser classificadas como lícitas e ilícitas. Para o tratamento de usuários de álcool e demais drogas existem políticas norteadoras para auxiliar o processo. Entre as estratégias elencadas no estudo, podemos citar: atividades terapêuticas, artes circenses e arteterapia. Diante do exposto apresentado no estudo, considera-se a arte como uma ferramenta principal para o processo terapêutico dos usuários de álcool e outras drogas, sendo de grande importância na ressocialização dos indivíduos na sociedade. Entretanto, essas são apenas algumas das estratégias da arte que podem auxiliar na expressão dos usuários de para melhora no quadro psíquico.

Palavras-chave: arte. drogas. usuários.

ABSTRACT

Substances may be classified as lawful and illicit. For the treatment of alcohol and other drug users there are guidelines to assist the process. Among the strategies mentioned in the study, we can mention: therapeutic activities, circus arts and art therapy. In view of the above presented in the study, art is considered as a main tool for the therapeutic process of users of alcohol and other drugs, being of great importance in the resocialization of individuals in society. However, these are just some of the strategies of art that can help in the expression of users for improvement in the psychic picture.

Keywords: art. drugs. users.

RESUMEN

Las sustancias pueden clasificarse como lícitas e ilícitas. Para el tratamiento de los consumidores de alcohol y otras drogas existen pautas para ayudar al proceso. Entre las estrategias mencionadas en el estudio, podemos mencionar: actividades terapéuticas, artes circenses y arteterapia. En vista de lo anterior presentado en el estudio, el arte es considerado como una herramienta principal para el proceso terapéutico de los usuarios de alcohol y otras drogas, siendo de gran importancia en la resocialización de los individuos en la sociedad. Sin embargo, estas son solo algunas de las estrategias del arte que pueden ayudar en la expresión de los usuarios para la mejora en la imagen psíquica.

Palabras-clave: arte. drogas. usuarios.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, várias substâncias psicoativas foram se evoluindo e estão presentes nos dias atuais, trazendo várias sequelas aos usuários. São classificadas em lícitas que são as permitidas por lei como: o álcool e o tabaco e as ilícitas denominadas substâncias proibidas por lei como: as derivadas de plantas como a maconha, o ópio, a cocaína, o crack, estazy e as sintéticas como as anfetaminas entre outras. (FERNANDES; FUZINATTO, 2012).

O vício das drogas pode ser definido como uma angústia constante do indivíduo em conseguir uma substância psicoativa, que influi sensivelmente em seu estilo de vida, uma demanda compulsiva dessa substância, apesar das consequências e um padrão de recaída recorrente após conseguir a abstinência ou uma incapacidade para largar, apesar que isso possa prever consequências bastantes negativas para a pessoa ((BECOÑA e VÁZQUEZ, 2005).

No atendimento ao tratamento dos usuários de álcool e demais drogas foi elaborada a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de acordo 2003, de com a Lei Federal nº10.216/2001 (BRASIL, 2004; SILVA; ABRAHÃO, 2019). Já no ano de 2019 foi instituída a Nova Política Nacional sobre Drogas, conforme decreto nº 9.761/2019 (BRASIL, 2019). Tais políticas asseguram o tratamento de dependentes químicos por meio de estratégias da abstinência dos usuários. Entre essas estratégias são oferecidos no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) as chamadas atividades terapêuticas, que oportunizam ao usuário atividades terapêuticas, com utilização de atividades artísticas, promovendo a ressocialização, o trabalho interativo e criativo, conforme o paradigma psicossocial (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

No estudo Brito; Amaral; Viana (2019), realizado no CAPS AD III da Cidade de Vitória da Conquistas, as atividades terapêuticas envolveram uma Oficina de Artes, com sarau, visando o desenvolver novos sentidos e promover a inclusão social, onde se estimula a produção do conhecimento através da poesia, arte, associação livre, liberdade de expressão, bem como o estímulo permanente ao seu.

Outra estratégia de arte evidenciada com essa população são as Artes Circenses, por meio da construção de propostas de tratamento que se fundamentam no cuidado em liberdade, no afeto, na relação, na autonomia, ação que perpassa a dimensão do cuidado, da produção de saúde e do vínculo. Pois, destaca ser inadmissível o isolamento, abusos físicos, mentais e medicamentosos enquanto estratégia para lidar e tratar sujeitos em sofrimento psíquico e/ou que fazem uso abusivo de substâncias (BARROS; MELO, 2019).

Segundo Valladares *et al.*, (2008) em seu estudo sobre a Arteterapia, que visa trabalhar com símbolos, que são imagens arquetípicas, e traz à tona por meio dos trabalhos plásticos, de maneira lúdica e que não ameace a estrutura psíquica juvenil, para o plano material, conteúdos de sua história pessoal inseridos na história coletiva da humanidade (inconsciente coletivo); assim, as significações encontradas nas culturas, nos mitos e nas religiões, simultaneamente, faziam ligação com a história de vida dos usuários, que expuseram cores, formas e símbolos representativos do seu mundo subjetivo, com significados especiais para eles naquele momento de vida, elementos que também os ligam aos significados que estes foram tendo para a humanidade ao longo dos tempos. Além de promover o contato com o universo simbólico e a integração dos conteúdos psíquicos inconscientes, ajuda no desenvolvimento evolutivo dos dependentes químicos. Ainda do estudo, foram abordadas a máscara na intervenção Arteterapia com toxicômanos, em especial em serviços de saúde mental. Na confecção das máscaras, muitos símbolos são transmitidos, até mesmo de forma inconsciente, o que pode contribuir para a expansão de toda a estrutura psíquica dos participantes e auxiliar na sua reabilitação psicossocial.

O uso da arteterapia com os pacientes viciados trabalha no sentido de reestruturação e reorganização mental do indivíduo, sendo seu foco direcionado mais para os processos individuais, para as emoções, questões e dificuldades de cada pessoa, cuja ênfase está na subje-

tividade, é um instrumento utilizada em saúde mental com o fim de facilitar a produção de imagens, a autonomia criativa, o desenvolvimento da comunicação, a liberdade de expressão e a função catártica (VALLADARES *et al.*, 2008). Arteterapia é um processo terapêutico decorrente da utilização de várias modalidades expressivas artísticas, que expressam e representam níveis profundos e inconscientes da psique, permitindo o confronto, no espaço interno, destas informações, e posterior transformação e expansão da consciência (PHILIPPINI, 2005).

Diante do exposto apresentado no estudo, considera-se a arte como uma ferramenta principal para o processo terapêutico dos usuários de álcool e outras drogas, sendo de grande importância na ressocialização dos indivíduos na sociedade.

Portanto, a arte é um dos melhores procedimentos e processos utilizados para o trabalho e tratamento de usuários de álcool e outras drogas, pois facilita o desenvolvimento tanto do consciente quanto do inconsciente dos usuários de álcool e das demais drogas. Entre as estratégias podem ser citadas: a arteterapia, o uso das máscaras, o uso da arte circense, por meio das apresentações e expressões corporais, a realização de sarau, com atividades diversas: poesia, teatro, exposição de artes plásticas. Entretanto todas essas atividades terapêuticas podem ser exploradas e utilizados como ferramenta de assistência nos cuidados em saúde mental e, em especial nas toxicomanias, funcionando como uma ampliação da utilização de técnicas modernas, no desbloqueio da energia psíquica, na restrição de danos emocionais causados pela doença e como uma lei importante na política de atenção integral aos usuários.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Dulcian Medeiros; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Oficinas Terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 2, p. 339-345, 2011.
- BARROS, Luiza Fernandes; MELO, Walter. Cuidado e Artes circenses: O circo no cotidiano de uma instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 19, n. 3, p. 623-643, 2019.
- BRASIL. Decreto nº. 9.761/2019, aprovando a Nova Política Nacional sobre Drogas – PNAD , de 11 de abril e revogando inteiramente o Decreto nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 19 out. 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, nº 2.197, de 04 de outubro de 2004. Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
- BRITO, Anderson Dias; AMARAL, Enéas de Oliveira; VIANA, Vivian Santos. O Centro de Atenção Psicossocial–Álcool e Drogas (CAPS ad-III) do município de Vitória da Conquista: Instrumento de Tratamento e Inserção Social. Seminário Nacional e Seminário Internacional Políticas Públicas, Gestão e Práxis Educacional, v. 7, n. 7, 2019.
- BECOÑA, E.; VÁZQUEZ, F. L. Psicopatologia e tratamento da dependência química em crianças e adolescentes. In: CABALLO, V. E.; SIMÓN, M. A. Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos Gerais. São Paulo: Santos, 2005. p. 213- 217.
- FERNANDES, Vagner R.; FUZINATTO, Aline M. Drogas: Proibição, criminalização da pobreza e mídia. In: Anais do Congresso Internacional de Direitos e Contemporaneidade: Mídias e Direitos da Sociedade

em Rede. 2012. p. 1-11.

SILVA, Maria Alice Bastos; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, 2019.

PHILIPPINI, A. Para entender Arteterapia: cartografias da coragem. Rio de Janeiro: WAK, 2005.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso *et al.* Arteterapia: criatividade, arte e saúde mental com pacientes adictos. *Jornada goiana de arteterapia*, v. 2, p. 69-85, 2008.

11

Planejar e avaliar: regionalização e a execução dos serviços de alta complexidade no SUS/MG

Plan and evaluate: regionalization and execution of high complexity services in SUS/MG

Oleg Abramov

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.11

RESUMO

Objetiva-se analisar o grau de adequação do que é preconizado no principal instrumento de planejamento e organização dos serviços de saúde do SUS/Minas Gerais (MG), o Plano Diretor de Regionalização (PDR), em relação à oferta concreta dos procedimentos de Alta Complexidade disponíveis à população em cada Região Ampliada de Saúde (RAS). Para tanto, a realidade será confrontada com o ideal em cinco aspectos fundamentais que orientaram o desenho da regionalização: população referenciada por território aos serviços de nível terciário; elencos de especialidades disponibilizadas de maneira descentralizada; população efetivamente assistida em cada região; polarização; concentração da execução das especialidades com o propósito de obter eficiência econômica (escopo/escala).

Palavras-chave: regionalização. PDR/MG. alta complexidade.

ABSTRACT

The objective is to analyze the degree of adequacy of what is advocated in the main planning and organization of health services of the SUS/Minas Gerais (MG), the Regionalization Master Plan (RDP), in relation to the concrete offer of discharge procedures Complexity available to the population in each Expanded Health Region (RAS). For this, reality will be confronted with the ideal in five fundamental aspects that guided the design of regionalization: population referenced by territory to tertiary level services; specialties available in a decentralized manner; population actually assisted in each region; polarization; the execution of the specialties in order to achieve economic efficiency (scope/scale).

Keywords: regionalization. PDR/MG. high complexity.

INTRODUÇÃO

Partindo de algumas diretrizes consideradas fundamentais que orientaram o desenho da regionalização em saúde, pretende-se investigar a disposição, desempenho e características da realização de especialidades de Alta Complexidade no estado de Minas Gerais. Para alcançar este objetivo, o trabalho analisa o grau de adequação do que é preconizado como ideal no Plano Diretor de Regionalização (PDR), principal instrumento de planejamento e organização dos serviços de saúde do SUS/MG e guia para a determinação dos territórios de saúde de acordo com os princípios de descentralização, regionalização, hierarquização e de governança regional.

São analisados cinco aspectos. Primeiro, observa-se o quantitativo populacional por Região Ampliada de Saúde (RAS); em seguida, verifica-se em qual proporção aquela referenciada encontra efetivamente os serviços no âmbito regional, para tanto, confronta-se a realidade ao que o próprio PDR determina como sendo o ideal em duas dimensões: (a) número de especialidades dos elencos Alta Complexidade/Média Complexidade Hospitalar Especial (AC/MCHE) executadas em cada RAS, destacando a existência de vazios assistenciais no âmbito regional; (b) porcentagem de população residente na região assistida na própria RAS, o que implica estabelecer a razão entre a totalidade de usuários do SUS atendidos por especialidade e a parcela

que encontra atenção em algum estabelecimento localizado na RAS. O quarto e quinto aspectos tem a ver com o problema do acesso e eficiência econômica (escopo/escala): (a) se vige a esperada convergência territorial dos serviços no polo e (b) se a oferta encontra-se concentrada em uma única referência, hospital polivalente de grande porte. Através destes, se vislumbrará panoramicamente a correspondência entre ideal e realidade na execução da Função Terciária Inter-regional.

Ao longo da exposição, as RAS são ranqueadas em relação ao referencial ideal, apresentando aquelas que se encontram em maior proximidade e mais distante do que é fixado no horizonte do planejamento. Nas considerações finais serão tecidos alguns comentários conjecturando sobre as inadequações e serão sugeridas agendas de gestão e investigação que possam contribuir para aproximar a realidade do planejamento e, simultaneamente, permita reavaliar o próprio PDR do SUS/MG.

Analisar a realidade tendo o PDR como lente permite refletir sobre o alcance empírico do planejamento. Confrontar os resultados com os objetivos é meio adequado tanto para avaliar as políticas públicas quanto para repensar os próprios pressupostos que norteiam o planejamento.

Focar na Atenção Terciária deriva do fato desta ser objeto de preocupação acentuada, haja vista a maior probabilidade de vazio assistencial ou incompletude, além disso, a Alta Complexidade envolve proporcionalmente maior volume de recursos financeiros o que exige um acompanhamento ainda mais acurado para garantir a transparência dos gastos e a eficiência do investimento público. Este é o nível que requer tecnologia de ponta, exige especialistas muito específicos, precisa de prévia habilitação pelo Ministério da Saúde, dentre outros quesitos que reforçam a necessidade de se atentar para o ganho de escopo/escala. As conclusões de investigações com tal natureza podem contribuir orientando decisões relacionadas à novas habilitações, ampliação ou remanejamento de serviços, contratualizações e investimentos complementares. Inclusive, como seus procedimentos são comparativamente melhor remunerados, as tarefas na seara da gestão se antepõe às reivindicações de caráter financeiro. Não quer dizer que o subfinanciamento que acomete o SUS de fio a pavio não prejudique também este nível de atenção, mas significa dizer que o ganho em eficiência tem efetivo potencial para amenizar os efeitos de investimentos insuficientes.

O PDR determinou um modelo de regionalização que estabeleceu os conjuntos de municípios e de microrregiões definindo três planos de correspondência território/nível de atenção à saúde: território/nível municipal; território/nível microrregional; território/nível macrorregional. Para cada território/nível objetiva-se ofertar serviços com determinada densidade tecnológica, profissionais dotados de certa perícia, procedimentos com custos menos ou mais elevados e cuja demanda é menos ou mais frequente nos limites dos municípios, Regiões de Saúde (RS) ou RAS.

Para determinar a referência ideal para serviços ambulatoriais e hospitalares segundo cada correspondência território/nível de atenção à saúde, o PDR mobiliza quatro conceitos básicos: nível, abrangência, função e resolubilidade, descritos a seguir.

O conceito “nível” objetiva atribuir posição à unidade hospitalar através dos procedimentos por ela executados como segmento do conjunto hierarquizado de serviços. Cada nível corresponde a um determinado grau de complexidade; o SUS prevê três, porém, considerando

as especificidades da realidade de MG, a SES/MG (através da Diretoria de Estudos e Análises Assistenciais [DEAA] com suporte de conselheiros especializados) elaborou, alternativamente à estratificação parametrizada pelo Ministério da Saúde, a Tipologia de Elencos de Especialidades publicada na Carteira de Serviços Hospitalares.

As especialidades da Média Complexidade são redistribuídas em elencos da seguinte maneira: Elenco Média Complexidade Hospitalar Básica (MCHB) corresponde ao nível fundamental da atenção hospitalar, sugerida como conjunto elementar de especialidades, muitas vezes complementares à atenção primária; é constituído pelas clínicas básicas médica, obstétrica, pediátrica, capaz de promover a estabilização de casos graves e realizar pequenas cirurgias ou cirurgias de urgência de menor complexidade. O Elenco Média Complexidade Hospitalar é subdividida em dois: MCH2 e MCH1. Tais requerem um plano intermediário de densidade tecnológica, em relação ao MCHB possui maiores custos e exigem profissionais dotados de perícias mais rarefeitas. E, finalmente, os Elencos Média Complexidade Especial (MCHE2 e MCHE1) que agrupam as especialidades com dificuldades adicionais para serem ofertadas, seja por indisposição de profissionais, seja por gap acentuado entre remuneração e custo efetivo, requerer equipamentos mais sofisticados ou por outras razões. Conseqüentemente, as unidades prestadoras capazes de disponibilizá-los são aquelas que, em geral, ofertam os elencos de Alta Complexidade, cabendo, portanto, requerê-las associadamente à tais, como se verá a seguir.

A Alta Complexidade corresponde ao nível terciário de atenção e agrupa as especialidades mais sofisticadas, que necessitam de maior agregação tecnológica, conta com peritos escassos, cujos custos são mais acentuados. A Tipologia conforma dois elencos que são apresentados em associação com os do MCHE: AC/MCHE2 e AC/MCHE1 (mais complexo). Dados os custos para obtenção/manutenção dos recursos materiais e humanos pode-se antever que seja aonde se concentram vazios.

Cada nível de atenção requer uma abrangência, ou seja, deve agregar certa demanda, que corresponda a uma circunscrição territorial referenciada aos serviços de saúde com acessibilidade e continuidade geográfica. O elenco MCHB deve ter maior proximidade com a população; o estabelecimento de referência deste deve possuir, pelo menos, abrangência municipal, para a população residente extensível aos municípios circunvizinhos. Cada microrregião precisa dispor, pelo menos, do elenco MCH2; ideal é a oferta do elenco MCH1. Cada macrorregião requer, no mínimo, unidade que oferte o elenco AC/CHE2; ideal é a oferta do elenco AC/MCH1.

Pode-se conceituar função como sendo a intercessão do elenco de especialidades realizado (nível) com a abrangência. Assim sendo, a Função de Atenção Secundária Municipal corresponde à execução do elenco MCHB para a população residente no município que se encontra a unidade prestadora, extensível para os municípios circunvizinhos (estima-se aproximadamente 40 mil/hab.); a Função de Atenção Secundária Intermunicipal corresponde à execução dos elencos MCH2 e MCH1 para os municípios da microrregião, enquanto a Função de Atenção Terciária Inter-regional corresponde à execução dos elencos AC/MCHE2 e AC/MCHE1 para as regiões que compõem a macrorregião.

A resolubilidade, relacionada à produção hospitalar, é indicador obtido através do cálculo da medida percentual da capacidade de atendimento da população residente no município (MCHB) ou em sua própria região, seja ela micro ou macro. A resolubilidade da atenção hospitalar de nível terciário avalia a resolubilidade macrorregional enquanto a de nível secundário

avalia a resolubilidade microrregional, cada qual procura determinar uma avaliação baseada nos resultados alcançados na prestação dos serviços quando confrontada a demandas concretas.

Como parte do propósito de garantir acesso estável, o PDR se preocupa com a economicidade na oferta o que enseja dispor os elencos de especialidades considerando escala e escopo, respectivamente designados pelo PDR como sendo:

“a maior produtividade, eficiência e qualidade alcançadas mediante melhor e maior aproveitamento dos recursos e equipamentos, conforme adoção de rotinas e critérios.

Num gráfico de distribuição de frequência, comparando-se a curva de produção dos serviços com a de custos, estes caem proporcionalmente ao aumento do número de atendimentos realizados”.

“a maior e mais ampla utilização de determinados equipamentos, disponibilizando-os num mesmo ponto de atenção, espaço, localidade e tempo integral para diversas ações.

Evita-se, assim, a capacidade ociosa, deslocamentos de usuários ou duplicação de equipamentos de alto custo na mesma região”.

O PDR apresenta evidente predileção por um único hospital polivalente com capacidade para ofertar o conjunto de especialidades requerido pelo nível de atenção e agregado populacional, especialmente quando se fala da Atenção Terciária. Baseia-se nos estudos de Aletras e Sheldon para propor como critério de eficiência a correspondência entre 100/150 mil habitantes para cada hospital de 100/200 leitos. Estudo realizado Giancotti, Gulhielmo, Mauro reforçam tal tese constatando que na literatura sobre eficiência hospitalar há relativo consenso que a quantidade ideal de leitos consistentes com a economia de escala é entre 200 e 300.

METODOLOGIA

Todos os critérios metodológicos tem relação com o PDR pelas razões já especificadas, sendo este o instrumento de planejamento e organização é salutar avaliar a realidade a partir dele para, assim, refletir sobre a proximidade/distância do que se pretende em relação ao que se verifica, além de permitir repensar o próprio PDR.

O estado em tela é dividido em 13 macrorregiões, denominadas Regiões Ampliadas de Saúde (RAS). A princípio serão analisadas 12 delas, visto que a RAS Centro, em razão de concentrar serviços de referência estadual, possui abrangência singular, não sendo possível aplicar o mesmo critério que o adotado para as demais. Quando a análise estaciona na execução das especialidades, também as RAS Sul e Jequitinhonha são excluídas por serem atípicas. A primeira concentra mais de 2,7 milhões de habitantes, possui 4 polo macro e seus fluxos ora se concentram em Pouso Alegre (um dos polos) ora se encontram dispersos. A RAS Jequitinhonha, por sua vez, foi circunscrita com propósitos de promover indução, ou seja, de aumentar a oferta em uma região marcada por graves dilemas sociais. Com menos de 300 mil habitantes, reúne vazios assistenciais; como a execução de especialidades do nível terciário ainda é crítica, não será tecido outros comentários senão o de que é carente e requer, antes de tudo, investimento emergencial. Como visto, ambas são singulares e se distanciam em relação às outras RAS e ao próprio PDR, isso exclui a hipótese de analisá-las com os mesmos parâmetros das demais. Além disso, a exclusão da maior e da menor RAS permitem focalizar, na etapa seguinte da investigação, os casos-meio, ou seja, a realidade considerada “situação do interior do estado em geral”.

Para obter alguma equivalência na comparação, as 10 regiões serão dispostas em função do critério populacional, portanto na seguinte ordem, com menos de 1 milhão de habitantes: Leste do Sul, Noroeste, Triângulo do Sul, Centro Sul e Nordeste. Com mais de 1 milhão de habitantes: Oeste, Triângulo do Norte, Leste, Sudeste, Norte.

Para analisar a Alta Complexidade foca-se nas especialidades dos elencos AC/MCHE, especificamente nos procedimentos relacionados à 16 especialidades: Clínica Obstétrica - Gestação de Alto Risco; Tratamento HIV/AIDS; Tratamento de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas; Tratamento em Oncologia; Cirurgia Oncológica; Cirurgia de Tórax; Cirurgia Plástica e Reparadora; Cirurgia Neurológica; Cirurgia do Sistema Osteomuscular; Cirurgia Oro-Facial; Cirurgia Urológica; Cirurgia Cardiovascular; Cirurgia Vascular; Cirurgia Intencionista; Cirurgia Endovascular e Eletrofisiologia. Dada a controvertida associação a um suposto nível quaternário, a especialidade Transplantes será considerada apenas no cálculo da resolubilidade geral da RAS, mas é excluída do critério ideal na comparação entre as regiões (mais explicações adiante).

Os dados são obtidos das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), através do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Ministério da Saúde, sistematizados da base DataSUS e com a utilização TabWin. Avaliar o hospital por aquilo que diz produzir é estratégia que se acredita aproximar bastante da realidade, embora não seja completamente imune de distorções. O tratamento ocorre com o cálculo da medida percentual da capacidade de atendimento da população residente em sua própria região, neste caso, macrorregional, empregando a fórmula abaixo:

$$\text{Tx Resolub} = \frac{\text{InternResid}}{\text{InterMacro}} \times 100$$

Os resultados obtidos foram comparados com os constantes nas modelagens elaboradas pela DEEA, disponíveis no sítio eletrônico da SES/MG, do qual não se verificou inconformidade considerável (os resultados comparados apresentaram mais de 99% de congruência).

Em seguida foram calculadas as resolubilidades médias por especialidades realizadas em quatro anos consecutivos. Para obter a resolubilidade média geral da RAS, foi considerado o conjunto de 17 especialidades previstas na Tipologia e toda a produção realizada pelos estabelecimentos localizados na região. Tratamento diverso daquele dado às especialidades isoladamente, quando então a Transplante é desconsiderada e são excluindo os valores inferiores a 10 (10r). A diferença se deve ao fato da primeira análise pretender captar a realidade da RAS e da segunda objetivar determinar a polarização e os papéis das unidades prestadoras.

A especialidade Transplante vige na fronteira da Atenção Terciária, sua oferta ainda não pode se igualar à de outras, sua regulação/planejamento é realizado pelo MG-Transplantes/FHEMIG que centralizada sua organização. Portanto, para evitar requerimento indevido ou distorcer o leque de exigências ideais do PDR, ela é desconsiderada na análise focalizada nos polos e unidades. Desconsiderar especialidade que obtém valores iguais ou inferiores a 9,99 objetiva excluir produção eventual, irregular ou precária. O valor 10r é critério igualmente estabelecido pela DEEA que determinou este ponto de corte. Como o trabalho reflete a realidade em relação ao PDR, buscou-se também este alinhamento. Aquela unidade que pontuou em algum dos anos valor igual ou superior a 10r, teve sua resolubilidade calculada, porém, se ao final o resultado médio apresentou valor inferior a 10r, o mesmo foi desconsiderado. Aquelas que pontuaram sempre

abaixo de 10r foram desconsideradas, enquanto ausência de produção, para efeito de cálculo, foi igualado a zero (= 0).

O intervalo de tempo é de 2012 a 2015. Optou-se pelos resultados destes, visto que é suficiente para demonstrar estabilidade na realização das especialidades, embora a percepção empírica seja de que porções menores de tempo são quase tão adequadas quanto tal arco, visto que é muito evidente a estabilidade da produção das unidades que efetivamente desempenham papel na execução da função. O risco de focalizar um arco temporal menor é que pode ter o resultado afetado por produção eventual ou irregular.

A população estimada por RAS e sua extensão territorial são obtidos da publicação “Adscrição e população dos municípios por macrorregiões e microrregiões de saúde”, também produzido pela DEAA e disponível no site da SES/MG utilizando dados IBGE/TCU, base 2016 e atualizada em 2017.

O PDR é guiado por alguns fundamentos ao desenhar os limites macrorregionais. Os cinco critérios que orientam a comparação ideal/realidade são apresentados a seguir.

A população referenciada para os elencos AC/MCHE dispostos de maneira descentralizada no estado de MG que constam da circunscrição macroterritorial deve ser de cerca de 1,5 milhão de habitantes. O número visa garantir acesso com ganho escopo/escala. Eventuais ajustes podem ser realizados em regiões cuja distância, qualidade viária e o tempo de deslocamento são de maneira alarçados ou por outras razões que prejudiquem o acesso. Tais particularidades não são levadas em conta nesta investigação.

Para cada circunscrição territorial o PDR designa como ideal a disponibilidade de 100% das especialidades correspondente ao agregado populacional. No caso da Atenção Terciária, exige-se a disposição de 17 especialidades, mas em função da controvérsia acima mencionada, Transplante não será considerada como especialidade obrigatória em todas as RAS, aparecendo apenas para efeito de cálculo de resolubilidade geral. Caso de falta na execução de alguma especialidade (detectado em qualquer valor igual ou inferior a 9,99r) é destacado como vazio assistencial.

Com relação à resolubilidade, estudo da DEAA (Resolubilidade da Atenção terciária por RAS – 2008 a 2015) classifica da seguinte maneira: resolubilidade até 39 é considerada crítica; de 40 a 50,9 é considerada baixa; de 51 até 60, considerada regular; de 61 a 89,9 considerada boa; acima de 90 é ideal. Serão destacados os valores ideais e os inferiores a 60, designando-os como insatisfatórios.

Outro aspecto centralmente destacado pelo PDR é a polarização. O ideal é que a população seja referenciada a um polo macro para obter atenção nos elencos AC/MCHE, que é descrito pelo PDR como sendo:

“• Município que recebe maior frequência absoluta e relativa de referência dos residentes nas microrregiões da macro para os serviços ambulatoriais e hospitalares, especialmente para alguns serviços estratégicos.

• Âmbito de cobertura – maioria absoluta das micros adscritas. Oferta o maior percentual de clínicas/procedimentos do elenco ou da Carteira de Serviços Macrorregional”.

Ao lado da convergência no polo, o PDR sugere concentrar os elencos AC/MCHE em

uma única unidade. Correspondendo aos requisitos de economicidade, sugere que as especialidades sejam ofertadas de preferência por um hospital polivalente de grande porte, com maior oferta de leitos, que possua além de UTI, UCI e UCO.

Observa-se que o PDR apresenta as duas últimas predileções relacionadas à convergência territorial e concentração em um único hospital, sempre em relação à população próxima a 1,5 milhão/hab.

Caso a execução ocorra fora do polo, verifica-se dispersão territorial e presume-se que a Atenção Terciária se distancia da adequação na organização da polaridade. Caso dois ou mais hospitais realizem a mesma especialidade, verificada em resultados de resolubilidade iguais ou superiores a 10r na média dos quatro anos, indica-se sobreposição e é indício de que esteja havendo concorrência.

Seguindo a lógica da convergência/concentração dos serviços a fim de garantir acesso e economicidade, é recomendável que haja o mínimo de dispersão e sobreposição na execução das especialidades. Sendo assim, ressalta-se que no processo global de organização dos serviços, aonde há dispersão e/ou sobreposição há forte chance de estar ocorrendo perturbação no padrão de acesso requerido e, especialmente, perda de escopo/escala.

Reconhece-se que é difícil estabelecer um critério em geral para avaliar quando a execução da mesma especialidade em duas ou mais unidades ocorre completando-se mutuamente ou em concorrência. Para ter uma dimensão bem acurada se a situação é uma ou outra, seria necessário observar em detalhe cada caso, buscando detectar através de outros dados e variáveis se os serviços se harmonizam ou se prejudicam. Em função das dimensões deste trabalho, a execução será observada panoramicamente, tomando as repetições de especialidades (sempre igual/superior a 10r) como potencial concorrência. Assim, pretende-se apenas elaborar um primeiro mapa, ainda pendente de detalhamento, mas que possa dar importantes pistas do cenário real de predação na disponibilização dos serviços.

Resultados e Discussão

Nesta seção serão apresentados dados que caracterizam cada RAS que são dispostas em ordem crescente de população, os resultados obtidos e as primeiras avaliações destes de acordo com a problemática que guia a investigação.

Tabela 1- População, Especialidade e Resolubilidade para Elencos AC/MCHE por RAS

RAS	População	Especialidades AC/MCHE (de 16)*	Resolubilidade AC/MCHE (0 a 100)
Abaixo de 1milh/hab.			
Jequitinhonha	298.645	08	47,44
Leste do Sul	699.751	14	57,31
Noroeste	699.974	12	65,26
Triângulo do Sul	768.771	16	97,69
Centro Sul	788.353	14	61,67
Nordeste	935.587	12	64,08
Acima de 1milh/hab.			
Oeste	1.276.557	12	51,76

Triângulo do Norte	1.281.989	16	96,25
Leste	1.536.591	16	84,48
Sudeste	1.669.802	16	98,81
Norte	1.678.958	15	96,16
Sul	2.787.614	16	96,40

Fonte: DataSUS; SES/ SubGR/DEAA * Elenco completo AC/MCCE2 e AC/MCCE1

Em relação à população considerada ideal (próximo a 1,5 milhão/hab.), as RAS Leste, Sudeste e Norte são as que mais se aproximam do número estabelecido. Destaca-se o fato de haverem duas discrepâncias mais evidentes nas RAS Jequitinhonha e Sul. Outra constatação é que metade das RAS possuem abrangência menor que 1 milhão/hab. Como o trabalho não aborda especificidades relacionadas às distâncias, qualidade viária e outros aspectos que poderiam justificar porções populacionais menores, não é possível concluir os motivos dessa discrepância; porém, aparentemente o PDR parece ter adaptado o quantitativo populacional à oferta já existente, isso se evidencia quando mais adiante se avalia a polarização.

Com relação à exigência de execução das 16 especialidades dos elencos AC/MCCE, apenas 6 RAS alcançam o ideal: Triângulo do Sul, Triângulo do Norte, Leste, Sudeste, Norte e Sul. Destaca-se que apenas uma RAS abaixo de 1 milhão/ hab. realiza 16 especialidades.

No que concerne à resolubilidade ideal, apenas 5 RAS alcançam; exatamente as mesmas que realizam as 16 especialidades destacadas, com exceção da Leste. Razões matemáticas explicam parcialmente a correlação, visto que o maior número de especialidades eleva a resolubilidade geral. Novamente, o ideal aparece com maior frequência nas situações de abrangência acima de 1 milhão/hab. À primeira vista esta última constatação endossa o imperativo populacional proposto pelo PDR; sem uma investigação aprofundada, toma-se como hipótese plausível que, referências inferiores impedem a execução de algumas especialidades dos elencos AC/MCCE, três motivos prováveis: não atingir critérios determinados pelo Ministério da Saúde para habilitar certos serviços, dificuldade dos prestadores realizarem tais procedimentos e/ou impossibilidades relacionadas à eficiência econômica.

A RAS Sudeste é realçada por ter obtido o resultado mais satisfatório na comparação, seguida pelo Triângulo do Sul. Enquanto a resolubilidade mais distante do ideal, considerada insuficiente, é verificada nos casos: Jequitinhonha, Leste do Sul e Oeste. A primeira é região criada com propósitos de indução ao aumento de oferta, portanto, a defasagem explica-se pelo fato deste objetivo ainda não ter sido alcançado. A Leste do Sul acumula outros problemas, como se verá a seguir, enquanto o último é caso que chama atenção, visto que figura entre as regiões com abrangência acima de 1 milhão/hab.; uma hipótese que explica possuir um dos menores números de especialidades é a proximidade geografia e o vínculo cultural com a capital. Hipótese que não pode ser verificada nos limites deste trabalho.

Tabela 2 - Vazio, Sobreposição por unidade hospitalar que realiza especialidade igual/superior a 10r* e polaridade – RAS com menos de 1 milhão/hab.

	Leste do Sul	Noroeste	Triângulo do Sul	Centro Sul	Nordeste
Clínica Obstétrica – GAR	Realiza: 1 unidade fora do polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.
Tratamento HIV/AIDS	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade fora do polo.	Realiza: 1 unidade no polo.
Trat. Mal For. Congênita/Def.A.Crom	Realiza: 1 unidade fora do polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades no polo, 1 no polo, 1 fora.
Tratamento em Oncologia	Realiza: 1 unidade no polo.	Não realiza	Realiza: 2 unidades no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Não realiza.
Cirurgia Oncológica	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Não realiza.
Cirurgia de Tórax	Realiza 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades no polo, 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.
Cirurgia Plástica e Reparadora	Realiza 1 unidade fora do polo.	Não realiza.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.
Cirurgia Neurológica	Realiza 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.
Cirurgia do Sistema Osteomuscular	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 3 unidades no polo.
Cirurgia Oro-Facial	Realiza: 1 unidade fora do polo.	Realiza: 1 unidade fora do polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade fora do polo.	Realiza: 2 unidades no polo.
Cirurgia Urológica	Realiza: 3 unidades. 1 no polo, 2 fora.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 3 unidades. 1 no polo, 2 fora.	Realiza: 1 unidade no polo.
Cirurgia Cardiovascular	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.
Cirurgia Vascular	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades no polo.
Cirurgia Intervencionista	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.
Cirurgia Endovascular	Não realiza.	Não realiza.	Realiza: 1 unidade no polo.	Não realiza.	Não realiza.
Eletrofisiologia	Não realiza.	Não realiza.	Realiza: 1 unidade no polo.	Não Realiza.	Não realiza.

Fonte: DataSUS/TabWin; SES/ SubGR/DEAA * Excluindo Transplantes.

Tabela 3 - Vazio, Sobreposição por Unidade Hospitalar que Realiza Especialidade igual/superior a 10r* e Polaridade – RAS com mais de 1 milhão/hab.

	Oeste	Triângulo do Norte	Leste	Sudeste	Norte
Clínica Obstétrica – GAR	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades no polo.
Tratamento HIV/AIDS	Não realiza.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.
Trat. Mal For. Congênita/Def.A.Crom	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 4 unidades. 2 no polo, 2 fora.	Realiza: 2 unidades no polo.

Tratamento em Oncologia	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade fora do polo.	Realiza: 3 unidades. 2 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades no polo.
Cirurgia Oncológica	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 3 unidades. 2 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades no polo.
Cirurgia de Tórax	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 4 unidades no polo.	Realiza: 3 unidades no polo.
Cirurgia Plástica e Reparadora	Não realiza.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 3 unidades no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.
Cirurgia Neurológica	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades no polo.	Realiza: 2 unidades no polo.
Cirurgia do Sistema Osteomuscular	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades no polo.	Realiza: 2 unidades no polo.
Cirurgia Oro-Facial	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades no polo.
Cirurgia Urológica	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 4 unidades. 3 no polo, 1 fora.	Realiza: 2 unidades no polo.
Cirurgia Cardiovascular	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 3 unidades. 2 no polo, 1 fora.	Realiza: 3 unidades no polo.
Cirurgia Vascular	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 3 unidades. 1 no polo, 2 fora.	Realiza: 2 unidades no polo.
Cirurgia Intervencionista	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades no polo.	Realiza: 2 unidades. 1 no polo, 1 fora.	Realiza: 3 unidades. 2 no polo, 1 fora.	Realiza: 3 unidades no polo.
Cirurgia Endovascular	Não realiza.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade fora do polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 2 unidades no polo.
Eletrofisiologia	Não realiza.	Realiza: 1 unidade no polo.	Realiza: 1 unidade fora do polo.	Realiza: 1 unidade no polo.	Não realiza.

Fonte: DataSUS/TabWin; SES/ SubGR/DEAA * Excluindo Transplantes

As tabelas 2 e 3 permitem identificar, primeiramente, a frequência de presença/ausência de especialidades executadas no âmbito regional (igual/superior a 10r). Considerando as 10 RAS as ausências mais frequentes são em Eletrofisiologia (6) e Cirurgia Endovascular (5), seguida por Tratamento Oncológico (2) e Cirurgia Plástica Reparatória (2). Além destes, é identificado vazio em Cirurgia Oncológica na RAS Nordeste e em Tratamento HIV/AIDS na RAS Oeste. Também apresenta panoramicamente uma primeira imagem da situação de concentração/dispersão da oferta considerando o território (polo) e a unidade (preferência por uma única), dados que são novamente sistematizados a seguir.

Tabela 4 - Dispersão em relação ao polo macroregional e em unidades e sobreposições de especialidades

RAS	Número de municípios com hospitais que executam especialidades dos elencos AC/MCHE desconsiderando o polo macroregional	Número de hospitais que executam especialidades dos elencos AC/MCHE - no polo e em outros municípios.	Especialidades dos elencos AC/MCHE ofertadas em mais de uma unidade - sobreposição.
	(dispersão territorial)	(dispersão em unidades)	(presumir concorrência)
Leste do Sul	2	5	4
Noroeste	2	5	3
Triângulo do Sul	0	2	4
Centro Sul	2	5	3
Nordeste	1	4	4
Oeste	0	2	1
Triângulo do Norte	0	4	5
Leste	1	4	12
Sudeste	4	14	14
Norte	0	4	13

Fonte: DataSUS/TabWin; SES/ SubGR/DEAA

Em relação à primeira coluna verifica-se que em 60% das RAS analisadas a oferta não converge para o município polo. Apenas Triângulo do Sul, Oeste, Triângulo do Norte e Norte apresentam-se alinhados aos pressupostos do PDR neste quesito. Destaca-se o caso da RAS Sudeste que destoa das demais pelo elevado número de municípios que rivalizam com o polo: Muriaé, Ubá, Além Paraíba e Cataguases.

Não há correlação entre extensão da RAS e dispersão da oferta em diferentes cidades. Em alguns casos, verifica-se bipolaridade, como ocorre na RAS Leste, enquanto em outros percebe-se uma concorrência de municípios com o polo como é o caso de Viçosa e Manhuaçu (ofertando 4 especialidades cada) em relação a Ponte Nova (oferta 10 especialidades) na RAS Leste do Sul.

Com relação à segunda coluna percebe-se que nenhuma RAS alcança o critério ideal proposto pelo PDR, nenhuma concentra os serviços em uma única unidade hospitalar. O número predominante é 4, que aparece em 4 RAS. Os mais baixos são Oeste e Triângulo do Sul com apenas 2. Leste do Sul, Noroeste e Centro Sul apresentam 5. Novamente, a RAS Sudeste é o caso discrepante apresentando 14 unidades ofertando especialidades dos elencos AC/MCHE igual/superior a 10r.

A terceira coluna apresenta o número de especialidades que são ofertadas por mais de um hospital. O cenário é de sobreposição em todas regiões, destacando como extremos a RAS Oeste, que apresenta menor sobreposição e a RAS Sudeste que, novamente, apresente o maior número (14). Neste caso, as outras duas RAS mais populosas se aproximam dela, Leste com 12 e Norte com 13.

Os dados acima permitem presumir a existência de concorrência em todas as RAS, com maior probabilidade de certeza (considerando os limites do critério adotado na análise) nas RAS Leste, Norte e, especialmente, Sudeste.

Como já pontuado, para uma percepção mais acurada da concorrência é necessário empregar outros dados e variáveis. Para buscar identificar se de fato há predação ou se a oferta simultânea é complementar, um primeiro critério pode ser determinar se há realizações simultâneas da Função de Atenção Terciária Inter-regional. Sendo aplicado este, evidencia-se na RAS Leste a existência de dois polos, um no município de Governador Valadares, que executa a função por três hospitais (com distribuição harmônica das especialidades entre eles) e outro no município de Ipatinga (concentrado no Hospital Márcio Cunha). Neste caso, o dilema se encontra na circunscrição territorial, caberia nesta, duas RAS; para tanto, seria necessário complementar a especialidade de Cirurgia Endovascular e Eletrofisiologia em Governador Valadares (não realiza) e Tratamento HIV/AIDS em Ipatinga (realiza abaixo de 10r). Na RAS Norte, verifica-se concentração na Santa Casa de Montes Claros que não oferta apenas Tratamento HIV/AIDS e Eletrofisiologia. Se nesta forem consideradas duas funções executadas por unidades em conjunto, o cenário se altera, indicando menor sobreposição. Neste caso a Santa Casa de Montes Claros figura executando o papel de unidade hospitalar de referência (1 função) e outros três, de maneira integrada e parcialmente harmônica (visto que há alguma sobreposição), como um complexo hospitalar de referência (1 função).

Não é esta a situação da RAS Sudeste. A Santa Casa de Juiz de Fora concentra 11 especialidades, porém, o grau de dispersão e o número de sobreposições no interior e fora do polo é incomparável. Não se verifica outro polo para onde convirja os serviços, como no caso da Leste, assim como não existem outras unidades produzindo de maneira sinérgica no próprio polo, como uma função paralela, de maneira semelhante à verificada na RAS Norte. São 5 especialidades com 2 execuções; 5 especialidades com 4 execuções; 4 especialidades com 3 execuções e apenas 2 especialidades executadas por um único hospital; boa parte destas, dispersas pelo território da RAS em cinco municípios. Não há situação similar nas demais RAS investigadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho pretendeu realizar uma análise sobre o grau de adequação existente entre o que é previsto como ideal pelo PDR e a situação concreta da oferta dos serviços de Alta Complexidade por RAS considerando cinco aspectos.

Os dados mobilizados permitem constatar que nenhuma RAS atinge o ideal em todos os aspectos. No critério populacional, as mais adequadas são a RAS Leste, Sudeste e Norte; elencos completos são encontrados apenas nas RAS Triângulo do Sul, Triângulo do Norte, Leste, Sudeste e Sul; resolubilidade total nos elencos AC/MCHE acima de 90 foi verificado nas RAS Sudeste (resultado mais elevado), Triângulo do Sul, Triângulo do Norte, Norte, e Sul (que não foi submetida às comparações seguintes). Polaridade identifica-se apenas na Oeste, Triângulos do Norte e do Sul e Norte; concentração em uma única unidade não foi verificada em nenhuma região, as mais próximas são Triângulo do Sul e Oeste.

Os resultados ensejam propostas de desdobramentos investigatórios, seguem dois: Primeiro, pesquisar o que motiva a existência de casos de vazios assistenciais e/ou baixa resolubilidade. Três hipóteses podem nortear a busca por respostas: (a) limitações relacionadas aos estabelecimentos localizados nas RAS; (b) a referência real divergir da esperada, estando a população conectada a serviços ofertados em outras RAS (principalmente na RAS Centro); (c)

inadequação formal ou material aos critérios exigidos pelo Ministério da Saúde para concessão de novas habilitações em Alta Complexidade, o que afeta a oferta ou a informação, visto que sem tais o hospital fica impedido de faturar certos procedimentos, o que obviamente induz a não realizá-los, ou quando os realiza não registra adequadamente na AIH.

Segundo, sobre o problema da concorrência, o trabalho norteou-se por mapear as sobreposições, entendendo que tais são apenas indícios desta. Uma compreensão apropriada requer desdobrar a investigação mobilizando outros dados e variáveis capazes de determinar o que é complemento e o que é concorrência. Por exemplo, é preciso verificar a natureza do estabelecimento, se geral ou especializado, a disponibilidade de leitos, a demanda por procedimentos de acordo com o perfil epidemiológico e as estratégias contratuais adotadas pelo poder público na relação com as unidades prestadoras de serviços. Ao longo da apresentação, sugeriu-se também adotar o critério de averiguar se existem funções sendo realizadas simultaneamente.

Ainda que como uma aproximação preliminar, o critério de sobreposição permite identificar imediatamente que a RAS Sudeste está confrontada a um dilema que interfere negativamente em sua economicidade. Se aplicado o critério sugerido, o indício é reforçado: diferente da RAS Norte, que possui duas Funções simultaneamente executadas no polo e da RAS Leste onde vigora, na prática, dois polos, a RAS Sudeste apresenta sobreposição no próprio polo e fora dele (entre 14 unidades) e dispersão (4 municípios além do polo), sem que haja outro município que concentre paralelamente a Juiz de Fora como ocorre na relação entre Ipatinga e Governador Valadares ou outro conjunto de unidades que realize uma segunda função simultaneamente no próprio polo como ocorre em Montes Claros. Sendo assim, justifica-se atenção especial, visto que ao lado do dilema em tela, é a RAS com a melhor resolubilidade geral dentre as comparadas.

Os resultados deste também sugerem que os gestores do SUS/MG realizem pelo menos duas ações: Primeira, completar os elencos nas RAS nas quais constata-se vazio e ampliar a produção das unidades que realizam procedimentos em níveis insatisfatórios de resolubilidade, o que implica em aumentar a resolubilidade unitária de cada especialidade.

Segunda, avaliar e tomar decisões para ajustar algumas circunscrições de RAS, especialmente no caso da Leste, onde vigora, na prática, a bipolaridade.

O trabalho também provoca reflexão sobre o que deve ser reafirmado, e, portanto, espera-se continuar procurando a concretização do ideal, e o que deve ser revisado, ou seja, qual parte do ideal precisa ser repensada de maneira a ajustar-se ao horizonte do possível. O trabalho clarifica pelo menos um vetor de reafirmação e outro de revisão. Se, por um lado, a polaridade precisa ser reforçada, por outro, a ideia de concentrar em uma única unidade deve ser flexibilizada.

Um estudo da montagem da regionalização poderá responder os motivos que levaram a algumas inadequações, especialmente concernentes à relação população-polo-referência hospitalar. O SUS/MG herda do período progresso centenas de hospitais espalhados pelo território e, ao mesmo tempo, concentrados em determinadas áreas do estado, notadamente as mais ricas. Para adaptar as diretrizes do PDR a esta situação, a porção territorial e o agregado populacional foram ajustadas de acordo com os fluxos preexistentes para polos/hospitais que já figuravam como referência. Se por um lado, o critério é plenamente justificável no momento de desenhar a territorialização, por outro, a confirmação dos princípios do PDR requer estratégias de adequa-

ção da realidade aos seus pressupostos ao longo do tempo, especialmente em regiões nas quais se detecta dispersão territorial injustificável assistencialmente, como o caso da Leste do Sul.

Seria razoável conceber que em regiões com maior extensão territorial se poderia admitir alguma dispersão dos serviços, perdendo a economicidade em função de vantagens relativas ao acesso. Porém, neste quesito o que se verifica no SUS/MG é um conjunto de distorções. Por exemplo, na RAS Leste do Sul, com cerca de 15.168,5Km², se verifica acentuada concorrência de Viçosa e Manhuaçu com o polo Ponte Nova, enquanto a RAS Norte com extensão de 122.880Km², portanto, cerca de 8 vezes maior, tem praticamente toda a Alta Complexidade concentrada no município de Montes Claros. Consequentemente, a polaridade é um aspecto que deve ser reforçado, especialmente em casos como a Leste do Sul, visto que a distorção não objetiva qualificar o acesso ao usuário, diferentemente, a dispersão territorial indicia desorganização, produto de desigualdades econômicas e assimetrias históricas que precisam ser superadas.

Caso diverso é o propósito de referenciar toda a RAS a uma única unidade. Eis um aspecto que, em razão dos dados apresentados, parece ser necessário revisar.

Sugere-se como uma alternativa mudar o foco, ao invés de idealizar que um único hospital produza todas especialidades, será mais apropriado verificar se as unidades que desempenham papéis na execução da Função de Atenção Terciária Inter-regional operam sinergicamente na realização dos elencos AC/MCHE. Sem deixar de enfatizar a eficiência econômica, buscando a maior concentração possível, porém, deixando de condicionar a um objetivo estéril que não se realizará em decorrência da quantidade de hospitais existentes e suas implicações.

Dessa maneira, parece razoável flexibilizar este específico critério do PDR, admitindo que a oferta se dê de duas maneiras: através de unidades hospitalares de referência ou através de complexos hospitalares de referência, compostos por mais de uma unidade que produzem sinergicamente. Se esta proposta será desenvolvida, é preciso definir diretrizes e critérios para preservar a eficiência econômica e o acesso, além de criar indicadores e nova metodologia de avaliação, para, por meio destes, inibir inadequações como a concorrência e seus efeitos deletérios.

REFERÊNCIAS

1. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG (Tipologia): Distribuição dos procedimentos da Tabela SIAH/SUS por Nível de Atenção à Saúde/ Nível de Densidade Tecnológica Assistencial conforme modelo de regionalização no PDR/MG. Belo Horizonte, 2012.
2. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.
3. Malachias I, Marra A, Castro GB, Pinto MAS, *et al.* A Resolubilidade e os Vazios da Assistência Hospitalar Micro e Macrorregional do SUS/MG em 2010 e a Evolução - 2003/2010. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.
4. Malachias I, Marra A, Castro GB, Pinto MAS, *et al.* A Resolubilidade e os Vazios da Assistência Hospitalar Micro e Macrorregional do SUS/MG em 2010 e a Evolução - 2003/2010. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

5. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. p. 46-47.
6. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. p. 47.
7. Malachias I *et al.* Relatório de Classificação das Unidades Hospitalares Segundo Função por Região de Saúde no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.
8. Aletras V, Jones A, Sheldon TA. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J. Concentration and choice in health care. London: Financial Times Healthcare, 1997.
9. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG (Tipologia): Distribuição dos procedimentos da Tabela SIAH/SUS por Nível de Atenção à Saúde/ Nível de Densidade Tecnológica Assistencial conforme modelo de regionalização no PDR/MG. Belo Horizonte, 2012.
10. Giancotti M, Gulhielmo A, Mauro M. Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. PLoS ONE 12(3): e0174533. <https://doi.org/10.1371/journal>. 2017.
11. www.datasus.saude.gov.br [Acessado em 12/01/2019].
12. Malachias I, Marra A, Castro GB, Pinto MAS, *et al.* A Resolubilidade e os Vazios da Assistência Hospitalar Micro e Macrorregional do SUS/MG em 2010 e a Evolução - 2003/2010. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.
13. <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2/> Acessado em 12/01/2019
14. “Adscrição e população dos municípios por macrorregiões e microrregiões de saúde”. In.: <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>. Acessado em 12/01/2019.
15. <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>. Acessado em 12/01/2019.
16. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. p. 63.

O papel da TCC nos relacionamentos amorosos na era digital durante a pandemia da Covid-19



Luciana Santos de Moura

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.12

RESUMO

O presente estudo vem, sob a luz das teorias, discutir e apresentar uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa sobre a instantaneidade e fugacidade de grande parcela de relacionamentos entre indivíduos no contexto do século XXI e pandemia, através de redes sociais ou aplicativos de relacionamentos e o inevitável adoecimento psíquico. E, partindo dessas premissas elencar possíveis elementos para seu enfrentamento dentro da clínica a partir da psicoterapia na abordagem da TCC, com o desafio de minimizar os impactos negativos e os prejuízos biopsicossociais na vida do paciente e em seu entorno, presentes após, a intensidade associada a brevidade do relacionamento amoroso. É possível perceber através desse construto que a TCC tem grande valia para a prevenção de recaídas e a promoção de saúde mental nesse cenário atual. Para discorrer sobre o tema foi imprescindível revisitar algumas teorias bibliográficas como a Terapia Cognitivo-Comportamental, Amor Líquido, DSM-V, Fronteiras da Terapia Cognitiva, sites de artigos científicos como o SciELO, PePSIC entre outras diversas fontes com o objetivo de elaborar, compreender e colaborar para o construto desse material.

Palavras-chave: relacionamentos amorosos. pandemia. redes sociais. dependência emocional. terapia cognitivo-comportamental.

INTRODUÇÃO

A imperatividade dos relacionamentos no século XXI, que traz a falsa narrativa de que a felicidade completa está em ter um relacionamento amoroso, têm contribuído de forma negativa para o desenvolvimento pleno das relações humanas e, por fim dos seres humanos. As pessoas de uma maneira geral têm atropelado de forma impulsiva e agressiva todas as etapas que deveriam acontecer de forma natural, e, justamente por desejarem tudo ao seu tempo, falta autorreflexão, paciência e real desejo para perseguir ou não um relacionamento amoroso. A tecnologia tem facilitado de maneira exacerbada a união de casais e em paralelo a isso, em velocidade espantosa, tem separado os mesmos casais sem levar em conta qualquer tipo de responsabilidade afetiva.

O isolamento culminado e agravado pela pandemia da Covid-19 levou a grande maioria das pessoas a desenvolverem vários transtornos e, associados a eles a tão prejudicial carência emocional. Os aplicativos de encontros amorosos virtuais (Tinder, Grindr, Ashley Madison, Solteiros50, be2, c.date entre outros) tem sido a “bola da vez” onde se pode escolher aqueles cujo estereótipo físico mais agrada, ou seja, uma vitrine de rostos e corpos figurativamente como um self-service de pessoas que nem sempre buscam por um relacionamento sério, porém, não o deixam claro para a outra parte, que deseja o contrário. A partir disso, o relacionamento, quer seja platônico ou amoroso iniciado nesse disfarce de propósitos iniciais de um ou ambos os lados culminam, na grande maioria das vezes, em marcas emocionais nos envolvidos que, a partir da situação original, usam as táticas do outro, gerando um ciclo de relacionamentos vazios que geram sofrimento e o fragilizam de forma assustadora.

Outro fator relevante que se destaca nas literaturas e mídias sociais trata-se da crescente busca pelos relacionamentos no ambiente virtual. Os ciberespaços ganham força, de modo geral, nas relações interpessoais. O uso da internet tem sido um espaço cada vez mais abrangente na vida das pessoas, assim como disserta que a dependência da internet é uma expansão mundial tanto em publicações leigas como a científicas. E os efeitos do

convívio da Geração Digital, expôs todos os homens as redes mundiais nos últimos anos. Pesquisa realizada com jovens, apontam para características peculiares e o uso progressivo da internet fez com que a linha divisória entre recreacional e o patológico esteja a um ponto muito tênue. Inclusive levando os profissionais de saúde mental a uma preocupação de como lidar com a dinâmica nos consultórios e na vida pessoal (Rangé, 2011, p. 440). (apud BUENO, 2020, p.8-9)

Os relacionamentos amorosos na era digital e no contexto da Pandemia, tema relevante e atual, que tem adoecido uma grande parcela de indivíduos, não respeitando faixa etária, etnia, cor ou sexo é uma questão séria e emergente que tem se apresentado à psicologia como desafio complexo a ser enfrentado dentro da clínica. Pode-se dizer que é uma pandemia dentro de outra pandemia, só que agora não é o vírus da covid-19 que contamina os indivíduos, mas a superficialidade subjetiva que contamina e machuca o outro, levando-se em consideração que ninguém sai ileso da vida do outro. Embasado em leituras teóricas bibliográficas questiona-se se o recurso digital tem sido, de fato, saudável e sustentável para as relações atuais e, o que se pretende dizer quanto ao isolamento social no contexto da Pandemia ser indicativo das relações amorosas serem breves e rasas.

Também se questiona como a TCC pode ser eficaz e eficiente no enfrentamento dessa problemática atual dentro do contexto da clínica e, se comprovada a eficácia e a eficiência, no que se diferencia essa abordagem de outras. São questionamentos como esses que vieram a provocar o construto do artigo, não com a intenção de encerrar as discussões, mas com a intenção de provocar estudiosos para uma reflexão crítica diante dessa problemática relevante e muito presente nos dias atuais, ao permear aspectos tão significativos e profundos.

Esta pesquisa teve o objetivo de refletir sobre as relações no cenário atual, as quais grande maioria são breves, rasas e padecedoras. Identificar os aspectos relevantes para tal problemática entre os casais. Buscar identificar as causas do não envolvimento entre os pares. Identificar e descrever a eficácia e eficiência da terapia cognitivo e comportamental diante dessa demanda no cenário da clínica.

Importante ressaltar que o assunto abordado em todo o decorrer do texto é de suma importância, uma vez que afeta não só a vida amorosa dos indivíduos, mas todos os aspectos biopsicossociais. As pesquisas nessa área estão ainda em formato embrionário, sendo assim, é imprescindível mais estudos científicos com o intuito de refletir, entender, compreender, elaborar e, assim combater e minimizar os prejuízos tão presentes e reais na vida dos envolvidos. O referido artigo é uma pesquisa bibliográfica qualitativa e, portanto, para tal construto foi imprescindível o debruçar-se sobre várias teorias científicas.

DESENVOLVIMENTO

O advento da Pandemia da Covid-19 chegou trazendo muitos prejuízos para as pessoas em âmbito mundial. Ninguém ficou impune. De alguma forma, todos sentiram na pele a força da pandemia. Entretanto, apesar de milhares de vidas ceifadas, famílias inteiras dizimadas, perda de empregos, prejuízo na economia entre outras coisas, a pandemia veio, também, convocar no indivíduo a autorreflexão, a mudanças no estilo de vida, a parar e olhar para a vida de uma maneira diferente de tudo o que se já viveu. O isolamento social transformou de forma profunda todas as interações, os valores morais, sociais e éticos tomaram novas formas. Agora, ficar em casa nos obriga a repensar a nossa vida como um todo. Todos foram obrigados a colocar

o pé no freio e a andar de forma lenta e gradual quando possível e a parar quando necessário. Todos a um só passo e compasso.

Por outro lado, com a pandemia e o inevitável isolamento social, casamentos chegaram ao fim, as doenças psíquicas afloraram de maneira assombrosa e as relações, a partir de então, passaram a ser necessariamente através da tecnologia. Pais e filhos, avós e netos, colegas de trabalho, namorados, todos, agora passaram a se comunicar, na maioria das vezes, através da tecnologia. O toque físico não se usa mais, é muito arriscado, assim, um simples “oi” tornou-se suficiente nos dias atuais.

A circunscrição à habitação e o isolamento social tornaram-se uma realidade com impacto a vários níveis na vida das famílias e dos casais. Maior assistência aos filhos, redução dos contactos com a família alargada e redes sociais, lazer familiar indoor e dificuldade de planeamento a curto/médio prazo, traduziu-se num grande aumento do stress. Um estudo desenvolvido pelo CES* evidencia um aumento estatisticamente significativo do stress, entre os períodos pré e pós isolamento social, em pessoas que estão numa relação amorosa, em coabitação. Sabe-se que o stress pode provocar uma amplificação das dificuldades existentes no casal, como a percepção de menor qualidade conjugal ou aumento do conflito. O contexto criado pela pandemia promove a instabilidade da díade (que, por definição, é em si mesma instável), através do fecho sobre si própria, com redução drástica das habituais e salutares triangulações com os restantes elementos da família ou com o trabalho e os amigos, por exemplo. O problema é então a inevitabilidade da exposição sistemática e continuada do Eu ao Tu (e vice-versa), maximizando as componentes individuais e vulnerabilizando o Nós, ou seja, o coletivo do casal. (RELVAS, 2020, p.90)

Entretanto, para aqueles que querem se relacionar de alguma forma, uma das únicas opções é se adaptar ao universo dos aplicativos de relacionamentos amorosos, tão naturalizados na atualidade. Inclusive, já existem experts no assunto de navegar e escolher perfis de acordo com a satisfação de seu desejo. O início e a sequência das relações não são diferentes dentro dessas plataformas, o caminho é padronizado. Dessa forma, percebe-se que a indústria tecnológica para “unir casais” tem tido excelente êxito no princípio, entretanto, muitos se perdem no decorrer do caminho. Assim, fica claro que ainda que a tecnologia seja de ponta, somos ainda meros seres humanos complexos e incompletos.

Nos aplicativos de relacionamento, é apresentado vitrines com diversos estereótipos e um mini - currículo abaixo, um amplo cardápio para todos os gostos, e, assim, basta curtir o perfil da pessoa da qual se gosta, e caso ocorra “match”, parte-se para a próxima etapa que é a entrevista semiestruturada e, se for aprovada por ambos, sobem para o próximo nível onde ocorre a troca de números e conversas por WhatsApp. Com isso, o relacionamento se inicia de forma artificial, gerando pouca conexão entre os participantes, além de raso e inconsequente. Nesse nível a entrevista continua, porém, agora de forma íntima e quase que instantaneamente o encontro presencial é marcado. Encontro cheio de promessas, boas intenções, projetos de futuro e veemência de um relacionamento sério ou não. Entretanto, essas promessas iniciais tendem a cair no esquecimento em um breve espaço de tempo. A entrega sem reservas no início, os traumas relatados dos relacionamentos anteriores e as declarações de amor, logo, se tornam um verdadeiro pesadelo na vida daqueles que está mais vulnerável, e, aquilo que parecia ser um sonho torna-se algo insustentável e padecedor.

Segundo Lima e Almeida (2016), o relacionamento amoroso pode ser definido por uma relação entre duas pessoas de distintas famílias que se amam, podendo ser considerados namorados, cônjuges, companheiros, amantes ou ficantes. Entretanto, na atualidade, esses relacionamentos tendem a ser vistos como uniões com menor durabilidade de tempo, além de serem compostos por indivíduos menos tolerantes a conflitos, impacientes em vários aspectos e dirigidos pelo imediatismo (Smeha; Oliveira, 2013). (*apud* SANTOS,

Haja vista que a baixa tolerância em lidar com conflitos e o imediatismo que assolam a atualidade, tem feito dos indivíduos reféns de suas próprias sombras. Como lidar com seus próprios demônios, se tudo é uma sequência de efeito cascata, se tudo é atropelado? Já quase não existe o luto pós término de relacionamento para que se possa elaborar e acolher seus sentimentos e, apenas depois, se possa novamente iniciar uma nova relação, sem atropelos.

Ao contrário disso, os jogos patológicos começam, vácuos ou lei do silêncio como forma de punição, bloqueios e desbloqueios em WhatsApp, diminuição ou anulação do outro, agressões em suas mais diversas ordens e por fim o pedido de desculpas muitas vezes acompanhados de presentes e a promessa de que as atitudes tóxicas não voltarão a se repetir. Meras promessas infundadas e vãs. Novamente por um breve período de tempo tudo volta ao primeiro estágio, mas, não muito tempo depois o ciclo se repete. Amor, paixão, entrega, agressões, jogos e pedidos de desculpas.

A partir desses elementos nasce a dependência emocional, e, associado a isso surgem as crises de ansiedade e pânico, as desordens alimentares, a baixa autoestima, que ao final do relacionamento, gera um ciclo patológico que influencia grandemente, não só, em relacionamentos futuros, mas em todas as esferas da vida do indivíduo.

A dependência emocional, que um dos principais prejuízos nos relacionamentos atuais e o sinal vermelho para o adoecimento psíquico está classificado no DSM-V como Transtorno da Personalidade Dependente, F60.7. Transtorno que surge geralmente no início da vida adulta, assim, não exclui o surgimento em outro momento da vida, e enumera os seguintes critérios diagnósticos os indivíduos que:

1. Tem dificuldades em tomar decisões cotidianas sem uma quantidade excessiva de conselhos e reassuramento de outros.
2. Precisa que outros assumam responsabilidade pela maior parte das principais áreas de sua vida.
3. Tem dificuldades em manifestar desacordo com outros devido a medo de perder apoio ou aprovação. (Nota: Não incluir os medos reais de retaliação.)
4. Apresenta dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria (devido mais a falta de autoconfiança em seu julgamento ou em suas capacidades do que a falta de motivação ou energia).
5. Vai a extremos para obter carinho e apoio de outros, a ponto de voluntariar-se para fazer coisas desagradáveis.
6. Sente-se desconfortável ou desamparado quando sozinho devido a temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si mesmo.
7. Busca com urgência outro relacionamento como fonte de cuidado e amparo logo após o término de um relacionamento íntimo.
8. Tem preocupações irrealistas com medos de ser abandonado à própria sorte (DSM-V, 2014, p.675).

O “início de um sonho e o tudo deu errado”, torna-se a cada dia mais tênue entre os relacionamentos atuais. Uma parte só permanece na relação enquanto um terceiro não oferece mais a ela, ou seja, todos se tornaram descartáveis. Não existe mais a tão necessária responsabilidade afetiva. E, o isolamento social durante a pandemia e a facilidade de acessibilidade oferecida pelas redes sociais em encontrar o “par perfeito” tem fragilizado as relações. Não é preciso mais o toque, o olhar ou o ajustamento presencial, só é necessário o currículo ideal para ocupar um lugar importante na vida do indivíduo.

Bauman (2009, p. 111) reforça isso em o “relacionamento puro” tende a ser, nos dias de hoje, a forma predominante de convívio humano, na qual se entra “pelo que cada um pode ganhar” e se “continua apenas enquanto ambas as partes imaginem que estão proporcionando a cada uma satisfações suficientes para permanecerem na relação.

E ainda,

as pessoas tendem tecer suas memórias do mundo utilizando o fio de suas experiências. Os membros da atual geração podem achar artificial a imagem luminosa e alegre de um mundo confiante e fiel – em profundo desacordo com o que eles próprios aprendem diariamente e com que é insinuado pelas narrativas comuns da experiência humana e recomendado pelas estratégias de vida que lhe são apresentadas no dia a dia (...). Bauman (2009, p.109)

A impulsividade e a urgência por um relacionamento atropelam a parcimônia necessária para se criar relacionamentos saudáveis e duradouros, causando ao indivíduo alienação ao seu meio. Atualmente, o indivíduo, com a popularização das redes sociais, expõe suas realizações acadêmicas, financeiras e amorosas causando uma espécie de competição entre pessoas que sempre desejam ter mais para poder se exhibir, porém com a falsa sensação de que aquilo, quando alcançado, seja o suficiente para completar algo que falta.

A necessidade em se ter algo, que complete o indivíduo, leva ao desespero e ao sofrimento e, quando acuado com essas emoções negativas, o indivíduo pode se tornar cruel com si próprio e para com outros. Não são raros, os relacionamentos amorosos que surgem por essa necessidade e por esse desespero. O conto de fadas ideal para ser exposto nas redes sociais, mas que na vida privada – no melhor dos cenários possíveis – o casal é indiferente um ao outro, ou – em cenários alternativos – até mesmo violento, de forma psicológica, financeira ou física.

Os relacionamentos nos dias atuais começam de forma rápida e intensa, deixando sempre marcas profundas e dolorosas em seu término, uma vez que se parte da premissa de que ninguém sai ileso da vida do outro. As relações tornaram-se líquidas e rasas, limitantes e abusivas, se normalizaram dizer eu te amo com a mesma frequência que se diz bom dia e com a mesma banalidade que um prato de sobremesa. Inicia-se uma relação com a intensidade da paixão, do novo, da expectativa de que esse será melhor que o anterior. Entretanto, em pouco tempo, e aqui fala-se de tempo cronológico, a relação toma um rumo diferente do esperado. Ao invés de carinho, proteção e respeito, o outro começa a experimentar a angústia, o medo, e a sensação de perda, gerando, dessa forma, a violência simbólica.

Desde o desenvolvimento e aprimoramento da tecnologia e a mudança das relações de trabalho o indivíduo se socializa cada vez menos, quer seja por não ter tempo e ânimo para socializar ou – no caso daqueles que já nascem rodeados de redes sociais – não aprendeu a fazê-lo. Por isso, o indivíduo tem pouca interação social com o outro. Surgem, portanto, nesse cenário as redes sociais que tinham como objetivo “suprir” a necessidade de interação e relacionamento do ser humano sem que atrapalhassem o fluxo das redes de trabalho e, ao mesmo tempo auxiliassem na criação de relacionamentos amorosos de forma artificial com facilidade. Os aplicativos de relacionamento, portanto, substituíram a forma orgânica de se relacionar, gerando a falsa solução imediatista de um problema que afeta a sociedade por inteiro.

A necessidade de soluções imediatas gera consequências e sofrimento prolongados, que afeta a vida do indivíduo e, por fim, causa comportamentos e pensamentos negativos. As emoções geradas nesse processo de “tentativa e erro” são, quase sempre, negativas, geram padrões disfuncionais de comportamento nos indivíduos afetados – depressão, raiva, a sensação de insuficiência, entre outros, que causam ciclos de comportamentos em relacionamentos futuros.

As relações amorosas estão diretamente relacionadas aos comportamentos (funcionais ou disfuncionais) e aos sentimentos (positivos e negativos). Dessa forma quando as relações

se tornam tóxicas ou abusivas, a visão em relação ao self, ao mundo e ao futuro ficam inevitavelmente afetadas e, não raras às vezes, é necessário a ajuda de profissional capacitado para que o indivíduo possa elaborar e ressignificar sua vida, após compreender que existe vida após o término de um relacionamento. É importante salientar que existem várias abordagens dentro da psicologia, as quais podem ser escolhidas pelo profissional, ou seja, as abordagens não se excluem, mas se completam.

Entretanto, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) por ser uma abordagem focada no aqui e agora, ou seja, no problema atual, pontual e estruturada, que provoca no indivíduo mudanças de pensamentos e comportamentos disfuncionais, através de treinamentos de habilidades sociais, autoestima e autoconfiança, além de proporcionar o entendimento de como determinado evento afeta o indivíduo através de sua interpretação, e não a dimensão do evento em si, é que pode perceber tanto a eficácia quanto a sua eficiência no enfrentamento dos danos causados pela dependência em suas diversas faces dentro dos relacionamentos.

Conforme Falcone e Oliveira (2012), a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), baseia-se na avaliação do processo interno e velado da cognição, sendo que a cognição possui influência nas emoções e comportamentos dos sujeitos. Partindo desse princípio, cada indivíduo pode interpretar uma determinada situação de maneira diferente, onde cada um poderá apresentar reações distintas para a mesma situação. Sendo assim, “Não é a situação em si que determina o que a pessoa sente, mas como ela interpreta uma situação” (BECK, 1964; ELLIS, 1962 *et al.*, *apud* BECK, 2013. p. 51). (*apud* Martins, 2021, p.23)

Em suma, as crenças centrais são aqueles entendimentos que carregamos e o temos como verdades incontestáveis. São formadas na infância, tomam forma no decorrer do tempo e se solidificam. Essas crenças podem ser funcionais ou disfuncionais e são direcionadas ao self (eu), ao mundo e ao futuro, formando-se dessa maneira a tríade cognitiva. A TCC, portanto, permite que os terapeutas trabalhem de uma maneira mais profunda a cognição do paciente, sendo assim, é possível trabalhar as crenças centrais e/ou enraizadas quando disfuncionais (desamor, desvalor e desamparo) valendo da quebra de paradigmas com intuito de provocar mudanças mais duradouras e eficazes no enfrentamento dos males. É possível, portanto, alterar a percepção de situações que sejam específicas com o escopo de minimizar os prejuízos biopsicossociais e ressignificar os eventos traumáticos.

Assim, a abordagem da TCC através de suas técnicas pontuais, tende a ser eficaz e eficiente nos diversos transtornos que as relações breves e intensas podem desencadear, como por exemplo, a dependência emocional, a ansiedade, a depressão, as desordens alimentares entre outros, o trabalho desenvolvido é em parceria, e conseqüentemente o indivíduo aprende a ser o seu próprio terapeuta para lidar e vencer seus desafios diários; e, além de pontual e objetiva, tem o poder de modificar o raciocínio e o comportamento do paciente. Portanto, o terapeuta e o paciente tornam-se aliados em prol do enfrentamento do sofrimento subjetivo dentro da clínica e fortalecem a promoção da saúde mental.

O estabelecimento e a manutenção de uma aliança terapêutica é uma oportunidade de monitoramento de respostas adaptativas quanto ao evento presente e a possíveis eventos futuros está diretamente ligada à psicoterapia sob a abordagem da TCC, pois de acordo com BECK (2021) a TCC se resume em: “... uma abordagem da psicoterapia que, de forma estruturada, busca a solução de problemas atuais do indivíduo e a modificação de pensamentos ou comportamentos disfuncionais.”

De uma forma geral, a TCC é utilizada tanto para tratamento de doenças psiquiátricas - depressão, transtorno de personalidade limítrofe, fobia social, agressores sexuais entre outros - quanto para comportamentos considerados disfuncionais e pensamentos negativos que afetam a vida do indivíduo. Portanto, seu uso em indivíduos com padrões de relacionamento que impactam negativamente a sua vida privada pode ser de grande valor para a reversão desses comportamentos disfuncionais.

O Dr. Beck começou a ajudar os pacientes a identificar e avaliar esses pensamentos automáticos. Ele descobriu que, ao fazer isso, os pacientes eram capazes de pensar de forma mais realista. Como resultado, eles se sentiram melhor emocionalmente e foram capazes de se comportar de forma mais funcional. Quando os pacientes mudaram suas crenças subjacentes sobre si mesmos, seu mundo e outras pessoas, a terapia resultou em uma mudança duradoura. Dr. Beck chamou essa abordagem de “terapia cognitiva”. Também se tornou conhecido como “terapia cognitivo-comportamental” ou “TCC”. INSTITUTO BECK (2020)

É importante apontar que o ser humano é um ser sociável, e todas as relações interpessoais ao decorrer da vida afetam significativamente a forma como reage a adversidades, mecanismos que se cria e, principalmente, padrões de conduta em diversas situações. Portanto, são as relações passadas que ditam como lidar com relações presentes e futuras, através da criação de pensamentos autônomos, gerados por experiências positivas e/ou negativas.

A necessidade de um relacionamento amoroso para “se completar” gera pressa em criar laços com a pessoa desejada, no menor tempo possível, essas relações inorgânicas surgem - quer seja a partir de aplicativos de relacionamento ou por redes sociais. Entretanto, na maioria das vezes, o relacionamento - sendo fugaz ou duradouro - causam marcas psicológicas profundas, gerando sensações e pensamentos de falta, incapacidade, rejeição e baixa autoestima que são reafirmados apenas por suas reações gerando um processo de tentativa de auto aperfeiçoamento físico ou comportamental que não causa mudanças no subconsciente do indivíduo que, a partir disso, gera ciclos de ações e reações nos futuros relacionamentos, como sentimentos de ciúmes desproporcional, baixa autoestima e raiva.

Segundo o dicionário online de Português, o ciúme é definido como um sentimento de tristeza ou de raiva por imaginar que a pessoa amada pode se relacionar com outra: tenho ciúmes de você, por outro lado, o ciúme – patológico ou não - causa sentimentos como ansiedade, depressão, desespero, raiva e, em casos mais graves, intimidação física, psicológica e até física, com consequências graves. (LEAHY,2008)

Já a baixa autoestima é gerada por “fracassos” em manter um relacionamento e se manter a par para com seus pares, ocasionado principalmente por comparação a desconhecidos ou conhecidos. Enquanto isso, a necessidade em se ter um relacionamento e “vencer” o jogo do amor criou-se comunidades nas redes sociais – principalmente no Facebook e no Reddit – que aconselham e discutem a melhor estratégia para poder ter “o parceiro ideal” – aquele que é o mais apropriado para as redes sociais. Grupos como o americano “r/FemaleDatingStrategy” ou “r/Tinder” ambos presentes no Reddit, aconselham e discutem acerca de mensagens recebidas e enviadas, ou, por vezes, compartilham seu sucesso. O pensamento “de rebanho” nessas comunidades aprofunda a sensação de falha, já que nem sempre o primeiro match é o para sempre, nem o primeiro encontro se torna o relacionamento perfeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É um fato que as relações no cenário atual têm apresentado mudanças profundas, mudanças irreversíveis e, em muitos aspectos, patológicos. A tecnologia associada a pandemia do Covid-19, apesar de ter facilitado a vida de muitos, tem ocasionado e/ou agravado o caos dentro das relações. A forma inorgânica e tecnológica de se relacionar, criando-se um mundo paralelo, tem feito com que as pessoas padeçam e percam a destreza de lidar com seus pares. Percebe-se que a escassez, das relações humanas presenciais, tem aumentado diariamente. Muitos relatam a necessidade de se relacionar, entretanto, uma parcela mínima quer pagar o preço da construção diária das relações.

Os recursos digitais, apesar dos altos avanços tecnológicos tem demonstrado de forma clara que existem limites, ou seja, a tecnologia apesar de sua pomposidade não consegue transmitir ou trocar o calor humano entre humano-máquina-humano. Essa barreira entres os corpos apesar das “boas” intenções iniciais, se perde facilmente em um curto espaço de tempo. O campo simbólico torna-se falho e insuficiente para o ser humano, o qual é cheio de subjetividades complexas.

Assim também se pode dizer que a fácil acessibilidade ao mercado de pessoas, em vitrines tecnológicas, tem desenvolvido nos indivíduos o empobrecimento e o embotamento dos sentimentos, a arte da conquista foi mudada de configuração, ao invés de flores têm se agora o “match”. O tempo natural para que o afeto saudável seja construído, foi substituído pela ansiedade de respostas imediatas tendo como efeito colateral iminente a dependência emocional e suas arestas. Assim, inevitavelmente, todos adoecem, a psique entra em colapso por não entender a dinâmica atual e tecnológica. Não há digestão daquilo que se provou, mas compulsão em se provar o novo sempre. Não se sente mais de forma saudável, mas tudo o que se sente é tóxico e padecedor.

Os pares não conseguem se conectar afetivamente e com essa insuficiência ocorre de forma inevitável o distanciamento entre eles. A facilidade X superficialidade faz com que o afeto saudável não ganhe força para o seu crescimento no relacionamento, conseqüentemente ocorre o afastamento daquele que apresenta mais embotamento e falha afetiva e que por diversas vezes, machuca o outro de forma cruel uma vez que não se consegue exercer a responsabilidade afetiva.

A sociedade no século XXI padece com transformações profundas, a era digital com o advento da pandemia da Covid-19 fez com as relações humanas entrasse em colapso. Dessa forma, a psicologia foi provocada a repensar o seu papel enquanto agente transformador e formador, mediando conflitos e utilizando ferramentas e técnicas com o objetivo de reduzir os impactos negativos e a redução de danos, prevenir recaídas e promover a saúde mental que é imprescindível para cada indivíduo.

Infere-se, portanto, que a terapia cognitivo comportamental tem importante papel no combate aos agravos atuais nas interrelações. A sua eficácia e eficiência podem ser corroboradas diante dos resultados positivos apresentados por suas técnicas e intervenções pontuais, ao tratar o problema atual que causa sofrimento subjetivo e prejuízos biopsicossociais, enquanto sintomas corporais, psíquicos e sociais. Entretanto, não se pretende encerrar o assunto, mas, provocar estudiosos e profissionais a colaborar com reflexões e construções teóricas fundamen-

tadas cientificamente e testagens empíricas, deixando de lado o senso comum e os achismos.

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Zygmunt, 1925 – Amor Líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos/Zygmunt Bauman; tradução Carlos Alberto Medeiros. – Rio de Janeiro: Zahar, 2004, p.109 -111.

BECK, Judith S. et al. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021

BUENO, Cícera Aparecida da Silva. As relações amorosas atuais sob ótica da terapia cognitivo comportamental de casais. 2021. Disponível em:< <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/278>> Acesso em 02 de fev. 2022

Dicionário Online de Português. Disponível em:<<https://www.dicio.com.br/ciumes/>> Acesso em 03 de fev. 2022

Instituto Beck p terapia cognitiva comportamental. Bala Cynwyd, EUA, 2020. Disponível em:< <https://beckinstitute.org/about-beck/history-of-cognitive-therapy/> >Acesso em 04 de fev. 2022

LEAHY, Robert L.; TIRCH, Dennis D.Cognitive Behavioral Therapy for Jealousy. International Journal Of Cognitive Therapy, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 18-32, fev. 2008. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2008.1.1.18>.> Acesso em 03 de fev. 2022

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... *et al.*] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014, p.675.

MARTINS, Letícia Nayara da Silveira. Como a terapia cognitivo comportamental pode auxiliar em casos de mulheres com consequências psicológicas negativas após vivenciarem um relacionamento abusivo. / Letícia Nayara da Silveira Martins - 2021. Disponível em: < <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/315> > Acesso em 04 de fev. 2022

RELVAS, Ana Paula; PORTUGAL, Alda; SOTERO, Luciana. Relações amorosas. Palavras para lá da pandemia: cem lados de uma crise, p. 90, 2020. Disponível em:< <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/90726/1/Relacoes%20amorosas.pdf>> Acesso em 04 de fev. 2022

SANTOS, Thalita Cristina dos; REIS, Natali Máximo dos. DEPENDÊNCIA EMOCIONAL NOS RELACIONAMENTOS. 2020. Disponível em: < <http://repositorio.faema.edu.br:8000/jspui/handle/123456789/2748> >Acesso em 03 de fev. 2022

Comer emocional dos universitários em tempos de pandemia



Djhulia Aparecida de Oliveira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.13

RESUMO

Introdução: A pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 causador da COVID-19 foi um período de mudanças drásticas para todos, por conta do isolamento social muitos estudantes tiveram suas rotinas alteradas, tendo que voltar para casa por estudar fora, outros perderam seus empregos por trabalhar em instituições, foi preciso se adaptar a esse novo normal em vários sentidos tendo como resultado um comer emocional mais aguçado, descontando na comida suas emoções, vendo o alimento como forma de conforto. A nutrição comportamental busca entender o que está por trás dessa forma de comer, sem julgamentos ou críticas para obter um resultado satisfatório de ambas as partes, de forma que o paciente entenda por si só seus erros e acertos no processo de alimentação saudável e com isso não tenha o medo de se auto sabotar dizendo que não sabe se sua prática alimentar está sendo correta. **Problematização:** Esse trabalho problematiza o comer emocional dos universitários no contexto da pandemia da COVID-19, a forma que este estudante vê o alimento como forma de conforto, quais foram às mudanças neste meio tempo em relação ao seu peso, saúde mental e ansiedade, afim de apontar as alterações alimentares dos estudantes nesse período de pandemia e identificar se houve uma alteração positiva ou negativa. **Justificativa:** Este trabalho tem como justificativa, o desenvolvimento de um estudo de análise em estudantes da instituição UNIFUNEC (Centro Universitário de Santa Fé do Sul), através de um questionário online, a fim de se obter um olhar observador aos pontos que forem necessários pausar com essa abordagem que tem como prioridade esclarecer os aspectos fisiológicos, sociais e emocionais, que influenciam nas escolhas alimentares para descobrir quais foram as alterações que este estudante teve em prol a melhora ou piora da saúde física e mental. **Objetivos:** O objetivo principal foi a criação de um estudo de análise em estudantes do UNIFUNEC com o uso de técnicas da nutrição comportamental para obtermos esse resultado em relação às alterações neste indivíduo sobre a sua ansiedade, peso e comer emocional. **Metodologia:** Para a formulação do presente estudo, foi de suma importância um levantamento bibliográfico, pesquisado em bases de dados como The Lancet, PubMed, ScienceDirect, juntamente com discussões entre os alunos e orientadores, seguido de um questionário online que foi enviado através de um link nos e-mails das turmas dos cursos de graduação da instituição da UNIFUNEC, com a finalidade de ter relatos sobre suas alterações durante a pandemia, fazendo perguntas relevantes em relação ao seu peso, ansiedade, convívio com pessoas próximas, a fim de descobrir como foi seu comer emocional neste e as alterações positivas e negativas. Foi desenvolvido no Centro Universitário de Santa Fé do Sul - UNIFUNEC. **Resultados:** Os resultados foram notáveis referentes as mudanças da maior parte dos entrevistados, afetando diretamente o psicológico, com ansiedade, depressão e medo pela incerteza da pandemia. **Conclusão:** Deseja-se que este projeto possa contribuir com o aprimoramento de novos conhecimentos por meio de realização de pesquisas teóricas e questionários, com intuito de ressaltar como a alimentação foi alterada no período de pandemia.

Palavras-chave: nutrição comportamental. Covid-19. pandemia. ansiedade. comer emocional. estudante.

JUSTIFICATIVA

Este trabalho tem como justificativa atender as necessidades e analisar dentro do período de pandemia o comer emocional, neste caso, dos estudantes de graduação, sob a perspectiva do conceito da nutrição comportamental, uma abordagem que cresceu de forma significativa nos últimos anos, principalmente devido a mudança efetiva que proporciona no comportamento alimentar, essa abordagem tem como prioridade esclarecer os aspectos fisiológicos, sociais e emocionais, que influenciam nas escolhas alimentares e promove mudanças no relacionamento do nutricionista e paciente (ALVARENGA, MARLEE, 2015, p. 40). Levando em consideração o isolamento social, conseqüentemente aumento de estresse e ansiedade o comer social e emocional torna-se uma válvula de escape para os estudantes que ficaram por muito tempo com aulas remotas em conjunto com a redução da atividade física, esses fatores podem levar à obesidade e à síndrome metabólica e ainda, a um maior risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, portanto, colocando em risco não só o estado nutricional dos estudantes mas seu estado geral de saúde a longo prazo (WIMALAWANSA, SUnil, 2020).

Este presente estudo busca informações dos estudantes para os profissionais da saúde e principalmente nutricionistas, que indicam as mudanças pelas quais passaram no período de pandemia, com todas as dificuldades enfrentadas tanto no âmbito pessoal quanto no profissional, como acabaram buscando um conforto na alimentação pois o comer emocional define o mecanismo disfuncional onde as emoções negativas surgem a partir da ingestão de alimentos, o indivíduo ao presenciar situações de estresse percebido e em período de estresse crônico, vê a comida como solução de seus problemas, uma solução afetiva para diversas doenças (PÉREZ, 2020), seja com conseqüências físicas: a obesidade, atrofia muscular, hábitos saudáveis ou auto sabotagem; seja em sua saúde mental: crises de ansiedade, melhoras nessas crises, compulsão alimentar, bulimia ou anorexia.

Com o avanço da nutrição comportamental é possível descobrir o comportamento alimentar do indivíduo e como agir para ajudá-lo de forma eficiente e definitiva, pois ela ajuda a entender o que a pessoa está enfrentando, objetiva a promoção de comportamentos saudáveis compreendendo-os de modo amplo auxiliando na busca de soluções para tornar o ato alimentar um comportamento mais espontâneo, menos compensatório, consciente e natural, sem utilizar a comida como resultado de seus sentimentos negativos devido a ansiedade, medo e frustração das alterações diárias que ocorreram no período da pandemia.

RISCOS

Toda pesquisa com seres humanos envolve um risco que precisam ser levados em consideração, como o cansaço ou aborrecimento ao questionário, constrangimento ao expor seu peso e sua altura para a avaliação do IMC, alterações na autoestima provocadas pelas memórias ou reforços na conscientização sobre a condição física ou psicológica e o tempo que será gasto com o preenchimento do questionário.

PROBLEMATIZAÇÃO

Esse trabalho problematiza a forma que o estudante enxerga o alimento como forma

de conforto no período de pandemia, impactando diretamente no seu aumento de peso, consequente estado nutricional, concentração e desempenho acadêmico, tendo em mente que foi um período difícil e desagradável para todos, esses indivíduos foram obrigados a ter um maior contato com o mundo virtual (MATIOLLI, *et al.*, 2020; e: BROOKS SAMANTHA, *et al.*, 2020). O elevado índice de doenças crônicas, transtornos alimentares e obesidade, devido a uma mudança no estilo de vida e nos hábitos alimentares, que estão associados ao aumento de risco de doenças cardiovasculares já que acabam vendo o alimento como forma de conforto, consumindo um aporte calórico maior que suas necessidades nutricionais, descontando suas frustrações na comida.

OBJETIVOS

- Analisar o questionário online que atenda às necessidades dos estudantes para obtenção de possíveis mudanças no período de (antes e pós) pandemia da covid-19;
- Aproveitamento de respostas dos estudantes com o auxílio do questionário tendo em mente que o comer não é apenas uma decisão racional, inclui também os aspectos emocionais, culturais e sociais;
- Confeccionar um questionário com perguntas chaves para a obtenção das respostas necessárias para a análise do universitário;
- Analisar qualitativamente as possíveis perguntas que serão propostas no questionário e elucidar aspectos inerentes em relação ao comportamento alimentar.

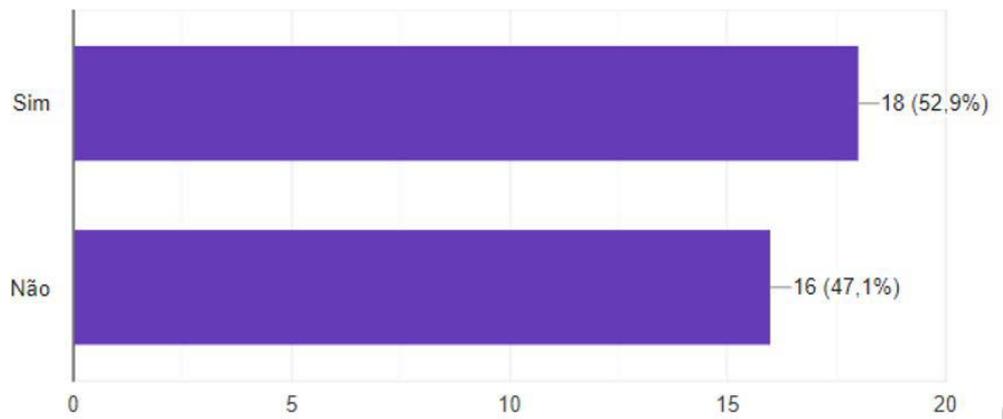
METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo experimental e foi desenvolvido com os estudantes do Centro Universitário de Santa Fé do Sul no ano de 2022 por meio da aplicação de um questionário que foi respondido on-line pelo Google Forms, absorvendo alterações positivas e negativas dentro do padrão desse índice. A metodologia foi dividida em etapas, para assim facilitar a organização do projeto, descritas a seguir:

1. Primeiramente será realizado o desenvolvimento do questionário, buscando avaliar o comportamento alimentar dos estudantes durante a pandemia. Será utilizado um questionário validado que foi desenvolvido pelo instituto brasileiro de avaliação psicológica no ano de 2017 e adaptado de acordo com a realidade dos estudantes;
2. Aplicar o questionário com os estudantes de graduação do UNIFUNEC, sendo que o questionário será enviado através de um link nos e-mails para as respectivas coordenações de cursos e este será encaminhado via WhatsApp de cada curso e turmas dos cursos de graduação;
3. Fazer o levantamento dos resultados e assim avaliar o comportamento alimentar referente ao período pandêmico.

RESULTADOS COM O PROJETO

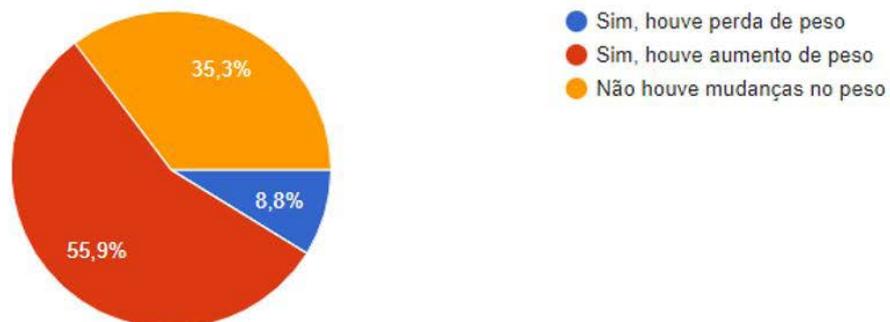
Gráfico 1 - A pandemia da Covid-19 afetou sua alimentação?



A questão 1 investigou se a pandemia causou impactos na alimentação dos universitários, sendo maioria (52,9%) com alterações em sua alimentação e 47,1% não teve nenhuma alteração.

Gráfico 2- Com as mudanças da alimentação houve também aumento ou perda no peso?

34 respostas



A questão 2 procurou investigar se houve o universitário houve mudanças na alimentação, o que teve um impacto em aumento e perda de peso, sendo assim foi notado que a maioria (55,9%) teve um aumento de peso, 8,8% houve uma perda de peso, mas 35,3% não teve alterações em seu peso.

A pergunta “Quais foram suas maiores dificuldades para seguir uma alimentação comum nesse período? ”, avaliou como grande maioria ansiedade, depressão, falta de rotina que ocasionaram uma alimentação atípica nos universitários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No término desta pesquisa, tivemos a percepção e certeza de que o comer emocional do universitário em tempos de pandemia foi alterado de forma significativa na maioria dos universitários, provocando ansiedade que provocaram efeitos em seus hábitos alimentares, e mesmo aqueles que relataram a não alteração por motivos emocionais, manifestaram uma alteração por motivos financeiros devido ao aumento dos produtos básicos nos supermercados, sendo assim, afetando a sua alimentação diária.

Conclui-se que este projeto possa contribuir com o aprimoramento de novos conhecimentos por meio de realização de pesquisas teóricas e questionários, com intuito de ressaltar como a alimentação foi alterada no período de pandemia.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Marle. Et al. *Nutrição comportamental*. 1º Edição. Editora Manole, 2015.

PÉREZ, Ana María Palomino. Rol de la emoción em la conducta alimentaria. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775182020000200286escript=sci_arttext. Acesso em 24 de nov. 2021.

MOREIRA, Gabriela Et al. Transcultural Adaptation Procedures for the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Brazil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335057231006.pdf>. Acesso em 01 de dez. 2021.

BROOKS, Samantha Et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673620304608?token=9F3737C1D7A7C51C205B66A7611F1ACF20696AA9ED56893A58216CBF00F39D42F8036DAE0ABCC5E9082C72F653386EBDeoriginRegion=us-east-1eoriginCreation=20211202161504>. Acesso em 02 de dez. 2021.

MATTIOLI, Anna Et al. Quarantine during COVID-19 outbreak: Changes in diet and physical activity increase the risk of cardiovascular disease. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0939475320302131?token=579B3C18AA57837805AD36A2AC88668D86E4E74A38FEB9594C8E3C3D1903FED39468E9047EF367752DD658D45EC27EF1eoriginRegion=us-east-1eoriginCreation=20211202162832>. Acesso em: 02 de dez. 2021.

MATTIOLI, Anna Et al. Obesity risk during collective quarantine for the COVID-19 epidemic. Quarantine during COVID-19 outbreak. Disponível em: *Changes in diet and physical activity increase the risk of cardiovascular disease*. Acesso em: 02 de dez. 2021.

WIMALAWANSA, Sunil. Global epidemic of coronavirus-COVID-19: What we can do to minimize risks. *European Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences*, pp. 432–438, 2020.

Gestão do trabalho e da educação na saúde: a relevância para o funcionamento de uma comissão de farmácia e terapêutica

*André Luis Cândido da Silva
Amanda de Cassia Azevedo da Silva*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.14

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde, desde a sua concepção, originada pelo Movimento da Reforma Sanitária, apresenta problemas crônicos relacionados com o subfinanciamento. Além disso, a crise econômica vivenciada na atualidade, o aumento da expectativa de vida da população e o surgimento de novas e mais onerosas tecnologias, colocam em risco a garantia dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde. Desta forma, se faz necessário definir quais tecnologias são necessárias para o atendimento universal e integral da população. A Comissão de Farmácia e Terapêutica participa da utilização, acompanhamento e avaliação racional do uso dos medicamentos e produtos para saúde. A condução desta comissão pode estar pautada por saberes relacionados à Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Objetivos:** Elaborar estratégias que promovam uma Comissão de Farmácia e Terapêutica atuante e participativa junto ao Sistema Único de Saúde, mediada pelos saberes da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Metodologia:** Foi utilizada fundamentação teórica sobre o tema, além da experiência obtida através da participação de um dos autores na referida comissão entre os anos de 2017 e 2018, revisão das atas das reuniões realizadas neste período, assim como a verificação de instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde do município envolvido, explorando as seguintes categorias: características e funcionamento; nível de cogestão; mecanismos e instrumentos da gestão do trabalho e processos de capacitação. **Resultados esperados:** Espera-se que sejam aperfeiçoados os serviços prestados por esta comissão, corroborando principalmente para a mediação de conflitos associados ao uso racional de medicamentos e de materiais de uso em saúde, à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, e a melhor utilização dos reduzidos recursos públicos disponíveis atualmente. **Considerações finais:** Diante do exposto, se verifica a relevância em se desenvolver estudos e ferramentas pautadas pela Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com foco no aprimoramento da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Desta forma, os escassos recursos podem ser melhor aplicados em benefício do Sistema Único de Saúde e da sociedade. Considera-se relevante que exista maior envolvimento dos usuários e trabalhadores da saúde nas discussões desta comissão.

Palavras-chave: comitê de farmácia e terapêutica. gestão de serviços de saúde. educação em saúde.

INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Carta Magna em 1988 houve o estabelecimento do Estado Social de Direito, reconhecendo a saúde como direito fundamental e definindo princípios que regem as políticas públicas de saúde (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua concepção, originada pelo Movimento da Reforma Sanitária ainda na década de 70 do século passado, apresenta problemas crônicos relacionados com o subfinanciamento, além da “injustiça tributária na transferência de recursos públicos para subsidiar os lucros do mercado de planos de saúde” (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

O Brasil é, possivelmente, o único país com sistema universal de saúde (do ponto de vista legal), onde o gasto privado é maior do que o público (PIOLA *et al.*, 2012). Esta questão impacta diretamente na qualidade dos serviços do sistema público de saúde, assim como na manutenção dos princípios que dão sustentação ao SUS: universalidade, equidade e integralidade.

Somado a estes problemas, o Brasil apresenta ainda a hegemonia do “modelo biomédi-

co” com relação à assistência à saúde. Este modelo, o qual foi emergente a partir da publicação do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos da América, dá ênfase a ações curativas, atenção hospitalar com uso de aparato tecnológico, “foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou não funcionante do corpo-máquina” (FERTONANI *et al.*, 2015).

Esta abordagem simplista e reducionista, que desconsidera a importância da visão holística do ser humano, dos determinantes sociais do processo saúde-doença e mais, da determinação social da saúde, corrobora para a utilização de tecnologias¹ duras e leve-duras em detrimento das, não menos importantes, tecnologias leves (MERHY e FRANCO, 2003).

Necessário salientar que o Brasil, na década de 1990, após passar por um momento de liberalização e diminuição do tamanho do Estado, sucateou a indústria farmacêutica nacional, em um processo de desindustrialização e estruturação de um mercado concentrado e oligopolista, o qual beneficiou algumas transnacionais com sedes estabelecidas em outros países (PALMEIRA FILHO e CAPANEMA, 2007).

O já citado subfinanciamento enfrentado pelo SUS, a crise econômica vivenciada na atualidade, o aumento da expectativa de vida da população e o surgimento de novas e mais onerosas tecnologias, colocam em risco a garantia dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, se faz necessário definir com base no “melhor conhecimento técnico-científico possível” quais tecnologias são necessárias para o atendimento universal e integral da população. Em nível federal, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) é responsável pela incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde, pela constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, além da manutenção da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) atualizada (BRASIL, 2011a).

Nos estados, municípios e estabelecimentos de saúde, existem as Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT). Segundo o Conselho Federal de Farmácia (CFF), a CFT é uma:

[...] instância multiprofissional, consultiva, deliberativa e educativa dentro de hospitais e outros serviços de saúde, responsável pela condução do processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para saúde, tendo atribuições e responsabilidades definidas em Regimento Interno [...] (CFF, 2006, p. 1).

Ainda conforme o CFF (2006), a CFT é importante para a promoção do uso racional de medicamentos. Enfatiza ainda que, para a idealização destas atribuições, é necessário o trabalho de uma equipe multiprofissional.

A CFT participa da promoção e garantia do uso racional de medicamentos e de tecnologias em saúde. Deve sempre buscar decisões pautadas pelo rigor técnico-científico, baseadas em evidências científicas robustas. Atuando em área de interesse do Complexo Médico-Industrial, o qual possui como linha auxiliar a mídia e, conseqüentemente, “gigantesco poder de manipulação sobre a corporação médica, sobre a sociedade e, até mesmo, sobre órgãos governamentais” (SANVITO, 2012), deve estar isenta de conflito de interesses.

A CFT também desempenha papel importante no combate à medicalização, fenômeno que se caracteriza pela transformação da doença em um negócio, por meio do alargamento do

1Tecnologia leve abrange as relações de caráter relacional, como a produção de vínculo, autonomização e acolhimento. A leve-dura diz respeito ao conhecimento técnico que opera no processo de trabalho em saúde. A dura é referente ao uso de máquinas, estruturas organizacionais e tecnologias.

limite das doenças para além da sua definição científica, o que leva pessoas saudáveis a acreditarem que estão doentes, utilizando medicamentos de forma desnecessária, em atendimento aos interesses de uma minoria (indústria farmacêutica). A medicalização “denota algo suspeito derivado da criação ou incorporação de um problema” que não está relacionado ao processo saúde-doença, utilizando de forma desnecessária o aparato dos serviços de saúde (CARVALHO *et al.*, 2015). Isto resulta muitas vezes em iatrogenias, intoxicações e eventos adversos evitáveis, causando dor e sofrimento para os usuários e seus familiares.

Neste contexto, considerando a atuação de um dos autores deste trabalho na gestão da saúde de Araucária/PR, um município de médio porte da região metropolitana de Curitiba, participando como membro da CFT, houve governabilidade para associar os conhecimentos do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, iniciado em 27 de agosto de 2018, buscando beneficiar de gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS, através de propostas de melhoria dos serviços prestados pela referida comissão.

No início da atual gestão municipal, em 2017, considerando o diagnóstico situacional realizado na época, dentre outros problemas, foi verificado que a CFT do município se encontrava inativa há cerca de 3 anos e o município dispunha de quantidades consideráveis de recursos para adquirir medicamentos para a população, sem que houvesse índices satisfatórios de abastecimento, existindo a necessidade de adequações no elenco de medicamentos. Além do prejuízo no abastecimento, dados do Departamento de Vigilância em Saúde do município apontavam para resultados preocupantes com relação ao número de casos de intoxicação causados por medicamentos:

[...] a série histórica de casos notificados de intoxicação exógena, consolidada pelo Departamento de Vigilância em Saúde - DVS, evidencia que os medicamentos são os principais causadores de intoxicação humana, superando em duas vezes a média nacional [...]. (ARAUCÁRIA, 2018a, p. 11).

Diante do exposto, surgiram as perguntas norteadoras desta pesquisa:

Como a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde poderia aprimorar os trabalhos de uma CFT? Desta experiência, qual seria a contribuição para o SUS e para a sociedade?

O trabalho em saúde, assim como outras formas de trabalho, muitas vezes está estruturado para atender interesses não tão escusos. Infelizmente, ainda nos dias de hoje, a saúde é vista como uma mercadoria, um produto. Isso corrobora para que a mesma seja negada como um direito universal (SOUSA, 2014).

Segundo Merhy e Franco (2003), autores do trabalho “Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves”, a produção da saúde envolve diferentes atores e diferentes interesses e vontades, o que “pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contratualidades entre estes atores sociais e políticos”.

Pensando em uma CFT, formada, conforme Dussalt (1992), por “diferentes operadores”, que podem, eventualmente, apresentar diferentes interesses e diferentes dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde, fica evidente a necessidade de se estabelecer um compromisso ético e de fomento da autonomia e protagonismo dos participantes (CASTRO *et al.*, 2018).

Uma das características mais marcantes observadas atualmente se refere à dificuldade da quebra de paradigma da mudança de utilização do modelo biomédico hegemônico curativo para modelos de atenção à saúde que atuem na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (modelo biopsicossocial) (FERTONANI *et al.*, 2015; TERRA e CAMPOS, 2019). Desta forma, percebe-se a importância em se fortalecer a intersecção existente entre a gestão do trabalho e da educação no aprimoramento dos serviços de saúde.

Com relação à gestão da educação na saúde, a identificação das necessidades de aprendizagem, o processo educativo, a monitoria e o segmento dos processos educativos corroboram para a melhoria das práticas concretas de saúde. A aproximação dos sujeitos com o objeto promove “motivação consciente ou subconsciente” (SOUZA *et al.*, 1991).

Através da reorientação no processo de ensino e aprendizado no campo da saúde, impulsionada desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, houve o entendimento sobre a necessidade de mudança educacional para os profissionais que estavam surgindo e também para os que já estavam em atuação. Desta forma, se torna imprescindível também a mudança de paradigmas nos modelos de formação em saúde. O grande desafio está em abandonar o modelo médico hegemônico flexneriano, o qual nos impõe processos de trabalho cartesianos e especializados, em detrimento da abordagem holística do indivíduo. “Ir além do saber conhecer e do saber fazer” e exercitar as outras duas espirais da educação: “o saber ser e o saber conviver” (CASTRO *et al.*, 2016).

Considerando o contexto atual do país, onde a cada dia surgem novas tecnologias em saúde, geralmente mais onerosas, o aumento da demanda de usuários que buscam a assistência do SUS (trabalhadores que possuíam planos de saúde empresariais e perderam seus empregos e pessoas que simplesmente não conseguiram mais arcar com estes custos), as políticas de austeridade que geram mais desigualdades e a “diminuição da proteção social provida pelo Estado”, que afeta “proporcionalmente mais os mais vulneráveis” (SANTOS e VIEIRA, 2018), torna-se mister gerir os escassos recursos de forma racional e responsável.

Finalmente, no decorrer do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foram identificadas as seguintes necessidades que trouxeram à tona a importância de desenvolver este projeto (CASTRO *et al.*, 2018):

- Utilização de ferramentas de gestão, tais como indicadores de controle e monitoramento;
- Reconhecimento da “complexidade das relações implicadas nos processos de gestão”;
- “Reconhecimento dos sujeitos e de sua produção subjetiva, do seu protagonismo e de sua autonomia”.
- Os resultados obtidos e a serem alcançados no presente projeto de intervenção poderão contribuir, além do município de Araucária/PR, com outros municípios que enfrentam desafios semelhantes, consideradas de forma devida as suas particularidades.

Portanto, objetiva-se elaborar estratégias que promovam uma Comissão de Farmácia e Terapêutica atuante e participativa junto ao SUS, mediada pelos saberes da Gestão do Trabalho

e da Educação na saúde; Realizar análise situacional da Comissão de Farmácia e Terapêutica a partir dos conhecimentos do CGTES; Produzir um guia prático sob licenciamento aberto (Recurso Educacional Aberto – REA), voltado para o estabelecimento/aprimoramento da Comissão de Farmácia e Terapêutica; Compartilhar experiências vivenciadas em uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, sob a luz da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a fim de contribuir com o desenvolvimento de outras CFTs que, eventualmente, enfrentem dificuldades similares.

METODOLOGIA

Cenário do projeto de intervenção

O município de Araucária está localizado no Estado do Paraná. Pertence à Região Metropolitana de Curitiba, há 27 km de distância do centro da capital. A área urbana abrange cerca de um terço do território municipal. Sua população estimada é de 141.410 pessoas. No ano de 2017, a média salarial era de 3,9 salários-mínimos, ocupando a segunda posição do Estado, e cerca de 32% da população total eram consideradas ocupadas (IBGE, 2019; ARAUCÁRIA, 2018b).

A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 97,4%. A taxa de mortalidade é de 11,03 para 1.000 nascidos vivos. Com relação ao saneamento, 83,3% dos domicílios apresentam esgotamento sanitário adequado. A economia é baseada em atividades industriais e de serviços (IBGE, 2019; ARAUCÁRIA, 2018b).

O SUS de Araucária está organizado em Redes de Atenção (Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, Rede de Atenção às Doenças Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências). O município dispõe de 16 unidades de saúde (10 pertencentes à Estratégia Saúde da Família – ESF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), farmácias, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Municipal e Pronto Atendimento Infantil (PAI) (ARAUCÁRIA, 2018b).

O acesso se dá através dos princípios do SUS: igualdade, universalidade e integralidade. Os usuários possuem diferentes formas de acessar os serviços, seja através de consultas programadas (unidades básicas de saúde), como também acesso por livre demanda (UPA e PAI). Visando garantir a integralidade e dependendo da complexidade do caso, o usuário transita de forma referenciada entre as Redes de Atenção à Saúde do Município e também do Estado.

Ações/etapas do plano de intervenção

Com o intuito de concretizar este trabalho, além da fundamentação teórica, contemplando as palavras-chave em questão, foi considerada a experiência cotidiana de um dos autores na Comissão de Farmácia e Terapêutica do município entre os anos de 2017 e 2018, revisão das atas das reuniões realizadas neste período, assim como a verificação de instrumentos de gestão do SUS do município de Araucária/PR (Plano Municipal de Saúde 2018-2021, Relatórios Anuais de Gestão de 2017 e 2018) e a aplicação do conhecimento adquirido durante a realização do curso de especialização.

Análise situacional

A partir da experiência vivenciada em aproximadamente 2 anos de participação na CFT do município, somada ao início do CGTES em 27 de agosto de 2018, foi realizada análise situacional desta comissão, abordando:

- Características e funcionamento;
- Nível de cogestão²;
- Mecanismos e instrumentos da gestão do trabalho;
- Processos de capacitação.
- Tendo como base a análise situacional, elaboraram-se as estratégias propostas no presente projeto.

Elaboração de estratégias

Considerando os resultados encontrados na análise situacional, são sugeridas as seguintes estratégias a fim de viabilizar uma CFT atuante e participativa junto ao SUS, mediada pelos saberes da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

Utilização da Saúde Baseada em Evidências

Quanto às características e funcionamento da CFT estudada, ao verificar as atas das reuniões, foi observado que algumas discussões podem tomar rumos em função da vivência individual ou empírica do profissional de saúde, em detrimento da saúde baseada em evidências.

Desta forma, é importante discorrer sobre a importância da utilização de fontes de informação que apresentem rigor científico, tal como o Portal Saúde Baseada em Evidências³, ferramenta que dispõe de publicações científicas categorizadas por evidências clínicas, ferramentas e artigos científicos. Além disso, a declaração de isenção de conflito de interesses, documento imprescindível, deve estar assinada por todos os membros da CFT e ser reapresentada periodicamente, em eventuais renovações de mandato.

Aprimoramento do acesso à informação

Com relação à divulgação dos atos e acesso à informação, foi verificado que somente as notas técnicas estavam disponíveis no endereço eletrônico da prefeitura. Há necessidade de se tornarem públicos também os pareceres elaborados pela CFT, assim como já é feito pela CONITEC, fortalecendo o vínculo e a transparência junto ao usuário, além de aumentar, através da comunicação, o coeficiente de autonomia⁴ dos usuários e comunidades. Os profissionais de saúde também se beneficiariam com tal divulgação, podendo priorizar a utilização de itens pertencentes ao elenco municipal, garantindo melhor assistência ao usuário.

A divulgação de tais documentos podem ser realizada no próprio endereço eletrônico

² Cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde (BRASIL, 2010).

³ Disponível em: <http://www.psbe.ufrn.br/>.

⁴ O coeficiente de autonomia é um expoente do grau de confiança, apego, identificação e sentimento de pertencimento, alcançados através do aprender/ensinar a maneira de se viver a vida, a saúde ou a doença (SANTOS e ASSIS, 2006).

do município, sendo que esta informação pode ser reforçada junto ao Conselho Municipal de Saúde. Para os profissionais de saúde, a divulgação poderia ser feita através do Sistema de Informação disponível atualmente.

Participação dos atores, gratificação e recursos humanos

A CFT possuía 11 participantes. Destes, 8 desenvolviam atividades junto à gestão.

Em discussões presentes nas atas, foi observada proposição sobre o pagamento de gratificação para os participantes. Até então, a participação era voluntária. Acredita-se que a disponibilidade de gratificação poderia ensejar maior envolvimento por parte do segmento dos trabalhadores.

Castro e colaboradoras (2018) mostram que, “sempre que pensarmos em mudanças nos processos de trabalho, devemos lembrar que estão envolvidos trabalhadores, gestores e usuários”.

Desta forma, o controle social pode também, a partir da definição do gestor e da pactuação no Conselho de Saúde, contribuir com a definição de critérios e forma de acesso da população aos medicamentos (REMONDI e GROCHOCKI, 2015).

Finalmente, com o intuito de se garantir a concretização dos atos deliberados pela CFT, recomenda-se que seja disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde pelo menos um auxiliar administrativo.

Implantação de indicadores em saúde voltados para a atuação da CFT

Para aprimorar os mecanismos e instrumentos da gestão do trabalho, através da análise dos documentos elencados na metodologia, foi verificado que existe a possibilidade de se implementarem indicadores em saúde voltados para a atuação da CFT.

[...] A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde [...]. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas [...] (OPAS, 2008, p. 13).

Tabela 1 - Sugestões de indicadores para uso em instrumentos de gestão

Descrição de ações	Metas	Indicador	Unidade
Existência formal da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na Secretaria Municipal de Saúde.	Garantir portaria ou nomeação dos membros da CFT.	Documento publicado no Diário Oficial do Município.	Número absoluto
Regularidade anual de funcionamento da CFT.	Garantir no mínimo 10 reuniões anuais da CFT.	Número mínimo de reuniões realizadas no ano.	Número absoluto

Proposição de ações educativas aos trabalhadores

Finalmente, do ponto de vista da gestão da educação na saúde (processos educativos), os serviços que apresentam deficiências no cumprimento de suas finalidades, só facilitam os processos educativos se existe uma intenção política em modificá-los, caso contrário é impossível avançar (SOUZA *et al.*, 1991).

São propostas que estas ações sejam realizadas de forma ininterrupta, através da elaboração de um plano de educação permanente.

A falta de pessoal (imposta pela já citada diminuição do tamanho do Estado), referencial e condições materiais nos serviços impedem avanços nos processos educativos e de trabalho, precarizando a assistência ao usuário. Há relatos nas referidas atas das reuniões que demonstravam dificuldade em se obter adesão às ações de educação em saúde, por parte dos trabalhadores. Os trabalhadores terceirizados apresentaram menor adesão e envolvimento com as atividades vinculadas à gestão da educação na saúde.

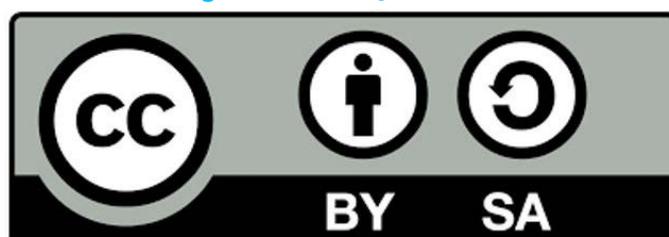
O aumento da adesão poderia ser estabelecido com a utilização de metodologias ativas, cursos elaborados para serem realizados a distância e realização de cursos de curta duração.

Elaboração de Recurso Educacional Abeto (REA)

Com o intuito de se propagar o conhecimento oriundo deste projeto, se pretende elaborar um REA direcionado aos atores envolvidos no processo de cogestão (usuários, trabalhadores, gestores), através da elaboração de guia prático.

A licença permitirá remixagem, adaptação e criação a partir do presente trabalho, desde que lhe atribuam o devido crédito. Ainda, as novas criações deverão ser licenciadas sob termos idênticos. Esta licença pode ser comparada com as licenças de software livre e de código aberto “copyleft”.

Figura 2 - Licença do REA



Fonte: Wikipédia.

Potencialidades e fragilidades do projeto

Existe potencial em contribuir com o SUS e a sociedade através do aprimoramento e da definição de novas estratégias e tomadas de decisões pelos atores envolvidos na CFT e, também, dos que podem ser envolvidos. A estratégia proposta no presente estudo, a partir dos resultados encontrados, poderá ser utilizada também por outros municípios, considerando as realidades e particularidades encontradas.

Como fragilidades, são citadas as questões que resultam em impacto financeiro (ex: criar uma gratificação para os membros da CFT, disponibilizar auxiliar administrativo), além de eventual resistência da gestão e dos membros com relação à pactuação de responsabilidades no Conselho Municipal de Saúde para a Relação Municipal de Medicamentos ofertada e assuntos relacionados.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se aprimorar e fortalecer a ação da CFT com o desenvolvimento deste trabalho. Que, através dos conhecimentos relacionados com a Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, sejam aperfeiçoados os serviços prestados, corroborando principalmente para a mediação de conflitos associados ao uso racional de medicamentos e de materiais de uso em saúde, à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, e a melhor utilização dos escassos recursos públicos disponíveis atualmente.

Figura 3 - CFT e a mediação de conflitos.



Fonte: os autores.

O guia prático sob licenciamento aberto (recurso educacional aberto – REA), a ser elaborado, pretende consolidar os temas discorridos até então e, ao compartilhar o referido material, contribuir com o desenvolvimento de outras CFTs que, eventualmente, enfrentem dificuldades similares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, se verifica a relevância em se desenvolver estudos e ferramentas pautadas pela Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com foco no aprimoramento da CFT. Desta forma, os escassos recursos podem ser melhor aplicados em benefício do SUS e da sociedade.

Considera-se relevante que exista maior envolvimento dos usuários e trabalhadores da saúde nas atividades da CFT.

Com relação à cogestão da CFT, a mesma seria aprimorada caso as decisões fossem compartilhadas com o Conselho Municipal de Saúde, que deveria também receber e buscar capacitações no formato de educação permanente e continuada.

A maioria dos membros participantes ocupavam cargos de gestão. Para isso, no caso

dos trabalhadores, poderia se estabelecer alguma forma de compensação, como gratificação de atividade técnica por desenvolvimento de trabalho relevante.

A precarização do vínculo de trabalho (formas flexíveis de trabalho informal, parcial, temporário, terceirizado), dificulta as ações de gestão da educação na saúde.

REFERÊNCIAS

ARAUCÁRIA. Relatório Anual de Gestão – RAG 2017. Araucária, PR, mar. 2018a.

ARAUCÁRIA. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Araucária, PR, 2018b.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federal do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mai. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e co-gestão. 1. ed. 1. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2011a.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2011b.

CARVALHO, S. R.; RODRIGUES, C. O.; COSTA, F. D *et al.* Medicalização: uma crítica (im)pertinente? *Physis Rev Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; OLIVEIRA, N. H. S. (Org.). *As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde*. Natal, RN : Una, 2016.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. (Org.). *Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Natal, RN : SEDIS-UFRN, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 449, de 24 de outubro de 2006. Dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica. Brasília, DF, 2006.

DUSSALT, G. A. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev Adm Púb*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc saúde coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Araucária. Panorama. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/araucaria/panorama>. Acesso em: 01 mai 2019.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde Debate*, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília, 2008.

PALMEIRA FILHO, P. L.; CAPANEMA, L. X. L. A indústria farmacêutica brasileira: reflexões acerca de sua estrutura, restrições e de uma política industrial ativa. Rio de Janeiro: BNDES Setorial; 2007.

PIOLA, S. F.; SERVO, L. M.; SÁ E. B. de *et al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. *Análise Econômica*, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012.

REMONDI, F. A.; GROCHOCKI, M. H. C (Org.). Assistência farmacêutica e o controle social. CRF/CES, 2. ed. Curitiba, 2015.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc saúde coletiva*, v. 11, n. 1, jan./mar. 2006.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc saúde coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.

SANVITO, W. L. Indústria farmacêutica: uma abordagem crítica. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, v. 10, n. 4, p. 346-50, jul-ago, 2012.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, jan./mar. 2016.

SOUSA, A. M. C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *R. Katál*. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014.

SOUZA, A.M.A. *et al.* Processo educativo nos serviços de saúde. In: *Processo Educativo no Serviços de Saúde – Série Desenvolvimento de Recursos Humanos*, n. 1, Organização Pan-Americana da Saúde-Representação do Brasil, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde, Brasília, 1991.

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na Atenção Primária. *Trab. educ. saúde*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, mar. 2019.

VIEIRA, F. S. Pharmaceutical assistance in the Brazilian public health care system. *Rev Panam Salud Publica*. Washington, v. 27, n. 2, fev. 2010.

Infecção por *Saccharomyces cerevisiae* em paciente pediátrico: um relato de caso

Saccharomyces cerevisiae infection in a pediatric patient: a case report

Moany Alves Cisne

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Inta - UNINTA - Sobral- CE

Lucas Carvalho Vasconcelos

Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Inta - UNINTA - Sobral- CE

Maiany Alves Cisne

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Inta - UNINTA - Sobral- CE

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.15

RESUMO

O presente estudo se define como relato de caso que busca ampliar conhecimentos e vivências da prática médica sobre um caso de infecção pediátrica de corrente sanguínea por *Saccharomyces cerevisiae*, sem uso de probiótico, descrevendo os principais fatores de risco associados e possibilidades terapêuticas. Evidenciando a necessidade de estudos sobre o tratamento fúngico adequado. Apesar de estudos referirem benefícios com o uso de fluconazol, voriconazol, flucitossina, anfotericina b e associação de anfotericina b com fluconazol.

Palavras-chave: anfotericina b. antibacterianos. *saccharomyces*.

INTRODUÇÃO

As leveduras *Saccharomyces cerevisiae* são conhecidas por participar da panificação e produção de vinhos e raramente associadas a infecções. Quando presentes, acometem principalmente pacientes com internação prévia em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e imunossuprimidos, ganhando destaque recentemente como patógeno oportunista associado ao uso de antibióticos de largo espectro, cateteres intravasculares e probióticos.

RELATO DE CASO

D.L.S, masculino, 3 anos, portador de cardiopatia congênita cianótica (comunicação interventricular e atresia pulmonar), associado a síndrome alcoólica fetal e desnutrição crônica. Paciente realizou cirurgias prévias de Blalock-Taussig, evoluindo no pós-operatório com necessidade de intubação orotraqueal, internamento em UTI e uso de antibioticoterapia de largo espectro. Após alta da UTI, em uso de Nutrição Parenteral Total (NPT) por disfunção de gastrostomia prévia, evoluiu com picos febris isolados, anemia e plaquetopenia e aumento de proteína C reativa. Iniciado terapia com fluconazol empírico, sem resposta laboratorial, trocado para micafungina. Os resultados de duas hemoculturas realizadas antes do antifúngico foram positivas para *Saccharomyces cerevisiae*, com então substituição para anfotericina b lipossomal, apresentando melhora clínica e hematológica após medicação, com resultados de hemoculturas 24 horas após início do tratamento negativas.

DISCUSSÃO

Foi abordado um caso de infecção de corrente sanguínea por *Saccharomyces cerevisiae* em paciente pediátrico crítico com internação prévia em UTI, sem uso de probiótico, descrevendo os principais fatores de risco associados e possibilidades terapêuticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infecções fúngicas por *Saccharomyces cerevisiae* são incomuns e quando presentes comumente estão associadas a pacientes imunossuprimidos, internações em UTI, uso de cateter venoso central, antibióticos de largo espectro e NPT, e até uso de probiótico *Saccharomyces boulardii* em internação hospitalar (não consta no caso apresentado). Apesar de amplo acometimento, há pouca descrição na literatura, principalmente pediátrica. O tratamento em adultos apresenta estudos referindo benefícios com o uso de fluconazol, voriconazol, flucitosina, anfotericina b e associação de anfotericina b com fluconazol.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, Fábio Santos; MELHEM, Marcia de S. Carvalho. Caracterização de leveduras isoladas da corrente sanguínea em pacientes atendidos em hospitais públicos do município de Salvador, Bahia, Brasil / Fábio Santos Ferreira. – 2016. Disponível na: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sessp/2016/ses-34223/ses-34223-6347.pdf>

NAFRÍA, Noelia González; ROBLES, Laura Redondo; LEZAMA, Lúcia Binela Lara . *Saccharomyces cerevisiae* infection in an immunocompetent host. *Med Clin (Barc)*. 2019 Feb 1;152(3):122-123. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2018.05.016. Epub 2018 Jul 3. PMID: 29980287.

OKUHARA, Rafael de Holanda; AYUB, Eloisa Basile S.; KATAGUIRI Andre; CARDOSO, Mateus Etori;

SILVA, Luisa Paulino; VERONESE, Frederico M.; MARTINS, Marcella P.; LEITE, Olavo H. Munhoz; UIP, David E. Infecção De Corrente Sanguínea Por *Saccharomyces Cerevisiae*: Relato De Caso. Disponível na: <https://www.bjid.org.br/en-infeccao-de-corrente-sanguinea-porarticulo-S1413867020305833>

ROMANIO, Mariá Ribas; CORAINE, Ligia Augusto; MAIELOB, Vinicius Pignotij; ABRAMCZYC, Marcelo Luiz; SOUZA, Renato Lopes; OLIVEIRA, Nilton Ferraro. Fungemia Por *Saccharomyces Cerevisiae* Em Paciente Pediátrico Após Tratamento Com Probiótico. Disponível na: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/c4npStm6Y5WgMRpsRd7zX9f/?format=pdfelang=pt>

SILVA, Felipe Henriques Alves; PAÇO, Fernando Ribeiro; REIS, Eduardo; AMARAL, Vinicius Infecção por *Saccharomyces cerevisiae* – uma infecção atípica em UTI. Disponível na: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/Z5yhcmbvQDf4B6cr8TSqNLH/?lang=pteformat=pdf>

Bronquiolite viral aguda por vírus sincicial respiratório: relato de caso em pediatria com abordagem terapêutica

*Maiany Alves Cisne
Lucas Carvalho Vasconcelos
Moany Alves Cisne
Leonardo Vasconcelos Abreu*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.16

INTRODUÇÃO

A bronquiolite viral aguda (BVA) é uma infecção respiratória que acomete, principalmente, os lactentes durante o primeiro ano de vida, tal patologia age obstruindo as vias aéreas inferiores e, geralmente, ocorre precedida de um resfriado comum, mediante sintomas como coriza, tosse, febre. Essa afecção é causada, na maioria dos casos, pelo vírus sincicial respiratório (VRS), o qual acomete o trato respiratório inferior e desencadeia uma inflamação aguda das células epiteliais das pequenas vias aéreas. Dessa forma, a bronquiolite viral aguda é considerada como o primeiro episódio de sibilância na criança, possuindo caráter sazonal e, devido à sua prevalência bastante elevada, é de suma importância discutir sobre o seu manejo terapêutico.

CASO CLÍNICO

T.S.R, sexo masculino, 2 meses, prematuro, apresentou quadro de tosse intensa, associada a vômitos, coriza e dispneia, por 2 dias antes da internação. Evoluiu com piora de desconforto respiratório, impossibilitando a sucção de leite materno. Ao exame físico estava hidratado, febril, gemente, com presença de batimentos de asa do nariz, tiragem sub e intercostal, taquipneia, ausculta pulmonar com presença de sibilos difusos bilaterais e SaO₂: 88% em ar ambiente. Durante internação hospitalar, foram realizadas medidas de suporte com cateter nasal de alto fluxo a 2l/min, hidratação venosa isotônica e nebulização com soro hipertônico, além de monitorização com oxímetro de pulso. Após 2 dias de internação, paciente apresentou melhora do desconforto respiratório, com desmame de oxigênio e boa aceitação do leite materno, estando em condições para alta hospitalar após 4 dias de internação.

DISCUSSÃO

Com base no caso apresentado, é possível observar que, apesar de a bronquiolite viral aguda apresentar um curso autolimitado, ela pode se manifestar de forma mais grave em lactentes de nascimento prematuro. Nessa perspectiva, é evidente a importância de proporcionar um tratamento adequado aos pacientes com essa afecção, sobretudo em crianças nascidas a pré-termo, para evitar um maior sofrimento durante o período de doença e uma evolução desfavorável do quadro. Dessa forma, é necessária uma alerta quanto à evolução de um resfriado para uma dificuldade respiratória maior associada à taquipneia, à sibilância e estertores na ausculta, uma vez que o quadro do paciente pode se tornar grave, haja vista a ocorrência de necrose. A bronquiolite é uma infecção viral que pode ser causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e também pelo rinovírus e dessa forma, ao ser causada pelo VSR, a sintomatologia se torna mais atrelada à produção excessiva de muco e de células que obstruem o bronquíolo, entretanto, ao ser causada pelo rinovírus, o quadro clínico se assemelha mais com inflamações do tipo Asma. Ademais, quanto a epidemiologia da bronquiolite, a prevalência é maior em crianças menores de 2 anos, sendo mais grave em crianças menores de 1 ano, principalmente em prematuros, e, além disso, são considerados como fatores de risco dessa patologia a idade menor que 6 meses e também a prematuridade. Assim, quanto ao diagnóstico da bronquiolite, é baseado na história clínica, no exame físico e nos exames complementares, como exame de identificação do vírus, exames de raio x, com achados bem inespecíficos, hemograma, ao avaliar a contagem de leucócitos para descartar a hipótese de infecção bacteriana e gasometria arterial. Por fim,

a abordagem terapêutica dessa infecção respiratória deve ser baseada na gravidade do caso, podendo ser monitorizada na própria residência da criança, na maioria das vezes mantendo as vias aéreas desobstruídas, ou internada no hospital, podendo-se utilizar da nebulização com B2 agonistas, caso esteja com baixa saturação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, com base no estudo do caso, é evidente que o tratamento da bronquiolite viral aguda se baseia em suporte clínico, visando ao conforto respiratório do paciente. Ademais, é válido afirmar que não possui vacina contra o VSR, porém existe o Palivizumabe, anticorpo monoclonal contra o VSR, oferecido para as crianças como uma forma de prevenção. Além disso, é notório a alta transmissibilidade desse vírus, uma vez que a partícula viral se encontra no ar e contagia crianças via ventilação respiratório ou via contato com objetos infectados. Ademais, o uso de antimicrobianos e corticosteroides como opção terapêutica da BVA não possui embasamento científico, dessa forma, não devem ser utilizados durante o manejo do paciente, sobretudo devido ao risco de iatrogenia desses fármacos. Por fim, a bronquiolite viral se caracteriza como uma patologia que requer intensa atenção na pneumologia pediátrica, uma vez que se impõe como uma doença que, inicialmente, pode ser apenas um resfriado e, posteriormente, evoluir para quadros mais graves de inflamações respiratórias capazes de gerar até mesmo necrose das vias respiratórias e causar danos irreversíveis à criança.

REFERÊNCIAS:

CASTRO, Roberta Esteves Vieira. Bronquiolite: revisão sistemática das diretrizes de prática clínica. Disponível na: <https://pebmed.com.br/bronquiolite-revisao-sistematicadas-diretrizes-de-pratica-clinica/>

OLIO, Carla Cristiane Dall; SANT'ANNA, Maria de Fatima Pombo; SANT'ANNA, Clemax Couto. Tratamento da bronquiolite viral aguda. Residência Pediátrica. Vol. 11, n.3, 2021. Disponível na: <https://residenciapediatria.com.br/detalhes/1021/tratamento%20da%20bronquiolite%20viral%20aguda>

KFOURI, Renato de Ávila; SADECK, Lilian dos Santos Rodrigues. Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (vsr) – 2017. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível na: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Diretrizes_manejo_infeccao_causada_VSR2017.pdf

A periodização do treinamento na natação: uma revisão de literatura sobre o modelo tradicional e em blocos



*Marcio Kunhatan Sabino Freitas
Marcos Alexandre Martins Ribeiro*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.17

RESUMO

A natação é uma modalidade esportiva das mais populares em todo o mundo. Como qualquer outra modalidade, existem métodos de treinamento que foram desenvolvidos visando otimizar o treinamento e por consequência os resultados. Uma das formas de sistematização do treinamento é a periodização, que consistem em dividir uma temporada em períodos menores. Existem diversos modelos de periodização, sendo os mais populares na natação o modelo tradicional e o modelo de periodização em blocos. O modelo tradicional divide a temporada em macrociclos (preparação, transição e competição). O modelo de periodização em blocos visa trabalhar a temporada dividindo-a em três blocos, um bloco privilegiando o volume, um bloco trabalhando a parte técnica e um bloco trabalhando o período competitivo. Ambos os métodos apresentam vantagens e desvantagens em relação ao outro, sendo responsabilidade do treinador buscar o melhor modelo de periodização que se adeque às suas necessidades e dos atletas.

Palavras-chave: treinamento. periodização. natação.

INTRODUÇÃO

O treinamento esportivo é uma atividade de grande complexidade porque envolve uma série de variáveis que devem ser levadas em consideração no planejamento e na aplicação do treinamento.

Podemos definir o treinamento como uma atividade que visa desenvolver um ou mais atributos do ser humano e, no caso do treinamento esportivo, visa desenvolver e aprimorar as qualidades físicas com o objetivo de alcançar um melhor rendimento no esporte.

As variáveis envolvidas neste processo são muitas, entre elas a individualidade biológica do atleta, a especificidade do treinamento, a variabilidade de estímulos, entre outras variáveis como os métodos de treinamento e de periodização.

No treinamento esportivo da natação, que é uma modalidade em que diversas variáveis específicas devem ser trabalhadas, uma vez que a modalidade apresenta algumas particularidades, encontramos diferentes métodos de trabalho que podem ser escolhidos pelo treinador visando alcançar um melhor resultado com seus atletas.

Nesse sentido, é importante compreender o papel da periodização do treinamento esportivo, um processo de fundamental importância em qualquer modalidade esportiva, inclusive na natação.

Periodizar significa dividir a temporada em diferentes períodos de treinamento, visando focar mais em um determinado aspecto ao longo da temporada.

Ao fragmentar a temporada dessa forma, o foco do treinamento é planejado de acordo com a necessidade e planejamento do treinador (SILVA, 1998).

Desta forma, o treinamento é realizado de forma específica levando em consideração o momento da temporada, a proximidade do período competitivo, entre outros aspectos importantes para o atleta.

O objetivo deste trabalho é analisar alguns dos modelos de periodização utilizados no treinamento da natação, observando as particularidades de cada um e revisando a literatura existente da área visando determinar qual o modelo mais utilizado e eficaz no treinamento da natação.

Compreender essas informações é de fundamental importância porque traz informações importantes sobre os diferentes modelos existentes e oferece subsídios teóricos na escolha de uma modelo a ser empregado no treinamento da natação.

DESENVOLVIMENTO

A história da natação confunde-se com a história do ser humano. Desde os primórdios da humanidade, o homem utilizou a natação como ferramenta de caça, fuga de predadores, entre outras atividades (KRUG; MAGRI, 2012).

O ato de deslocar-se em ambiente aquático esteve presente também ao longo do desenvolvimento da história humana, inclusive tendo significados culturais envolvidos em torno desta prática.

Segundo Rohlfis (1999) podemos conceituar o ato de nadar como a propulsão, deslocamento e a sustentação em meio aquático, utilizando-se da ação do próprio corpo, levando o corpo a deslocar-se.

Existem diversas formas de nadar e deslocar-se em ambiente aquático, caracterizando-se pelos estilos de nado.

A natação competitiva é uma atividade mais recente, assim como os demais esportes era uma prática corporal que acrescida de regras e regulamentos passou pelo processo da esportivização, tornando-se uma modalidade muito popular no Brasil e no mundo.

Estima-se que a natação esportiva tenha surgido no final dos anos 1800 e apesar de já estar presente nos primeiros jogos olímpicos da era moderna realizados em 1896, o primeiro campeonato mundial da modalidade ocorreu em 1900 com a participação de atletas da Inglaterra, Alemanha, Suécia, Bélgica, Austrália, Hungria, Áustria e Holanda, ocorrendo concomitantemente com os Jogos Olímpicos (KRUG; MAGRI, 2012).

É a partir deste período que o esporte passa a popularizar-se e expandir-se mundo afora. Conforme o esporte passa a ser mais popular, métodos de treinamento e sistematização vão sendo desenvolvidos com o intuito de buscar melhores resultados na modalidade.

O processo de sistematização do treinamento não é algo recente. Os antigos gregos sistematizavam sua forma de treinamento que visava preparar os soldados para o combate e posteriormente preparar os atletas para os jogos olímpicos da antiguidade (OLIVEIRA; SEQUEIROS; DANTAS, 2005).

Porém é inegável que os métodos de treinamento evoluíram de forma exponencial nas últimas décadas, especialmente a partir da década de 50 quando os conhecimentos oriundos do esporte passaram a ser compreendidos melhor a partir da compreensão da fisiologia humana.

Desde então, diferentes métodos de treinamento foram desenvolvidos cada qual com

sua particularidade e benefícios.

Um dos métodos desenvolvidos foi a periodização do treinamento esportivo. Periodizar significa transformar uma temporada em períodos menores nos quais são trabalhadas valências específicas em cada um, visando ao final do processo preparar melhor o atleta para o período competitivo (SILVA, 1998).

A periodização envolve a manipulação das variáveis do treinamento visando otimizar uma ou mais características em determinado período.

Existem diversos métodos de periodização, entre os mais populares no contexto da natação encontramos o modelo de periodização tradicional e o modelo de periodização em blocos.

O modelo de treinamento tradicional é o modelo proposto por Matveev na década de 50. Esse modelo propõe a divisão do período de treinamento em macro ciclos que variam de acordo com o calendário competitivo.

Esse modelo privilegia a competição, na qual o treinamento do atleta será voltado para sua preparação para essa competição (OLIVEIRA, SEQUEIROS, DANTAS, 2005).

Matveev dividiu ainda o macro ciclo em períodos menores chamados de: período de preparação ou preparatório, período de competição ou competitivo e período de transição ou transitório.

Nesse sentido, Paschoalino e Speretta (2011 citado por SOUZA, 2013, p. 1) destaca que:

No período de preparação devem ser criadas e também desenvolvidas algumas premissas para o aparecimento da forma desportiva que envolve duas etapas: a de preparação geral e específica, a geral, durante a qual se enfatiza a preparação física e o componente geral do treinamento, além de haver predominância do volume sobre a intensidade; a etapa específica caracteriza-se pelo aperfeiçoamento das habilidades técnicas e táticas e pela predominância da intensidade sobre o volume do treinamento. Já o período Competitivo, tem por objetivo que o atleta atinja o peak, ou seja, o nível de desempenho máximo. Por fim o período de Transição que deve possuir um caráter de descanso ativo, proporcionando ao atleta uma recuperação física e psicológica.

Ao realizar a divisão com base neste modelo de periodização, é levado em consideração o calendário competitivo, dividindo o período em ciclos menores de trabalho. Essa divisão leva também em consideração a carga de trabalho, que pode variar de formas diferentes dependendo do objetivo, como por exemplo de modo ondulatório ou retilíneo.

Outro modelo de periodização muito utilizado no treinamento da natação competitiva é o modelo de periodização em blocos.

Esse modelo foi proposto por Verkhoshanski e quando desenvolvido visava apresentar uma alternativa ao modelo tradicional, mais popular naquele momento.

Esse modelo foi desenvolvido principalmente porque ao longo de uma temporada, o atleta participa de diversas competições.

Dessa forma, o modelo tradicional que inclui o objetivo de levar o atleta a nível de desempenho máximo era focado em na premissa de poucas competições, o modelo de periodização em blocos foca em proporcionar mais momentos de desempenho máximo ao longo de uma mesma temporada (SOUZA, 2013).

Esse modelo também permite com maior facilidade a correção de falhas no planejamento e no desempenho em etapas anteriores, porque este método leva em consideração as etapas e desempenhos anteriores no planejamento e execução do próximo bloco.

Segundo Alvarenga e Pantaleão (2008, citado por ALVES, 2010, p. 1) o modelo de periodização por blocos divide-se em três blocos, sendo:

[...] o bloco A (preparação física especial), ativa os mecanismos do processo de adaptação e é orientado para a especialização morfológica e funcional do organismo; o bloco B (preparação técnico-tático) assimila a capacidade de utilizar a evolução do potencial locomotor através do aumento gradual da intensidade de execução do exercício competitivo; o bloco C (competições) assegura a conclusão do ciclo de adaptação e a capacidade do organismo levar ao máximo o trabalho realizado através das competições.

Dessa forma, o bloco A visa modificar as estruturas treinadas na temporada anterior, atribuindo um novo volume e carga de treinamento para a atual temporada. O bloco B visa uma preparação voltada ao campo técnico e tático, o volume e carga de treinamento pode ser reduzido visando focar nas capacidades técnicas. O bloco C é o momento da busca pelo desempenho máximo, sendo este período o mais próximo do período competitivo.

Na natação encontramos outros possíveis métodos de trabalho a ser utilizados, porém sendo os mais comuns o método tradicional e o método em blocos.

Ambos os métodos apresentam características específicas que são importantes variáveis que devem ser levados em consideração na escolha do método.

O treinador deve levar em consideração algumas variáveis do treinamento para escolher o melhor método de periodização para seus atletas.

Ambos os métodos apresentam vantagens e desvantagens em alguns quesitos, quando comparados.

Bessa, Sequeiros e Dantas (2005, p. 362) argumentam que:

O modelo de periodização clássico de Matveev, ainda hoje, é muito eficiente quando se tem como objetivo apenas uma competição por temporada. Ele permite que o atleta atinja o máximo possível em termos de resultado. Em contrapartida, também exige que o atleta passe por longas etapas de preparação geral e de transição, durante as quais o nível geral de performance é significativamente diminuído.

Os mesmos autores ainda destacam que “o modelo de periodização por blocos de Verkhoshanski tem como principais objetivos a obtenção de múltiplos peaks por temporada e a elevação dos níveis de performance ao altíssimo patamar imposto pelo esporte profissional atualmente” (BESSA; SEQUEIROS; DANTAS, 2005, P. 362).

Deste modo, é importante que o treinador faça a escolha do método a ser utilizado de acordo com as particularidades de sua equipe, o calendário de competições, entre outras variáveis, desta forma obtendo um melhor rendimento de seus atletas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem atualmente inúmeros métodos de treinamento e de periodização. Sistematizar o treinamento é utilizar-se desses métodos é uma tarefa fundamental em qualquer equipe e mo-

dalidade esportiva.

Entre a grande variedade de métodos, especialmente em relação a periodização, é necessário identificar as características de cada uma e os benefícios que a mesma proporcionará quando utilizada.

Este estudo buscou abordar dois dos principais modelos utilizados na periodização da natação, o modelo tradicional e o modelo em blocos.

Ambos os modelos apresentam características distintas entre si. O modelo tradicional visa preparar o atleta para a competição baseando-se em três períodos ou macrociclos: a preparação, a competição e a transição. Esse modelo foi desenvolvido na década de 50 e ainda hoje é um dos modelos mais utilizados na preparação de atletas.

A alternativa ao modelo tradicional, o modelo de periodização em blocos baseia-se na premissa de que dividir o treinamento em blocos, sendo que o primeiro bloco atribuir um volume e carga de treinamento, o segundo bloco visa aprimorar a técnica e o terceiro bloco é o bloco que visa alcançar o desempenho máximo.

O método em blocos foi desenvolvido posteriormente e visa criar mais momentos de desempenho máximo (peaks) ao longo de uma mesma temporada, levando em consideração uma quantidade maior de competições no calendário da temporada.

Cabe ao treinador observar essas particularidades de cada método e realizar a escolha que mais se adequa ao calendário de competições, aos atletas (faixa etária e fatores individuais) e a estrutura de treinamento do qual tem à disposição, não havendo um método que se sobreponha em relação ao outro.

REFERÊNCIAS

- ALVES, F. J. Modelos de periodização. EFDeportes. Buenos Aires, ano 15, n. 148, 2010.
- BESSA, Artur; SEQUEIROS, J. L. S.; DANTAS, Estélio Henrique Martin. Estudo comparativo entre o modelo de periodização clássica de Matveev e o modelo de periodização por blocos de Verkhoshanski. *Fitness and Performance Journal*, Rio de Janeiro, v. 04, p. 358-362, 2005
- KRUG, Dircema F. MAGRI, Patrícia E. F. Natação: aprendendo para ensinar. São Paulo: All Print, 2012.
- OLIVEIRA, A.L.B.; SEQUEIROS, J.L.S.; DANTAS, E.H.M. Estudo comparativo entre o modelo de periodização clássica de Matveev e o modelo de periodização por blocos de Verkhoshanski. *Fitness e Performance Journal*, v. 4, n. 6, p. 358 -362, 2005.
- ROHLFS, Izabel Cristina Provenza de. In SILVA e COUTO (org.) Manual do treinador de Natação. Belo Horizonte: edições FAM. 1999
- SILVA, F.M. Planejamento e periodização do treinamento desportivo: mudanças e perspectivas. In: *Treinamento desportivo: reflexões e experiências*. João Pessoa: Editora Universitária, p. 29-47, 1998.
- SOUZA, William Cordeiro de. Os modelos de periodização propostos por Matveev, Verkhoshanski e Antônio Carlos Gomes. EFDeportes. Buenos Aires, ano 17, n. 177, 2013.

O uso do Método Maitland no tratamento da capsulite adesiva do ombro

The use of the maitland method in the treatment of adhesive shoulder capsulitis

*Átila Fontinele Castro de Araújo
Silvia Teixeira Damasceno*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.18

RESUMO

Introdução: A articulação do ombro é considerada a articulação mais móvel do corpo humano, a estrutura é composta por músculos, tendões, fásia musculares, bursas, ligamentos e cápsula articular. A capsulite adesiva (CA), é uma patologia da cápsula articular, considerada altamente limitante e frequente atingindo entre 3 a 5% da população geral, caracterizada pela inflamação na cápsula resultando em aderência, com intensa dor e restrição de movimentos. As intervenções fisioterapêuticas são eficazes na melhora da função e alívio da dor, podem ou não ser combinadas com outras intervenções. **Objetivo:** Analisar os efeitos do Método Maitland na Capsulite Adesiva, destacando os benefícios do método no tratamento para a diminuição da dor, aumento de ADM e funcionalidade. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura do tipo descritiva e de abordagem qualitativa. Foram realizadas buscas de artigos científicos nas bases de dados eletrônicas do Scielo e PubMed, com publicações no período de 2017 a 2022; com material em língua portuguesa e inglesa, disponível gratuitamente na íntegra. **Resultado:** Os efeitos que o Método Maitland na Capsulite Adesiva de um modo geral foram benéficos aliviando a dor, aumento da ADM e capacidade funcional. **Considerações finais:** Os efeitos do método Maitland para a CA são positivos e com diferenças significativas para o ganho de ADM, para flexão, abdução e rotações internas e externas. Outro aspecto que houve melhora significativa foi a melhora da dor e capacidade funcional do ombro.

Palavras-chave: capsulite adesiva. método maitland. terapias manuais e fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: The shoulder joint is considered the most mobile joint of the human body, the structure is composed of muscles, tendons, muscular fascia, bursas, ligaments and joint capsule. Adhesive capsulitis (CA), is a pathology of the joint capsule, considered highly limiting and frequently reaching between 3 and 5% of the general population, characterized by inflammation in the capsule resulting in adherence, with intense pain and movement restriction. The therapeutic interventions are effective in improving function and pain relief, may or may not be combined with other interventions. **Objective:** To analyze the effects of the Maitland Method on Adhesive Capsulitis, highlighting the benefits of the method in the treatment for pain reduction, increased range of motion and functionality. **Methodology:** This is an integrative review of the descriptive and qualitative approach literature. Scientific articles were searched in the electronic databases of Scielo and PubMed, with publications from 2017 to 2022; with material in Portuguese and English, available free of charge in full. **Result:** The effects that the Maitland Method on Adhesive Capsulitis in general had been beneficial, relieving pain, increased range of motion and functional capacity. **Final considerations:** The effects of the Maitland method for AC are positive and with significant differences for ROM gain, for flexion, abduction and internal and external rotations. Another aspect that had significant improvement was the improvement of pain and functional capacity of the shoulder.

Keywords: adhesive capsulitis. maitland method. manual therapies and physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A articulação do ombro é considerada a articulação mais móvel do corpo humano, uma das características para que isso ocorra é devido a cabeça do úmero ser três vezes maior que a cavidade glenóide. No entanto, também apresenta um alto grau de instabilidade articular, a estabilidade é função atribuída pelos ligamentos, tendões e músculos que no ombro são mais finos e agem em conjunto, assim caso haja sobrecarga ou estresse de um ou alguns (músculos/tendões/ligamentos) pode afetar o desempenho funcional da articulação. De todos os músculos que desempenham funções na articulação, o conjunto de músculos que formam o manguito rotador destaca-se pela função estabilizadora, sendo a mais lesionada da região, as patologias relacionadas ao manguito rotador são as mais comuns, cerca de 50 a 70% das lesões no ombro (GARZEDIN, 2020).

Os movimentos que o complexo do ombro realiza são de flexão, extensão, adução e abdução, rotação interna e externa, movimentos que podem ser realizados de forma isolada e combinadas, assim em planos imaginários e eixos perpendiculares. A estrutura é composta por músculos, tendões, fásia musculares, bursas, ligamentos e cápsula articular. Estritamente falando da cápsula articular, é uma estrutura fina, com um leve espessamento na porção anterior, mediante a presença e ação dos ligamentos, os quais reforçam a sua função estabilizadora para maiores amplitudes de movimento, o que a torna mais suscetível a lesões (PETRINI *et al.*, 2016).

A capsulite adesiva (CA), é uma patologia da cápsula articular, considerada altamente limitante e frequente atingindo entre 3 a 5% da população geral, caracterizada pela inflamação na cápsula resultando em aderência, com intensa dor e restrição de movimentos não só ativos, mas passivos também. Apesar da imprecisão quanto a sua etiologia, com o tempo vem se tendo melhor conhecimento de sua fisiopatologia (PETRINI *et al.*, 2016).

Ramirez e colaboradores (2019), retrata que a CA também é conhecida como ombro congelado, devido a característica de pouco movimento, ou seja, a contratatura e rigidez causando disfunções complexas no ombro. A maioria dos pacientes com CA são mulheres entre 40 e 60 anos, com evidências para maiores chances quando há diabetes mellitus (até cinco vezes mais propensos) e hipotireoidismo.

Destaca-se sobre os estágios da CA, que são três, a dolorosa, a da rigidez e recuperação. A fase dolorosa, é limitante devido a dor descrita como incômoda e sem localização específica, podendo atingir o bíceps braquial, as costas e pescoço. Quanto à rigidez, é mais característica nos movimentos de flexão anterior e abdução e rotações, dificultando ainda nos movimentos de balanço dos braços durante a marcha, sendo comum sensibilidade à palpação, a fase de recuperação, a dor reduz consideravelmente, mas a rigidez ainda é um fator presente e que gera incomodo ao paciente (RAMIREZ *et al.*, 2019).

A CA pode ser classificada como primária, quando se apresenta espontaneamente, aparentemente sem nenhum evento desencadeante conhecido, pois pode estar associada a patologias como diabetes mellitus, doenças da tireoide e Parkinson; a secundária ocorre após um trauma no ombro ou cirurgia. O tratamento pode ser intervenções invasivas ou não invasivas, com o objetivo comum de reduzir a dor e aumentar a mobilidade articular. É um desafio, pois há pacientes que melhoram com espera vigilante e outros recorrem a cirurgias, em que os resultados são diferentes para cada paciente, alguns possuem recuperação rápida e outros levam anos

(FLOYD *et al.*, 2022).

O tratamento conservador é recomendado, prevalecendo métodos de cuidados primários, como a educação ao paciente: explicando a história natural da doença, importante para diminuir as frustrações de melhora rápida da condição limitante. Ademais, o tratamento inclui o uso de anti-inflamatórios por via oral ou injetáveis e/ou fisioterapia. As intervenções fisioterapêuticas são eficazes na melhora da função e alívio da dor, podem ou não ser combinadas com injeções, as quais têm uma rápida ação sobre a dor, mas sem durabilidade, parece ser mais eficiente, uma vez que combinações de abordagem podem ser mais eficazes. Aos que não respondem ao modo conservador, utilizam de bloqueadores (intervenções mais invasivas) nos principais nervos como o supraescapular; além de técnicas como hidrodilatação, manipulação sob anestesia, artroscopia ou liberação aberta, no entanto embora haja opções de tratamento nenhuma tem mostra superior (FLOYD *et al.*, 2022).

Na fisioterapia, há um repertório amplo de técnicas que podem ser atribuídas a melhora dos pacientes com CA, a maioria delas são realizadas inicialmente pelo profissional e outras são indicadas a continuidade a domicílio; quanto aos exercícios, aos que conferem mobilidade e alongamento, são indicados na fase de recuperação, com maior frequência de execução, dentro do suportável do paciente. Dentre as práticas, está o Método Maitland, caracterizado como uma técnica de mobilização com movimento, inclusa no campo das terapias manuais, fundamentada na teoria da falha posicional articular, por meio da defesa de que as lesões estruturais como as tendíneas, capsulares, processos inflamatórios e degenerativos ocorre a falha posicional articular, no qual a articulação sofre bloqueio do movimento causando a dor e limitação da função. A aplicação da mobilização manual é sustentada com um movimento acessório, o glide, ou seja, um deslizamento, enquanto o paciente realiza um movimento ativo simultaneamente. Esta técnica é mais indicada para as articulações periféricas dos membros superiores e inferiores. Assim, a terapia manual pode oferecer um estímulo para ativar os sistemas inibitórios da dor, bem como a correção da falha posicional associada ao movimento ativo gerando efeitos neurofisiológicos sobre a função dos músculos (GARZEDIN, 2020).

Desse modo, o objetivo da pesquisa é analisar os efeitos do Método Maitland na Capsulite Adesiva, destacando os benefícios do método no tratamento para a diminuição da dor, aumento de amplitude de movimento (ADM) e funcionalidade.

METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de uma revisão integrativa da literatura do tipo descritiva e de abordagem qualitativa. Foram realizadas buscas de artigos científicos nas bases de dados eletrônicas do Scielo e PubMed com as seguintes palavras-chaves: Capsulite Adesiva, Método Maitland, Terapias Manuais e Fisioterapia.

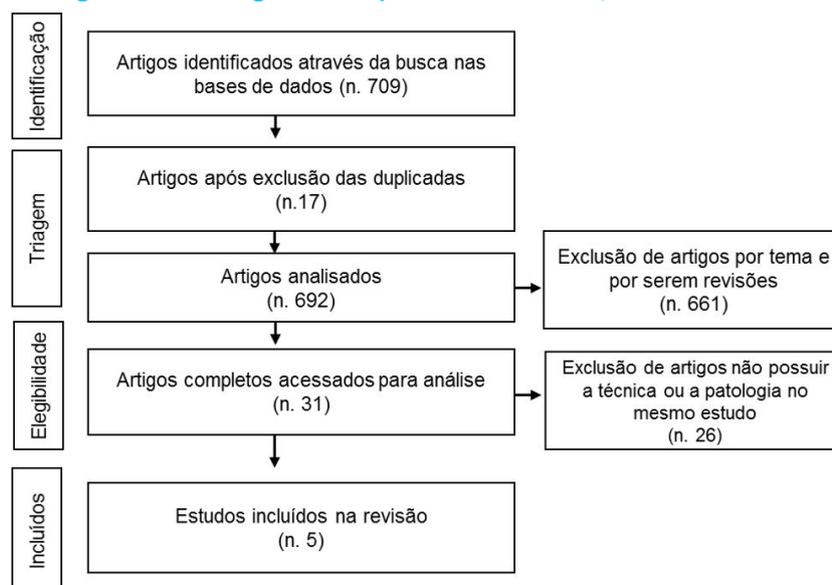
A seleção do material bibliográfico foi feita por meio da leitura dos títulos, resumo e leitura completa dos artigos, usando como parâmetro para a pesquisa os critérios de inclusão: publicações no período de 2017 a 2022; material em língua portuguesa e inglesa, disponível gratuitamente na integral.

Foram excluídos os materiais que não apresentaram características referentes à base

principal do estudo, de acordo com os seguintes critérios: artigos que não envolvem o Método Maitland, publicados no período anterior ao ano de 2017, materiais duplicados ou incompletos; artigos de revisão e pesquisas que abordam o tema de forma parcial, ou seja, somente a técnica ou patologia em estudo. No entanto, os artigos publicados anteriormente a 2017, sendo compatíveis com a temática, fizeram parte do desenvolvimento da pesquisa.

A análise do material bibliográfico selecionado foi feita dentro de uma abordagem qualitativa, por meio de leitura integral dos artigos incluídos 31, dos quais foram selecionados 5 para a realização da pesquisa (figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



Fonte: Autor, 2022.

RESULTADO

Nessa etapa foi feita a análise dos artigos selecionados, fazendo a correlação entre eles no que cabe aos efeitos do Método Maitland na Capsulite Adesiva, destacando os benefícios do método no tratamento para a diminuição da dor, aumento de ADM e funcionalidade.

Considerando a redundância entre eles e a delimitação necessária para este trabalho, contidos em uma planilha sistematizada dos resultados, expondo os seguintes dados: objetivo do estudo, metodologia e conclusões da pesquisa por meio de uma análise conclusiva relativa ao método e patologia estudada.

A seguir no quadro 1, tem-se as principais informações sobre os artigos selecionados, composto pela identificação dos autores, ano de publicação, objetivo, método e conclusão.

Quadro 1 - Apresentação dos artigos com autor, ano, objetivo, metodologia e conclusão.

AUTOR/ANO METODOLOGIA	OBJETIVO	CONCLUSÃO
Cabral et al. 2017 Estudo de caso.	Analisar efeitos da mobilização articular pelo MM no tratamento de paciente com CA do ombro direito sobre nível de dor, ADM e capacidade funcional.	Manipulação articular pelo MM obteve efeitos benéficos no tratamento da CA do ombro direito com diminuição da dor, aumento nas ADM e capacidade funcional.

Santos et al. 2018 Estudo de caso, análise transversal.	Relatar o caso de um paciente diagnosticado com CA bilateral atendido pelo serviço de fisioterapia e identificar inovações tecnológicas e terapias complementares.	Faz se necessário novas pesquisas especificamente sobre capsulite adesiva. Dentre os artigos investigados, observou-se apenas prevalência de tratamentos para dor no ombro em geral.
Shetty e Shah 2020 Estudo experimental.	Determinar o efeito do deslizamento posterior com TEM para o músculo subescapular na capsulite adesiva na redução da dor, melhora da ADM e atividade funcional do ombro.	A técnica de Maitland (deslizamento posterior) juntamente com TEM para subescapular é eficaz no manejo do da CA.
Sathe et al. 2020 Estudo experimental randomizado.	Comparar o efeito da mobilização de Maitland como intervenção à fisioterapia convencional em pacientes com capsulite adesiva na dor, ADM.	Houve um aumento mais significativo da ADM e do escore SPADI e uma diminuição significativa da dor na NPRS pela terapia de mobilização Maitland juntamente com a terapia convencional em comparação com a fisioterapia convencional isolada.
Kumar et al. 2022 Estudo de controle não randomizado.	Identificar o efeito da mobilização de Maitland com exercícios de coordenação olho-mão e função manual no prognóstico da capsulite adesiva.	Os exercícios de mobilização de Maitland e coordenação olho-mão e função das mãos são uma ferramenta eficaz para melhorar a abdução do ombro, rotação externa e funções do ombro.

*MM: Método Maitland; CA: Capsulite Adesiva; ADM: Amplitude de Movimento; TEM: Técnica de Energia Muscular; SPADI: Índice de Dor e Incapacidade do Ombro; NPRS: Escala Numérica de Avaliação da Dor. Fonte: Autor, 2022.

Os efeitos que o Método Maitland na Capsulite Adesiva de um modo geral foram benéficos aliviando a dor, aumento da ADM e capacidade funcional, conforme é elencado na tabela 1 abaixo.

Tabela 1 - Exposição dos efeitos do método Maitland na diminuição da dor, ADM e Capacidade Funcional.

Autor/Ano	Efeito do método Maitland na diminuição da dor, ADM e capacidade funcionalidade
Cabral et al. 2017	Diminuição do quadro algico, melhora 55,5%; aumento ADM, especial flexão, superior a 100%; evolução da CF através do percentual de melhora 80,35%.
Santos et al. 2018	Evidenciou-se que até o momento não foram relatados melhora na dor e na funcionalidade no quadro clínico da paciente.
Shetty e Shah 2020	Houve melhora significativa da dor EVA (antes da sessão: 7,125±1,343 e pós sessão: 2,975±1,143); SPADI (pré sessão: 101,75±14,036 e pós sessão: 67,75±15,556). E aos movimentos de flexão, Abdução, rotação medial e lateral também houve ganhos significativos. (Valor referente ao teste foi <0,0001).
Sathe et al. 2020	Redução mais significativa da dor no NPRS (a média para pré e pós sessão foi de 5,0), SPADI (média 50,6) e aumento mais significativo na ADM, no grupo de mobilização Maitland com a diferença entre grupos de 5,1 para rotação externa e o máximo de 8,1 para rotação interna. (Valor referente ao teste foi <0,0001).
Kumar et al. 2022	SPADI (significativo em ambos os grupos com valor de -3,927 e <0,001 e valor de -3,925 e <0,001 para o grupo do método Maitland e grupo de Maitland + coordenação olho-mão e exercícios de função manual, respectivamente).

* ADM: Amplitude de Movimento; CF: Capacidade Funcional; EVA: Escala Analógica Visual; SPADI: índice de Dor e Incapacidade do Ombro; NPRS: Escala Numérica de Avaliação da Dor. Fonte: Autor, 2022.

DISCUSSÃO

O conceito Maitland é realizado pelo terapeuta em até cinco graus de movimentos, os quais podem ser classificados como movimentações passivas oscilatórias (grau I a IV), com diferentes ritmos, já o grau V, é considerado como manipulação, ou seja, movimento passivo em um pequeno arco de movimento, com maior velocidade e de uma forma que o paciente não consegue evitá-lo (SANTOS *et al.*, 2018).

Nesta vertente, Cabral *et al.* (2017), acompanhou o processo de tratamento de uma paciente de 55 anos, com CA, com o uso do EVA para analisar a dor, goniometria para amplitude articular, bem como a avaliação da capacidade funcional; medidas das quais foram aplicadas diariamente, porém houve folgas nos finais de semana, assim totalizando 15 sessões, nestas foram realizadas três repetições de cada movimento, sendo um minuto de manipulação e outro minuto de repouso. Os movimentos foram realizados de decúbito dorsal e ventral e depois movimentos acessórios longitudinais, póstero-anteriores, anteroposteriores, e ânteromediais, depois das reavaliações, ocorrendo melhora da dor (55,5%), melhora da ADM (100%) e CF com (80,35%).

A melhora significativa com o método Maitland é dada por vários fatores dos mecanismos fisiológicos locais e centrais distração de pequena amplitude que estimulam os mecanorreceptores e os proprioceptores. Como resultado da manipulação, a oscilação pode ter um efeito inibitório na percepção de estímulos dolorosos, esses movimentos sem alargamento resultam em uma diminuição da dor e um aumento na ADM. As mobilizações graduais que são realizadas no início da ADM disponível tratam a dor por meio da ativação de estruturas neurais, enquanto ocorre o alongamento do tecido conjuntivo (SATHE *et al.*, 2020).

Assim, constatado que a técnica de Maitland com a mobilização tanto angular quanto translacional são indolores, obtendo efeitos benéficos na redução de dor e melhora da ADM dos movimentos de rotação externa, interna e de abdução, através do efeito neurofisiológico proporcionado pela técnica de mobilização que estimula mecanorreceptores da periferia do tipo II e inibe os receptores nociceptivos do tipo IV. Concomitante a isso, os indivíduos submetidos a essa técnica apresentam melhora da funcionalidade, progressão para a fase de recuperação da CA (MAUL *et al.*, 2020).

Em outro estudo de caso, analisado por Santos *et al.*, (2018), com a realização de 13 atendimentos, em uma mulher de 73 anos, com CA bilateralmente, o resultado da melhora da paciente é confuso e sem critério seletivo para as técnicas, pois além do método de Maitland, e outros tais como: corrente russa, ultrassom, exercício resistido, mobilizações e alongamento, e a junção de todos atribuíram melhora na articulação, assim não podendo ser descrito os reais efeitos de cada técnica.

Em um estudo, pacientes com CA receberam a técnica de mobilização de Maitland (deslizamento posterior) de graus adequados com a técnica de energia muscular para o músculo subescapular por 3 sessões consecutivas, com 3-5 contrações musculares com 5-7 segundos cada contração (não mais de 20% da força muscular total) por três repetições, receberam também ultrassom e Tens dependendo da área da dor. Os resultados foram considerados extremamente significativos para pontuações em dor, SPADI, para ADM de flexão, abdução, rotações internas e externas, conforme descrito na tabela supracitada, ou seja, a combinação de técnicas pode ser mais efetiva que a técnica isolada (SHETTY; SHAH, 2020).

Como a técnica de Maitland é muito utilizada para o tratamento articular com déficit de movimentos geralmente limitados pela dor, e posteriormente pela rigidez, é interessante a combinação de recursos terapêuticos para reduzir o tempo de dor e de limitação de movimento para o dia a dia. Assim, Carolyn Kisner afirma que a mobilização glenoumeral posterior melhora a flexão, abdução e rotação interna da articulação do ombro, melhorando o tratamento das estruturas articulares.

Na pesquisa de Sathe *et al.*, (2020), relatando sobre as médias e desvios padrão descrevendo as variáveis, os testes foram mostrando a diferença entre pré e pós-intervenção, no qual houve redução significativa nos escores pré e pós-intervenção para VAS, SPADI e aumento significativo na ADM da articulação do ombro em ambos os grupos. Mas a redução significativa da dor no NPRS, SPADI e um aumento mais significativo na ADM com o método Maitland, conforme na tabela 1.

Kumar *et al.* (2022), com um total de 40 sujeitos, divididos em dois grupos, enquanto um foram postos apenas ao método Maitland, e o outro grupo ao método Maitland mais coordenação olho-mão e exercícios de função manual. Ambos os grupos eram homogêneos no início do estudo, sem diferença significativa entre os escores ROM e SPADI. Ambos os grupos mostraram uma melhora significativa nos escores de ER, ROM de abdução e SPADI, porém a análise pós-teste entre os grupos revelou que os indivíduos do grupo de combinação de técnicas foram mais significativos são uma ferramenta eficaz para melhorar a abdução do ombro, rotação externa e funções do ombro.

O efeito causado pelo alongamento plástico do tecido observado após a execução do método Maitland, explica como há o aumento da ADM ativa no ombro, ou melhor, ocorre a restauração artrocinemática da articulação, provocada pelo remodelamento do tecido capsular, característica importantíssima na CA (LUZA *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os efeitos do método Maitland para a CA são positivos e com diferenças significativas para o ganho de ADM, para flexão, abdução e rotações internas e externas. Outro aspecto que houve melhora significativa foi a melhora da dor e capacidade funcional do ombro. Foi apontado que a combinação do uso da mobilização de Maitland com o ultrassom terapêutico e tens para melhora da dor ou associação de técnicas manuais ou técnicas combinadas.

Por fim, o método é eficaz e tem efeitos positivos para a diminuição da dor, aumento da ADM e aumento da capacidade funcional. Nesta pesquisa, especialmente, uma limitação foi a dificuldade de identificação específicas de como foram realizadas as técnicas de mobilização, aspectos tais como a direção do manejo e tempo de oscilações para cada mobilização, além das características da fase da patologia tratada. Necessita de mais pesquisas que retratem o conceito Maitland na CA de forma a ser registrado os movimentos, terapias combinadas e resultados de forma mais detalhadas.

REFERÊNCIAS

- Cabral KDA. (Início / Arquivos / v. 2 n. 1 (2017): Anais do II Congresso Brasileiro e I Congresso Internacional da Associação Brasileira de Fisioterapia Traumatológica - ABRAFITO <https://seer.uftm.edu.br/anaisuftm/index.php/abrafito/article/view/1941>
- Floyd S, Sarasua SM, Pill SG, Shanley E, Brooks JM. Fatores relacionados ao tratamento inicial para capsulite adesiva na população medicare. *BMC Geriatria* (2022) 22:548.
- Garzedin DDS. Eficácia da Mobilização com Movimento de Mulligan em pacientes com dor no ombro. 2020. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia. [Tese], Salvador, p. 200, 2020.
- Kisner C. Mobilização Conjunta Periférica/Manipulação In: Kisner, Colby, editor. *Exercício Terapêutico*, 6º, FA Davis; 2016. pág. 126-36.
- Kumar S, Subbaiah S, Ramachandran, A. Necessidade de incluir Coordenação Ocular e Mão Treinamento Funcional no Gerenciamento de Adesivos Capsulite – Um estudo de controle não randomizado. *Pak J Med Sci*, mar-abril, v. 38, n. 3, p. 692-698, 2022.
- Luza M, Piazza L, Rabello RF. Terapia manual de Maitland na capsulite adesiva do ombro: estudo de caso. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, Año 15, Nº 148, 2010. Disponível em: <https://efdeportes.com/efd148/terapia-manual-de-maitland-na-capsulite-adesiva-do-ombro.htm>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- Maul SEV, Nóbrega LD, França AS. Efeitos da técnica de mobilização de maitland em indivíduos com capsulite adesiva. In: Anais do II Congresso de Ortopedia e Terapia Manual e III Simpósio Sergipano de Fisioterapia Ortopédica e Manual: Atenção fisioterapêutica na dor crônica. Anais...Lagarto(SE) Online, 2020. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/2cotema/304596-EFEITOS-DA-TECNICA-DE-MOBILIZACAO-DE-MAITLAND-EM-INDIVIDUOS-COM-CAPSULITE-ADESIVA>>. Acesso em: 20/08/2022.
- Petrini AC, Ferreira NCF, Oliveira LG. Intervenção fisioterapêutica por meio da movimentação passiva contínua no tratamento da capsulite adesiva do ombro. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente* 7(1): 53-65, jan.-jun., 2016.
- Ramirez J. Capsulite adesiva: Diagnóstico e Gestão. *Médico de Família Americano*; Volume 99, Número 5 • 1º de março de 2019. 297-300.
- Santos GS, Nascimento JS, Panassollo K, Sanches MBL *et al*. Intervenção fisioterapêutica em capsulite adesiva: um relato de caso. *CIPEEX – 3º Congresso Internacional de Pesquisa, ensino e Extensão*. UniEvangelica, p. 1784-88, 2018.
- Sathe S, Kurana SK, Damke U, Adrawal PV. Comparar os efeitos da mobilização de Maitland com a fisioterapia convencional em Capsulite Adesiva. *Int J Cur Res Ver*, v.12, Ed.14 (Edição Especial), 2020.
- Shetty S, Shah RR. Efeito da Técnica Maitland (Deslizamento Posterior) com Técnica de energia muscular para o músculo subescapular Capsulite adesiva. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, v. 14, n. 02, p.203-8, 2020.

O manejo dos pacientes pós-cirúrgicos: A atuação do profissional de enfermagem



*Antônia da Paz Piedade
Claudeice Machado Cardoso
Lais Cristina Marinho Soares
Maria Francisca Silva
Nelcivan de Maria Neto Coelho*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.19

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem ao longo da história retratam diferentes realidades, e para cada uma delas práticas assistenciais que foram aplicadas inicialmente de forma experimental, e com o avanço científico assumiu patamar atualmente considerado como uma ciência generalista na equipe multiprofissional da saúde. Sobre essa atuação do enfermeiro podemos definir como:

É a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência é o cuidado ao ser humano, seja enquanto indivíduo, no seio familiar ou em comunidade de modo integral, desenvolvendo atividades de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, com base filosófica, científica, tecnológica e ética, para uma abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades (SELBACH, 2009, p. 61)

Entre tantas atribuições que esse profissional desempenha, a sua atuação no período pós-operatório se torna indispensável e essencial para que o desfecho seja positivo, e isto vai compreender desde o momento em que o paciente sai da sala de cirurgia até o retorno as suas atividades normais. Este período é dividido em três etapas: pós-operatório imediato que compreende as primeiras 24 horas após o término da cirurgia, pós-operatório mediato que se inicia após as primeiras 24 horas até em torno de sete dias e pós-operatório tardio que se estende até a reabilitação do paciente (SMELTZER *et al.*, 2009).

Os profissionais da equipe de enfermagem são os que compõem a equipe que vai atuar nesta primeira etapa, e por isso necessitam atender em maior número e em tempo integral, prestando assistência direta ao paciente, a UTI é o setor responsável por prestar cuidados intensivos e especializados a pacientes considerados clinicamente graves e tem o objetivo de reestabelecer as funções adequadas de seu organismo (DUARTE *et al.*, 2012).

O período pós-operatório imediato (POI) abrange as primeiras 24 horas após a cirurgia e inclui o tempo em que o cliente permanece na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), é nesta etapa que ocorre a recuperação pós-anestésica caracteriza-se por alterações fisiológicas que são, basicamente, inconsciência e depressão cardiorrespiratória no paciente que recebeu anestesia geral, e ausência de sensações e tona simpático naquele que recebeu anestesia regional. (SAAGER *et al.*, 2014)

Para a avaliação e o plano de cuidado do paciente na SRA algumas escalas são utilizadas, no entanto, muitas foram elaboradas e validadas por médicos, como a Escala de Aldrete e Kroulick, entre outras, essa escala é de 1970 e nos dias atuais ainda é a mais utilizada na SRA, porém, não avalia complicações ou riscos (ALDRET, 1970).

Deste modo, a equipe de enfermagem que presta assistência ao paciente em pós-operatório deve estar atenta ao nome da cirurgia, à anestesia recebida, o nível de consciência, às infusões venosas, ao aspecto do curativo, à perfusão periférica, à expansibilidade torácica, à presença de cateteres, sondas e drenos visando uma recuperação rápida e eficiente do paciente (MORAES; PENICHE, 2003).

Diante do arsenal de exigências no ambiente de terapia intensiva, especificamente no que diz respeito ao cuidado no pós-operatório de cirurgia cardíaca, cabe a reflexão sobre a qualificação da equipe de enfermagem que atua nesse cenário e sobre as dificuldades que encontram diariamente durante a assistência a esse paciente

O momento da alta é um período de muita ansiedade, que envolve muitas dúvidas, tanto do paciente quanto da família. O indivíduo encontra-se em um processo em que ele está saindo de um local onde lhe é oferecido assistência realizada por profissionais capacitados, para poder voltar para casa, lugar esse em que algum familiar terá que desenvolver o papel de cuidador. Tal fato colabora para que muitas orientações oferecidas no hospital não sejam assimiladas, pois o estresse que envolve este processo atrapalha a concentração e a memorização (CARVALHO *et al.*, 2008).

Por esse motivo, é preciso sistematizar o cuidado do profissional, utilizando conhecimentos teórico-práticos para qualificar a assistência e o acolhimento como estratégias de minimizar o sofrimento do sujeito que se submete ao procedimento cirúrgico.

JUSTIFICATIVA

No processo de trabalho da enfermagem, é essencial ser sensível ao sofrimento do outro e saber ouvir seus anseios e necessidades, pois aproxima o profissional do paciente, que se sente solitário e ansioso diante de um procedimento cirúrgico, muitas vezes desconhecido. Por isso, é preciso conhecer a singularidade de cada paciente e realizar o cuidado de forma individualizada e humanizada.

O paciente, ao ser internado para uma cirurgia, traz consigo receios e dúvidas ao saber que será submetido a um procedimento invasivo, que representa uma situação crítica, além de uma indefinição quanto aos fatos que poderão advir. Nessa perspectiva, o papel do enfermeiro no espaço social e técnico da unidade de clínica cirúrgica torna-se mais complexo a cada dia, à medida que necessita interligar os aspectos humanos explicitados no atendimento ao paciente, enquanto indivíduo único em suas particularidades (URSI; GALVAÕ, 2006).

Nesse contexto, o trabalho da equipe de enfermagem é fundamental, uma vez que realiza a observação contínua do paciente e necessita tomar decisões rápidas, exigidas pelo pós-operatório da cirurgia cardíaca (DORDETO, 2016). Esses profissionais devem identificar e prevenir complicações, atuando de imediato e contribuindo para a redução do tempo de internação (SILVA *et al.*, 2018)

Na prática, ainda ocorre a inserção de enfermeiros e técnicos de enfermagem ingressarem na UTI sem o preparo necessário para atuar no cuidado a pacientes graves, sobretudo no pós-operatório de cirurgia cardíaca, visto que esses pacientes requerem dedicação extrema desde o momento que chegam à unidade até a alta (FERNANDES; SOUZA, 2009).

A utilização de protocolos e listas de verificação tem sido defendida como um meio de mitigar fragilidades no processo do cuidado e de padronizar a assistência, a implementação e a sustentabilidade de tais protocolos somente são possíveis por meio de uma mudança de cultura, criando uma infraestrutura que promova um atendimento padronizado ao paciente e com mecanismos de feedback que verifiquem e equilibrem os principais impulsionadores do processo do cuidado (FAIZ *et al.*, 2019).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) rege a metodologia de trabalho do enfermeiro, uma vez que por meio desse instrumento ele identifica as situações de saúde doença, subsidiando a prescrição e implementação de ações em saúde concretas na promoção,

prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade (FULLY; ALMEIDA, 2003).

A alta rotatividade de pacientes na SRPA, a SAE nem sempre é aplicada de forma integral, porém a utilização da mesma em todas as suas etapas é fundamental, já que facilita a assistência de enfermagem prestada, de forma dinâmica, organizada e sistemática, exigindo que o enfermeiro desenvolva habilidades cognitivas, interpessoais e técnicas, no sentido de atender as necessidades do ser humano que está sendo cuidado (LUVISSOTO; GALDEANO, 2007).

Portanto, a utilização da SAE no pós-operatório imediato torna-se relevante no cuidado do paciente pós-cirúrgico, uma vez que permite ao enfermeiro cuidar de forma integral e individualizada, contribuindo para melhores prognósticos clínicos e psicossociais dessa clientela. Para ter sucesso em suas intervenções, a enfermagem necessita atender às demandas biológicas, sociais, psicológicas e espirituais do paciente, proporcionando uma visão holística desde seu acolhimento na unidade até a alta hospitalar.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Caracterizar os cuidados de enfermagem diante das principais e complicações pós cirúrgicas nos pacientes do pós-operatório a recuperação anestésica a alta hospitalar, através da revisão da literatura da temática.

Objetivos Específicos

- Identificar as complicações e os riscos que os pacientes possam desenvolver na sala de recuperação anestésica;
- Compreender as dificuldades para implantação de estratégias de segurança do paciente no ambiente hospitalar;
- Contribuir para a melhoria da assistência ao paciente hospitalizado;

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura que será realizada através da busca de artigos publicados e disponíveis nas bases de dados do Google Acadêmico a qualquer momento, que deve ser realizado no primeiro semestre 2022. Para busca e seleção dos artigos, será realizado os seguintes procedimentos: palavras-chaves na língua portuguesa usando os descritores de forma combinada no Google acadêmico “enfermagem” “pós-operatório” “atuação” “cuidados” “complicações” apenas na língua portuguesa.

Critérios de Elegibilidade dos Artigos

As buscas eletrônicas serão realizadas em quatro etapas: seleção de artigos encontrados (primeira etapa). Posteriormente serão selecionados pelo título e resumo (segunda etapa).

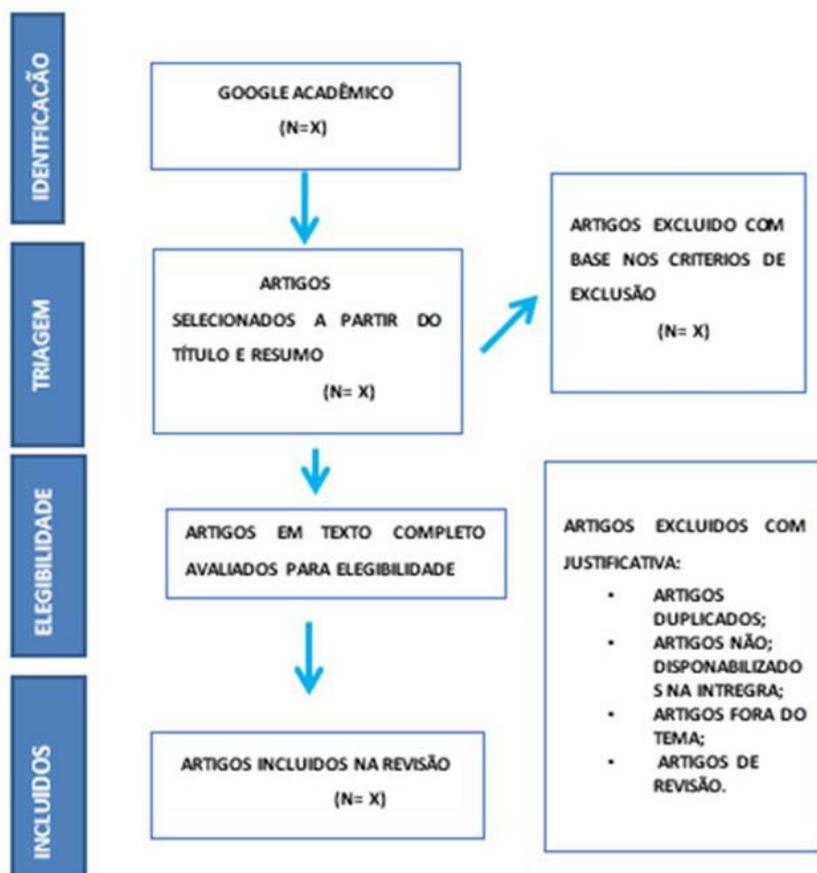
Os resumos devem ser lidos e avaliados, (terceira etapa) e por fim, todos os artigos no qual o resumo se adequar aos critérios de inclusão serão lidos na íntegra (quarta e última etapa).

Critérios de Inclusão e Exclusão

Todos os estudos identificados pela estratégia de busca e pesquisa avaliados na primeira etapa que não se adequem aos critérios de elegibilidade serão excluídos, tais como: artigos duplicados, artigos não disponibilizados na íntegra, artigos fora do tema e de revisão. Apesar deste estudo não necessitar de aprovação de Comitê de ética em pesquisa, será levado em consideração os preceitos éticos nas buscas dos trabalhos.

Todos os estudos pré-selecionados serão avaliados pela leitura completa do artigo conforme os seguintes critérios de inclusão: (1) população (profissional da enfermagem); (2) temática (pós operatório, recuperação anestésica, alta hospitalar, manejo do paciente,); (3) desfecho (produção científica produzida acerca da temática sobre pós-operatório atuação do profissional de enfermagem);(4) resultados obtidos pós intervenções; além de serem protocolos de estudos experimentais ou quase-experimentais.

Figura 1 - Fluxo do processo de seleção dos estudos para revisão integrativa



Fonte: Próprio Autor

REFERENCIAL TEÓRICO

Complicações na sala de recuperação anestésica, fatores de riscos e intervenções de Enfermagem

A sala de recuperação anestésica (SRA) é o local destinado a receber os pacientes no pós-operatório imediato e tem como objetivo prevenir possíveis complicações decorrentes do ato anestésico cirúrgico. Para tanto, há necessidade de recursos humanos especializados e materiais diferenciados para prestar uma assistência de qualidade (LIMA *et al.*, 2010). A atuação da equipe de enfermagem é fundamental nesse período de instabilidade, no qual os riscos podem desencadear problemas, sendo de grande importância a estabilidade do nível de consciência e dos sinais vitais do paciente (POPOV; PENICHE, 2009).

A assistência de enfermagem nesse período deve ser planejada desde sua admissão até o paciente ter condições de alta da SRA. A sistematização da assistência de enfermagem é uma das estratégias para a obtenção de um processo seguro (MENDOZA; PENICHE, 2010). A utilização da Escala de Aldrete e Kroulick (ALDREAT, 1970) para o plano de cuidado do paciente na SRA ainda é muito comum, no entanto, ela assim como muitas outras não foram elaboradas e validadas por profissionais da enfermagem e sim por médicos, ainda que tenha sido criada nos anos 70 ainda é a mais utilizada na SRA, porém, não é capaz de avaliar complicações ou riscos.

Os principais temas identificados por meio da análise crítica da literatura e suas implicações são apresentados e discutidos na sequência:

Hipotermia

A anestesia geral foi a técnica mais utilizada, seguida da anestesia combinada (geral mais bloqueios do neuroeixo), as quais representam situações de maior risco de apresentar hipotermia perioperatória não intencional, pois a anestesia regional diminui o limiar de vasoconstricção cutânea e quando associada à geral tem seu efeito SOMATIZADO (JOHNSON, *et al.*, 2005). A hipotermia interfere no ritmo e na condução do coração com o aparecimento de disritmias, e na incidência de infecção do sítio cirúrgico (ZAPPELINI *et al.*, 2008).

No que se refere ao tempo cirúrgico, a maior frequência de hipotermia leve e moderada encontra-se no tempo cirúrgico mínimo de 61 minutos e máximo de 240 minutos (AMANTE *et al.*, 2012). A ausência de métodos preventivos de hipotermia (como aquecedores) em sala operatória foi a causa de temperatura abaixo de 35°C nos pacientes durante o período trans operatório. E quando admitidos na SRA, esses pacientes se mantiveram hipotérmicos ainda por 30 minutos. (JOHNSON, *et al.*, 2005).

A quantidade de tecido adiposo do paciente e o uso concomitante de medicações anestésicas podem alterar o gradiente de temperatura entre os compartimentos central e periférico, levando a uma hipotermia (ZAPPELINI *et al.*, 2008).

- Tendo como principais riscos para hipotermia:
- porte cirúrgico médio e grande, maior risco de hipotermia;
- quantidade de tecido adiposo;
- anestesia geral ou geral associada com bloqueio;
- infusão de líquidos não aquecidos;
- tempo cirúrgico prolongado;

- cirurgias abdominais nas quais ocorre maior perda de calor;
- idade avançada; e
- retenção de gás carbônico.

Hipoxemia

Os pacientes que recebem anestesia geral, devido ao efeito residual das drogas anestésicas, foram os que apresentaram, em maior número, hipoxemia no pós-operatório (MARCONDES *et al.*, 2006). Outra variável que pode levar o paciente a desenvolver hipoxemia na SRA e a classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) a qual classifica os pacientes mediante a ausência ou presença de moléstias associadas ao problema cirúrgico. Quanto mais alta a classificação na escala (1 a 6), maior será a possibilidade do paciente desenvolver hipoxemia. (ASA, 2014)

As cirurgias cardiotorácicas, gastroproctológicas e de cabeça e pescoço, em pacientes oncológicos, associadas à debilidade física e nutricional, são fatores que podem levar o paciente à hipoxemia (BISINOTTO; CARDOSO; ABUD, 2008). Pacientes idosos possuem déficit nutricional e diminuição da reserva respiratória, e estão mais expostos ao risco de manifestarem hipoxemia na SRA (OLIVEIRA *et al.*, 2001). Variáveis que podem levar o paciente a indicar hipoxemia:

- estado físico ASA II e III;
- idade acima de 55 anos;
- DPOC;
- diabetes mellitus;
- SpO2 pré-operatório menor que 95%;
- déficit nutricional;
- pacientes do sexo feminino; e
- anestesia geral.
- Apneia e edema agudo de pulmão

Pacientes que apresentam laringoespasmos na SRA podem evoluir para edema agudo de pulmão (BISINOTTO; CARDOSO; ABUD, 2008). O uso da oxigenioterapia é indicado principalmente após a anestesia geral. E em procedimentos de cabeça e no pescoço, a cirurgia de tireoidectomia é um fator de risco para apneia na SRA (REZENDE, 2003). São fatores de riscos para edema agudo de pulmão:

- maior frequência em pacientes jovens;
- sexo masculino; tipo musculoso;
- pescoço curto;
- com história de apneia;

- tabagista;
- laringospasmo.

Até o momento não existe um instrumento que atenda às necessidades dos cuidados de enfermagem, os quais são prestados em tempo integral ao paciente. Diante de tais considerações e da importância da segurança do paciente no pós-operatório imediato, compreende-se que é necessário identificar as complicações e os riscos que aos quais os pacientes estão sujeitos e propor um instrumento que contenha as intervenções de enfermagem para cada complicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento realizado na literatura mostrou as seguintes complicações na SRA: hipotermia, hipoxemia, edema pulmonar; apneia, com alguns fatores desencadeante de complicações no pós-operatório imediato.

Essas complicações descritas podem servir de base para a construção do questionário, com perguntas e respostas, no qual a somatória dos pontos classifica o nível do risco em baixo, médio e alto para o paciente desenvolver a complicação. Espera-se, com isso, que os enfermeiros, com o levantamento precoce dos riscos, venham a prevenir as complicações e realizar uma assistência de enfermagem mais segura.

Diante disso, faz-se necessário voltar o olhar para o cuidado de enfermagem no pós-operatório imediato pautado na detecção, atenção e prevenção das complicações que possam resultar do procedimento anestésico cirúrgico, visto que esse período de internação na SRPA pode ser crucial para prevenir possíveis complicações, bem como para tratá-las precocemente.

REFERÊNCIAS

Aldrete, J. A., Kroulik, D. (1970). A postanesthetic recovery score. *Anesthesia e Analgesia*, 49(6), 1970. 924-934. Disponível em: . Acesso em: 18 jun. 2022

Amante, L. N., Slomochenski, L. A., Teixeira, M. G. P. N., Bertoncello, K. C. GOcorrência de hipotermia não planejada em sala de recuperação anestésica. *Journal of Health Sciences*, v. 14, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/8>. Acesso em: 20 jun.2022.

ASO, Anesthesiologists. ASA physical status classification system. ASA House of Delegates, 2014. Disponível em: <http://napanc.ca/assets/Forms/APPENDICES%202018.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2022.

Bisinotto, F. M. B., Cardoso, R. D. P., Abud, T. M. V..Edema agudo pulmonar associado à obstrução das vias aéreas: relato de caso. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 58, p. 165-171, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/B8Cmq8sM6QPs9Ktw56Nt9bR/abstract/?lang=pt>. Acesso em :20 jun 2022.

Bjorklund de Lima, L., Borges, D., da Costa, S.,Rejane Rabelo, E. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em unidade de recuperação pós-anestésica *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 18, núm. 5, outubro, 2010, pp. 1-7 Universidade de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 5, p. 1-7, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000500007>. Acesso em: 20 jun. 2022

Carvalho, A. R. S., Matsuda, L. M., Stuchi, R. A. G., Coimbra, J. Â. H. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2) 2008. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8062>. Acesso em :18 jun. 2022.

Dordetto, P. R., Pinto, G. C., Camargo Rosa, T. C. S. Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: caracterização sociodemográfica, perfil clínico-epidemiológico e complicações. *Revista da Faculdade de Ciências médicas de Sorocaba*, 18(3),144-149, 2016. Disponível:<https://doi.org/10.5327/Z1984-4840201625868>. Acesso em: 18 jun 2022.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.657- 665, 2012. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ean/a/yXLBXXKdrPh5Gvn7tcDhyBF/abstract/?lang=pt>. Acesso: 18 jun. 2022.

Faiz, T., Saeed, B., Ali, S., Abbas, Q., Malik, M. OR to ICU handoff: theory of change model for sustainable change in behavior. *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals*, 27(6), 452-458, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0218492319850730>. Acesso em: 19 jun.2022.

Fernandes MVB, Aliti G, Souza MN. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm*,11(4):993-9,2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a25.pdf>. Acesso em: 18 jun.2022.

Fuly PSC, Freire SM, Almeida RT. The nursing process and its application in intensive care at Rio de Janeiro as a support to the development of an electronic patient record. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2(3), 2003. Disponível em: <http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objn203fulyfreirealmeida.html>. Acesso em: 19 jun. 2022.

Johnson, M., Bulechek, G., Dochterman, J. M., Maas, M., Moorhead, S. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre NANDA, NOC e NIC. In: *Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre NANDA, NOC e NIC*. p. 506-506. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-736492>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Luvisotto, M. M., Carvalho, R. G. L. E., Galdeano, L. E. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. *Einstein*, 5(2), 117-22, 2007. Disponível em : https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45024661/441-einstein5-2_online_ . Acesso em; 19 jun. 2022

Marcondes, G., Soeiro, F. S., Ferreira, E. D. A., Udelsmann, A. Transporte de pacientes sem oxigenoterapia para a sala de recuperação pós-anestésica: repercussões na saturação de oxigênio e fatores de risco associados à hipoxemia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 56, p. 352-361, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/7LPW3rrtx6hxx3y63F3ysNn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Mendoza, I. Q., Peniche, A. D. C. G. Factores de riesgo para complicaciones en el periodo de recuperación post anestésica en el paciente anciano. *Investigación y educación en enfermería*, v. 28, n. 3, p. 355-362, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721006>. Acesso em: 21 jun. 2022.

Moraes, L. O. D., Peniche, A. D. C. G. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37, 34-42 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/twG4ZzKnLzP9YJ4PV6SXTzL/?lang=pteformat=html>. Acesso em: 18 jun. 2022.

Oliveira Filho, G. R. D., Garcia, J. H. S., Ghellar, M. R., Nicolodi, M. A., Boso, A. L., Dal Mago, A. J. Fatores associados com a ocorrência de hipoxemia no período pós-anestésico imediato. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 51, p. 185-195, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/F9mzQTn5Y4pVvmvgyYFkXD4s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun 2022.

Popov, D. C. S., Peniche, A. D. C. G. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, p. 953-961, 2009. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/4084>. Acesso em: 20 jun.2022. Acesso em: 20 jun. 2022.

Rezende, J. M. Apneia na sala de recuperação pós-anestésica: relato de caso. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 53, p. 377-381, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/qgTqY9KmMchF7xs5nHN7Thx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun 2022.

Saager, L., Hesler, B. D., You, J., Turan, A., Mascha, E. J., Sessler, D. I., Kurz, A. Intraoperative transitions of anesthesia care and postoperative adverse outcomes. *Anesthesiology*, 121(4), 695-706, 2014. Disponível em: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/121/4/695/12184/Intraoperative-Transitions-of-Anesthesia-Care-and>. Acesso em: 18 jun. 2022.

SELBACH, P. T. S. Desafios da prática pedagógica universitária face a reestruturação curricular: um estudo com professores do Curso de Enfermagem. São Luis/MA: EDUFMA, 2009. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=eco_obra=132264. Acesso em: 17 jun. 2022.

Silva, L.D.C., Melo, M.V.P., Rolim, I.L.T.P., Dias, R.S. Intervenções de enfermagem em pacientes de unidade de terapia intensiva cardiológica de um hospital universitário submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *J Manag Prim Health Care* 25];9(e12):01-18.2018. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/510/735>. Acesso: 19 jun. 2022

Smeltzer, S. C., e Bare, B. G. Brunner e Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. In Brunner e Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica (pp. 1133-1133,2005). Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-622244>. Acesso em: 17 jun. 2022.

Ursi, E. S., e Gavão, C. M. Prevenção de lesões de pele no peri operatório: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 124-131, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7hS3VgZvTs49LNx9dd85VVb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2022.

Zappellini, C. E. M., Sakae, T. M., Bianchini, N., Brum, S. P. B. Avaliação de hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais com duração maior de duas horas. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 37, n. 2, p. 25-31, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xisebase=LILACSelang=penextAction=lnkeexprSearch=499736eindexSearch=ID> Acesso em: 20 jun. 2022.

Comunicação interna em biossegurança nos laboratórios de saúde pública

*Amanda de Cassia Azevedo da Silva
André Luis Cândido da Silva*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.20

RESUMO

Biossegurança é definida como o conjunto de ações voltadas para a prevenção e proteção do trabalhador, minimização de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados. As instituições que fazem parte do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública são estritamente dependentes de boas práticas em Biossegurança em sua rotina de procedimentos. Um dos fatores para se atingir um elevado nível de excelência em Biossegurança nestes laboratórios, é uma comunicação interna efetiva. Através desta, é possível ouvir, informar, mobilizar, educar, motivar e manter coesão interna em torno de valores que precisam ser reconhecidos e compartilhados por todos e que podem contribuir para a construção de boa imagem pública. Este trabalho tem como objetivo conhecer o processo relacionado à transmissão da informação, com foco na Biossegurança, no Laboratório Central do Estado do Paraná, através da implantação de um plano de comunicação interna em Biossegurança e análise de fatores que dificultam e facilitam este processo. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, com abordagem quantitativa e análise descritiva. Os resultados serão expressos através de gráficos, tabelas e/ou medidas que resumam as variáveis, facilitando a visualização dos dados encontrados. Espera-se assim obter informações que possam subsidiar ações e melhorias futuras, inclusive em outros laboratórios de saúde pública, quando aplicáveis às respectivas realidades.

Palavras-chave: biossegurança. comunicação interna. laboratórios de saúde pública.

INTRODUÇÃO

Biossegurança é o conjunto de ações voltadas para a prevenção e proteção do trabalhador, minimização de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados (TEIXEIRA; VALE, 1996, p. 13).

Do ponto de vista etimológico, a Biossegurança tem uma definição ainda mais abrangente: “*bio*” raiz grega, que significa vida e segurança, que remete à qualidade do que é ou está seguro (COSTA; COSTA, 2009; PRIBERAM, 2013).

Sendo assim, é possível verificar que a Biossegurança está presente no cotidiano das pessoas. Porém, a atual regulamentação brasileira em Biossegurança – Lei n. 11.105/2005 (BRASIL, 2005), é bem restritiva, pois estabelece apenas normas de segurança e fiscalização para organismos geneticamente modificados (OGMs) e seus derivados. Neste contexto, apesar da importância da Biossegurança, no Brasil ainda não foi percebida a construção de uma política de Estado abrangente, voltada para atender os diferentes setores (Ministérios) e áreas envolvidas (TEIXEIRA; CARDOSO, 2013a).

No início da década de 90, juntamente com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90 (BRASIL, 1990a), houve a ratificação do atual Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), que fora instituído em 1977 pela Portaria Ministerial n. 280, de 21 de julho (BRASIL, 1977). Dentre as atribuições do SISLAB, pode-se citar ações de diagnóstico e monitoramento no âmbito da vigilância epidemiológica, ambiental em saúde e sanitária (TEIXEIRA; CARDOSO, 2013a).

Os laboratórios de saúde pública (LSP) compõem o SISLAB e vivenciam diariamente a Biossegurança, sendo esta imprescindível para a execução das atividades nos laboratórios, sendo essencial inclusive para a implantação de um sistema de gestão da qualidade (TEIXEIRA; CARDOSO, 2013b).

A consolidação da Biossegurança depende da conscientização dos trabalhadores sobre a importância da comunicação interna para os LSP. Para que estes laboratórios apresentem ações efetivas na área em foco, é necessário que os mesmos apresentem uma comunicação interna funcional.

Segundo Curvello (2012, p. 9),

[...] é pela ótica da comunicação que podemos conhecer e compreender a cultura organizacional, além de captar a lógica das relações internas, suas contradições, suas mediações, para melhor compreender os estágios administrativos, os sucessos e fracassos organizacionais e as facilidades ou dificuldades impostas às mudanças institucionais.

A comunicação interna nas organizações, empresas ou entidades nem sempre foi valorizada ou reconhecida como de vital importância para o desenvolvimento e sobrevivência dessas organizações (MELO, 2005). Em especial, no campo da Biossegurança não é diferente. Os estudos nesta área são escassos e apontam para uma necessidade de ampliação do conhecimento.

Considerando que a Biossegurança está diretamente envolvida com a saúde ocupacional, a gestão da qualidade e a confiabilidade dos resultados analíticos, a comunicação interna organizacional deve ser devidamente estruturada; abrangendo processos, ensaios, boletins informativos, planos de contingência, etc.

Devido à ausência de uniformidade nas ações em Biossegurança, o que possibilita entraves nos processos e riscos ocupacionais, um estudo no campo da COMIB em LSP torna-se relevante, objetivando obter um levantamento dos principais fatores que podem contribuir para que a comunicação ocorra de modo satisfatório. Propõem-se, também, a partir dos resultados encontrados, estratégias que poderão ser utilizadas para estabelecer a COMIB nos LSP, como a utilização de diferentes fluxos e tipos de comunicação, proporcionando maior troca de experiências dentro da instituição, cumprimento de metas e percepções fidedignas dos riscos existentes.

O fato de se realizar uma determinada tarefa uma única vez e de forma satisfatória, contando com uma COMIB funcional e equipe motivada, promove segurança, economia e maior produtividade para qualquer organização.

O trabalho também apresenta importância, pois, pelo fato de envolver todos os níveis hierárquicos de um LSP, torna-se um grande desafio sensibilizar e envolver todos os autores envolvidos, ou seja, todos os colaboradores da instituição. Através da elaboração e implantação de um plano de COMIB para o LACEN/PR, se buscará atingir esta condição imprescindível ao bom andamento da organização (MELO, 2005).

A individualização dos processos (RUGGIERO, 2002) em Biossegurança, existentes pelos naturais diferenças decorrentes de níveis de experiência, cultura, grau de motivação e amplitude de interesses devem ser controlados por uma COMIB organizada.

Na falta de estudos e regulamentações específicas, o objetivo do trabalho será avaliar como a promoção da comunicação interna em Biossegurança (COMIB) pode otimizar os servi-

ços dos LSP. Para isso, serão apresentados os diversos obstáculos relacionados a não-comunicação em Biossegurança e discutidas soluções para uma comunicação interna adequada, estabelecendo assim diferentes formas de intercâmbio de informações em Biossegurança nos LSP.

Existe a necessidade de se estudar e averiguar a situação da COMIB nos LSP. Na impossibilidade de avaliar este tema nos LSP como um todo, devido às particularidades apresentadas em cada organização (tipos de exames, fluxos, estrutura física), o foco do presente trabalho será o Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR). Os resultados obtidos poderão ser utilizados pelos demais laboratórios e aplicados e/ou adaptados aos seus serviços.

REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

O conceito de Biossegurança começou a ser construído com maior ênfase em meados do século XX. Em 1941, os cientistas Karl Meyer Friedrich e B. Eddie verificaram que a manipulação de culturas ou poeira contendo a bactéria *Brucella* poderia causar danos à saúde de trabalhadores dos laboratórios (MEYER; EDDIE, 1941). Conforme Teixeira e Cardoso (2013a), esta pesquisa é considerada um marco na estruturação da Biossegurança, pois os estudos demonstraram que os casos de brucelose ocorreram devido à falta de cuidado ou técnica de manuseio inadequada de materiais biológicos.

Do mesmo modo, Sulkin e Pike (1949) verificaram na década de 1940 que, de 222 infecções virais descritas (21 casos fatais), ao menos um terço dos casos ocorreu devido ao manuseio de animais e tecidos infectados. Após novos estudos, em 1951, estes pesquisadores comprovaram que a brucelose era a infecção mais frequente contraída de forma ocupacional nos laboratórios e, ao lado de outras infecções bacterianas (tuberculose, tifo, tularemia e infecção estreptocócica), representavam 72% do total de infecções causadas por estes agentes, sendo a maioria relacionada ao uso de seringas, agulhas e pipetas (BRASIL, 2006a).

Anos depois, em 1965, as infecções adquiridas em laboratórios continuaram sendo objeto de estudo na publicação *Biossegurança em laboratórios biomédicos e de microbiologia* do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), que incluiu 641 novos casos ou casos que não haviam sido relatados anteriormente (BRASIL, 2006a).

Hanson e colaboradores (1967) associaram 428 infecções causadas por aerossóis infecciosos de arbovírus manipulados em laboratório.

Em 1974, Skinholj concluiu uma pesquisa na qual relatava uma alta incidência de hepatite em funcionários dos laboratórios clínicos dinamarqueses (2,3 casos ao ano por 1.000 funcionários), sete vezes maior que a população em geral (BRASIL, 2006a).

Todos estes estudos tiveram contribuição inestimável no campo da Biossegurança. Nos anos que se passaram, surgiram as descrições dos níveis de Biossegurança, diretrizes para pesquisa envolvendo DNA (ácido desoxirribonucleico) e, na década de 80, com o aparecimento do vírus da imunodeficiência humana, houve o surgimento das precauções universais (BRASIL, 2006a; CDC, 1988), as quais abrangem condutas para prevenir a transmissão de patógenos.

Após décadas de pesquisas e empenho da comunidade internacional, valorizando os princípios e boas práticas em Biossegurança, se atingiu um patamar no qual infecções adquiri-

das em laboratórios a partir da exposição a agentes biológicos patogênicos tornaram-se menos frequentes. É fundamental que o profissional de saúde diretamente envolvido nestas atividades permaneça vigilantes (CDC, 2009).

Biossegurança no Brasil e em laboratórios de saúde pública

Os primeiros contatos do Brasil com a Biossegurança ocorreram na década de 80, quando o país fez parte do Programa de Treinamento Internacional em Biossegurança, promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a América Latina. Esta participação teve um impacto que favoreceu a sensibilização de autoridades do setor de saúde e permitiu que a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) estabelecesse o primeiro curso sobre Biossegurança voltado para esta área (TEIXEIRA; CARDOSO, 2013a).

Mesmo com a introdução da Biossegurança na área da saúde no Brasil, os laboratórios de saúde pública ainda não recebiam a devida atenção. A primeira legislação sobre Biossegurança no Brasil, Lei n. 8.974, de 25 de janeiro de 1995 (BRASIL, 1995), atendia apenas demandas voltadas para organismos geneticamente modificados (OGM). No mesmo ano, um Programa de Capacitação de Recursos Humanos em Biossegurança foi inserido no Projeto de Doenças Emergentes e Reemergentes, do Ministério da Saúde (TEIXEIRA; CARDOSO, 2013a).

No âmbito do Ministério da Saúde, a Biossegurança começou a ser discutida com o surgimento da Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS), instituída pela Portaria GM/MS n. 1.683, de 28 de agosto de 2003 (BRASIL, 2003). A CBS foi criada com o objetivo de definir estratégias de atuação, avaliação e acompanhamento de ações ligadas à Biossegurança, favorecendo um melhor entendimento entre o Ministério da Saúde e os órgãos e entidades envolvidos com o tema (BRASIL, 2010a).

Dez anos depois da publicação da primeira legislação sobre Biossegurança no Brasil, a mesma foi revogada pela Lei n. 11.105, de 24 de março de 2005 (BRASIL, 2005). Esta “nova” legislação recebeu muitas críticas pelo fato de não contemplar os diversos setores envolvidos com a Biossegurança. Novamente, o foco da legislação se deu nos OGM, além da utilização de células-tronco embrionárias para fins de pesquisa e terapia, criação do Conselho Nacional de Biossegurança e reestruturação da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança.

No mesmo ano, Martins-Costa e colaboradores já demonstravam o caráter fragmentário e a fragilidade desta legislação, quando considerada a Biossegurança em uma área de abrangência muito restrita. Além disso, temas como o tratamento das células-tronco são tratados de forma precária e deficiente e a linguagem legislativa é “confusa, ambígua, e demasiadamente aberta do ponto de vista semântico” (MARTINS-COSTA *et al.*, 2005).

É necessária a aplicação de políticas de Estado e de governo suficientes para incorporar os interesses de todos os setores de forma articulada. Sem uma visão política abrangente, a Biossegurança, sendo um tema complexo, dificilmente será institucionalizada de forma harmoniosa (TEIXEIRA; CARDOSO, 2013a).

Considerando a atenção política que é envidada para a Biossegurança em LSP, é possível afirmar que, no Brasil, este tema ainda é incipiente. Os avanços voltados especificamente para estes laboratórios se tornaram mais evidentes com a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria n. 3.204, de 20 de outubro de 2010 (BRASIL, 2010b). A mesma especifica requisitos

gerenciais e técnicos de Biossegurança e trouxe alguns avanços para os LSP como a garantia do envolvimento da direção do laboratório na manutenção e melhoria das políticas em Biossegurança, devidamente contempladas no manual de Biossegurança da instituição.

Laboratórios de saúde pública

Os LSP estão inseridos no contexto do SUS, constituído pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a). Juntamente com a disposição “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços” relacionados, esta regulamentação traz como competência da direção nacional do SUS a definição e coordenação da rede de LSP. Esta rede, atualmente denominada Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), foi instituída em 1977 (BRASIL, 1977),

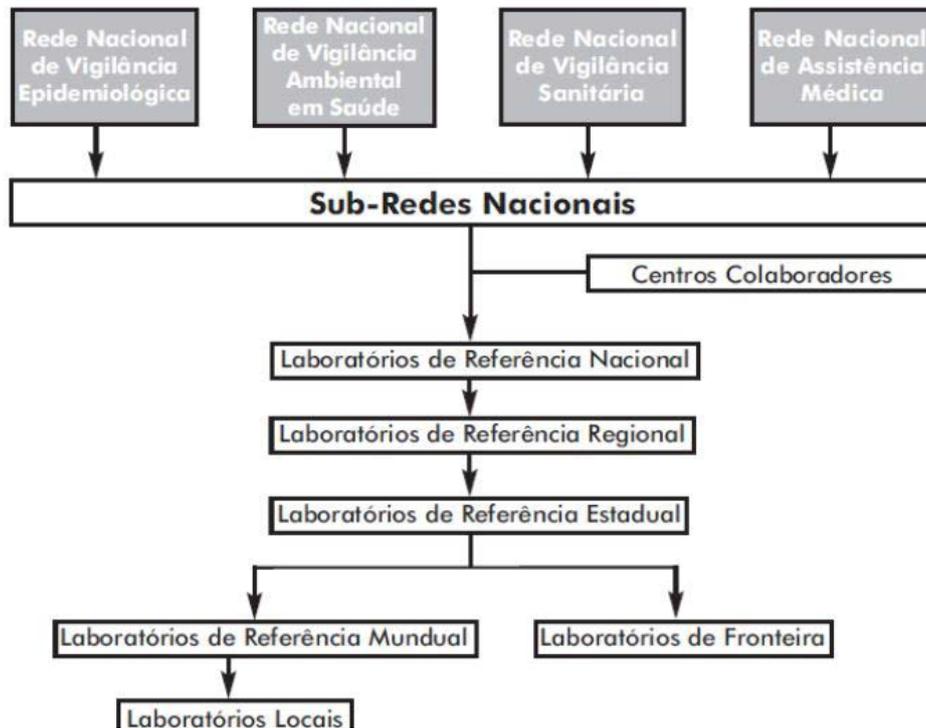
[...] com a finalidade de apoiar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica bem como definir ações para apoiar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e era coordenada pela área técnica da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (BRASIL, 2001, p. 7).

Com a extinção desta última, suas atividades foram transferidas para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) através da Portaria n. 1.331, de 5 de novembro de 1990 (BRASIL, 1990b).

Durante mais de uma década, na tentativa de melhorar a estrutura do SISLAB, houve diversas alterações na forma de gestão da rede de laboratórios, até que, em 2002, através da Portaria GM/MS n. 15 (BRASIL, 2002), foram definidas as quatro redes nacionais de laboratórios: 1) Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e 2) Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Ambiental em Saúde, que ficaram sob responsabilidade da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB), dentro da FUNASA; 3) Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária, que ficou subordinada à Gerência Geral de Laboratórios (GGLAS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e 4) Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade, que ficou sob responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (TEIXEIRA; CARDOSO, 2013a).

Em 2004, um ano após a reestruturação do Ministério da Saúde (TEIXEIRA; CARDOSO, 2013a), foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) neste Ministério, sendo que a CGLAB ficou subordinada à SVS, e a estrutura existente do SISLAB foi ratificada pela Portaria n. 2.031 (BRASIL, 2004), organizada conforme a Figura 1:

Figura 1 – Organização do SISLAB



Fonte: BRASIL, 2001.

Atualmente, a rede de LSP é formada por Laboratórios de Referência Nacional, Regional, Estadual, Municipal, Local e de Fronteira, além dos Centros Colaboradores, que são unidades especializadas para desenvolver atividades de maior complexidade, ensino e pesquisa (BRASIL, 2004).

“Os Laboratórios de Referência Estadual são os Laboratórios Centrais de Saúde Pública – LACEN, vinculados às secretarias estaduais de saúde, com área geográfica de abrangência estadual” (BRASIL, 2004).

Laboratório central do estado do Paraná

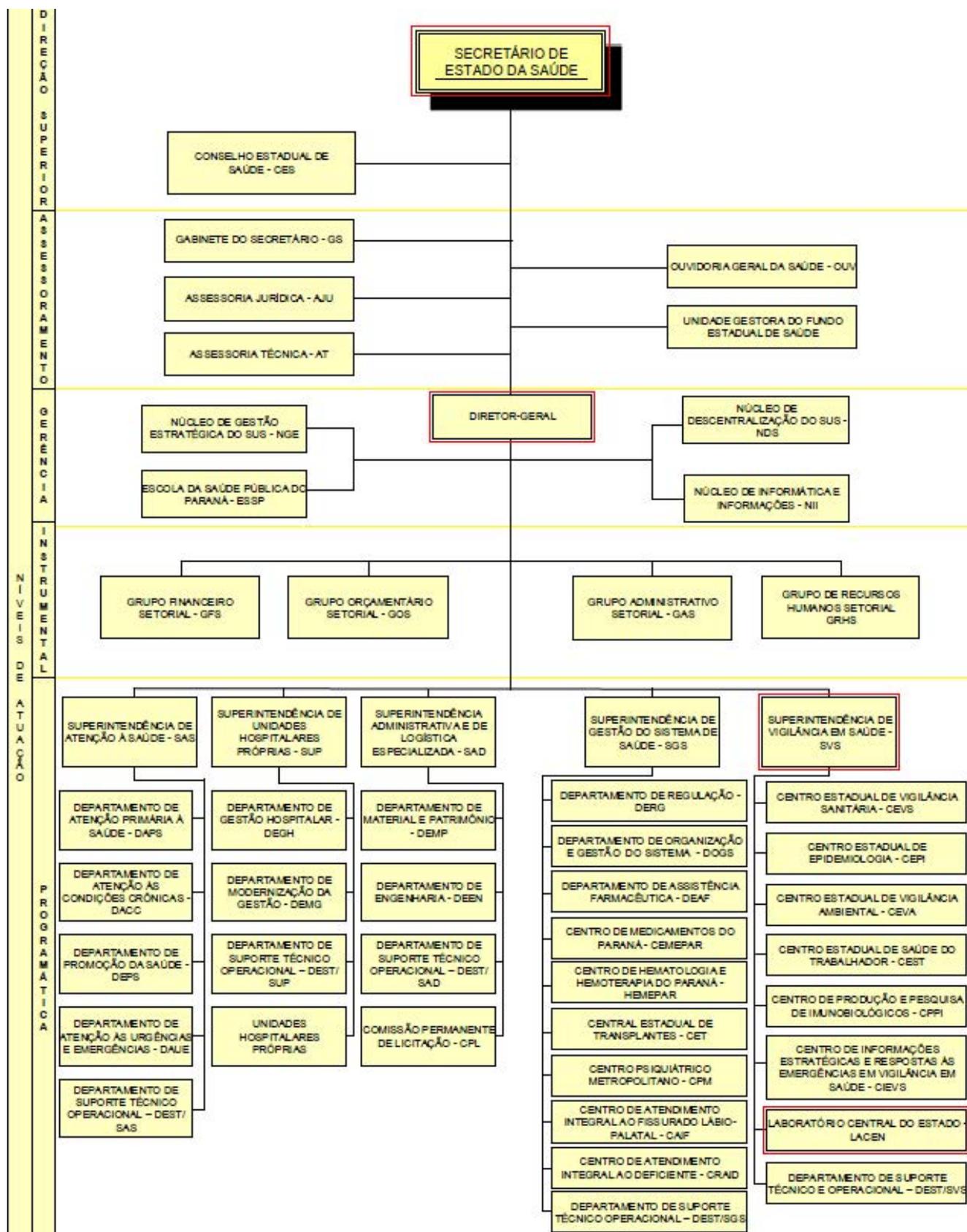
O LACEN/PR é um laboratório de saúde pública subordinado à Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), pertencente à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) (Figura 2).

Ao lado do LACEN/RJ (Rio de Janeiro), foi um dos primeiros LACEN a ser fundado no país (BRASIL, 2006b). Criado em 21 de dezembro de 1894, era chamado de Laboratório de Análises Químicas e Microscópicas. Em 1938 recebeu o nome de Laboratório Geral do Estado e em 1988 passou a ter o nome atual de Laboratório Central de Saúde Pública do Paraná (PARANÁ, s.d.).

Atualmente é dividido em três unidades (Unidade Alto da XV, localizada em Curitiba; Unidade Guatupê, construída em São José dos Pinhais e Unidade Fronteira, sediada em Foz do Iguaçu). Além destas unidades, existem os Laboratórios Regionais do Estado (LARENS), pertencentes à Divisão do Sistema Estadual de Laboratórios de Saúde Pública, subordinada à Direção do LACEN/PR. Todas as divisões existentes estão descritas no organograma do laboratório (Figura 3).

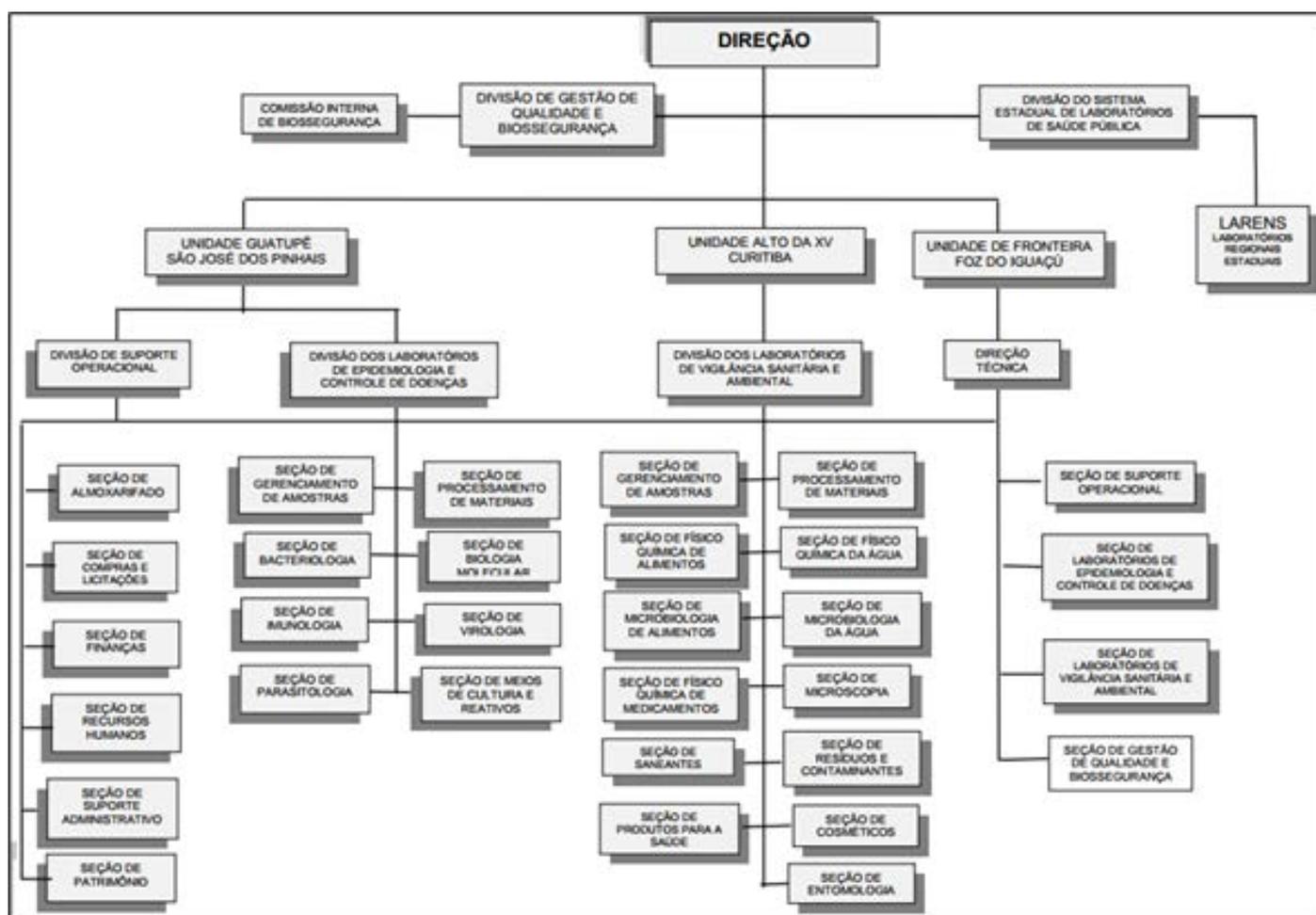
O LACEN/PR possui um papel importante nas áreas de vigilância epidemiológica (Unidades Guatupê e Fronteira), ambiental e sanitária Unidades Alto da XV e Fronteira). Integra o SISLAB como Laboratório de Referência Estadual.

Figura 2 – Organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.



Fonte: Adaptado de Paraná, 2014.

Figura 4 – Organograma do LACEN/PR



Fonte: www.saude.lacen.pr.gov.br

As duas unidades objetos deste estudo, Alto da XV e Guatupê, possuem 142 funcionários admitidos pelo regime estatutário, sendo 45 e 97 funcionários distribuídos em cada unidade, respectivamente. Todos são pertencentes ao Quadro Próprio do Poder Executivo (QPPE) do Governo do Estado do Paraná. Do total de trabalhadores da Unidade Alto da XV, 9 são agentes de apoio¹, 10 são agentes de execução² e 26 são agentes profissionais³. Na Unidade Guatupê existem 30 agentes de apoio, 22 agentes de execução e 45 agentes profissionais. Os profissionais de nível superior são representados por farmacêuticos bioquímicos, enfermeiro do trabalho, médicos veterinários, químico e engenheiros sanitaristas.

Há ainda, 23 funcionários terceirizados na Unidade Guatupê e 5 trabalhadores terceirizados na Unidade Alto da XV. Com relação a estagiários, existem 9 lotados na Unidade Guatupê e 4 na Unidade Alto da XV.

Comunicação

Segundo Trigueiro (2001), a comunicação é uma necessidade inerente a qualquer ser humano. Tanto é que Aristóteles, no século III a.C., já havia elaborado um modelo clássico de comunicação interpessoal. Esta teoria perdura até a atualidade e consiste no sistema linear

1 Agente de apoio – escolaridade mínima: ensino fundamental completo.

2 Agente de execução – escolaridade mínima: ensino médio completo.

3 Agente profissional – escolaridade mínima: ensino superior completo.

“fonte => mensagem => receptor”, onde a fonte é representada pelo locutor, a pessoa que fala; a mensagem é o discurso, o que é dito; e, finalmente, o receptor é o ouvinte, a audiência (TRIGUEIRO, 2001).

A comunicação institucional geralmente ocorre por meio de quatro fluxos: ascendente, descendente, horizontal e transversal. O fluxo ascendente é representado por sugestões, críticas, informações providas dos funcionários. Já no fluxo descendente, as informações se originam nos altos escalões e são transmitidas aos trabalhadores em geral, por meio de diversos canais, tais como memorandos internos, boletins e informativos. O fluxo horizontal é o que move a organização no cotidiano, tratando-se de diferentes formas de comunicação entre setores, quase sempre de maneira informal. O último fluxo remete à transmissão de mensagens entre diferentes setores e níveis hierárquicos, principalmente em projetos e programas intersetoriais (CURVELLO, 2012; ROSMANINHO *et al.*, 2008).

Assim como na comunicação empresarial, de forma geral (CURVELLO, 2012), acredita-se que o fluxo descendente é o que mais prevalece nas gestões dos LSP.

Independentemente do tipo de fluxo, a comunicação só se estabelece através da verdade e autenticidade. Para que a mesma seja adequada, não basta assegurar que ela ocorra. Ela deve ser compreendida pelo receptor, que deve estar capacitado para utilizar a informação (MELO, 2005). Sendo assim, a comunicação efetiva é bidirecional. Ela só ocorre quando há resposta e validação das mensagens ocorridas (SILVA, 2005). Esta resposta também é chamada de retroalimentação ou feedback.

Além da forma correta de comunicação a ser utilizada, é imprescindível que se conheça o momento oportuno da divulgação da informação para que o objetivo seja atingido em sua plenitude.

Compreende-se desta forma que a comunicação é um dos fatores mais importantes para que uma organização alcance suas metas de forma efetiva.

Comunicação interna

De acordo com Curvello (2012, p. 22), a comunicação interna pode ser definida como:

[...] o conjunto de ações que a organização coordena com o objetivo de ouvir, informar, mobilizar, educar e manter coesão interna em torno de valores que precisam ser reconhecidos e compartilhados por todos e que podem contribuir para a construção de boa imagem pública.

Dentro de uma instituição, o caráter amistoso entre os colaboradores é essencial para uma adequada transmissão da comunicação interna. A implantação deste processo envolve diversas etapas, abrangendo estratégias para criação de um bom relacionamento entre os trabalhadores (MELO, 2005).

A comunicação interna se dá por diferentes formas, em todos os níveis hierárquicos. Compreende a comunicação social (boletins internos, intranet, jornais), a comunicação administrativa (instruções, memorandos) e a comunicação interpessoal, entre funcionários/funcionários e chefias/subordinados (CURVELLO, 2012).

Segundo Melo (2005), a comunicação interna tem como principais objetivos informar os

colaboradores dentro da organização, possibilitando aos mesmos o conhecimento das transformações ocorridas no ambiente de trabalho; além de tornar determinante a participação dos trabalhadores nas tomadas de decisões e fazer com que as informações sejam transmitidas de forma clara e objetiva.

Comunicação interna e biossegurança

Atualmente a Biossegurança ainda é negligenciada em muitas situações. A comunicação interna tem papel fundamental para prover melhorias neste sentido, pois seus objetivos são estritamente aplicáveis ao campo da Biossegurança. Através dela, os funcionários são tornados influentes, integrados e informados (MELO, 2005) sobre normas e conhecimentos em Biossegurança, fazendo com que se sintam parte da organização e responsáveis pelas práticas seguras. Ela serve para humanizar as relações nas instituições, fazendo com que os funcionários se tornem mais conscientes de suas atribuições, os auxiliando a alcançar os objetivos da organização (ARAUJO *et al.*, 2012).

Conforme Junior e Neves (2010), uma comunicação inadequada no ambiente organizacional resulta em prazos não cumpridos, produtos mal acabados, serviços não realizados ou realizados de forma imprópria, conflitos desnecessários. Considerando que o produto final dos LSP é o laudo, que a liberação do mesmo depende de uma gestão eficiente da qualidade e, que esta última, para existir, depende do seguimento das práticas seguras de Biossegurança, a CO-MIB pode ser vista como uma das responsáveis para alcançar elevados níveis de excelência nestes laboratórios.

Uma comunicação realizada com qualidade resolve problemas, auxilia no cumprimento de metas e proporciona uma interação horizontal e vertical na organização, solidificando o relacionamento entre funcionários, diretores e líderes (ARAUJO *et al.*, 2012). Tratando-se de Biossegurança, os problemas e o não cumprimento de metas (seja por imperícia, imprudência e/ou negligência), geralmente envolvem danos à saúde do trabalhador. A troca fundamentada de experiências entre os profissionais de uma organização é uma grande aliada na percepção de riscos, evitando que os mesmos sejam superestimados ou subestimados, tornando o ambiente mais salubre.

Uma rápida e descuidada conversa no corredor ou uma expressão ambígua, com significados subjetivos, podem dar um valor alterado à mensagem que se quer transmitir, podendo gerar, nestas situações, confusões, equívocos (JUNIOR; NEVES, 2010) e acidentes de trabalho.

Sabe-se que os LSP devem possuir uma força de trabalho altamente qualificada para atender as diversas e especializadas demandas geradas dentro da Rede de Laboratórios de Saúde Pública. Entretanto, mesmo apresentando uma equipe capacitada e motivada, se a mesma não estiver bem informada e não se comunicar adequadamente, o potencial da força humana da empresa será prejudicado (RUGGIERO, 2002).

Com os avanços da tecnologia da informação e do processamento de dados, é possível se obter mais rapidamente informações prontas que referendem a tomadas de decisões também no campo da Biossegurança. A troca destas informações depende muito de uma comunicação interna eficiente.

MÉTODOS OU PERCURSO METODOLÓGICO

Desenho do estudo

O projeto será conduzido através de um estudo transversal, exploratório, com abordagem quantitativa e análise descritiva.

Para verificar como a promoção da COMIB pode aperfeiçoar os serviços dos LSP, é necessário, em primeiro lugar, realizar uma pesquisa exploratória sobre a situação atual em que se encontra o laboratório em estudo (LACEN/PR). Depois, realizar a análise descritiva dos dados obtidos com o intuito de examinar como a comunicação pode criar condições mais favoráveis aos serviços. Porém, é necessário saber: qual o “padrão ouro” de uma boa comunicação nos serviços de laboratório? Até para isso, primeiro é necessário colocar a COMIB em prática para posteriormente avaliar se este processo trouxe melhorias para a organização.

Considerando o grau de satisfação do trabalhador como um indicador do sucesso da comunicação interna em Biossegurança, tendo em vista que a motivação favorece a comunicação de forma bidirecional, também será realizada uma breve pesquisa sobre o clima e cultura organizacional na aplicação do questionário no LACEN/PR, com o intuito de verificar se alguns hábitos e crenças comuns interferem de forma significativa na COMIB.

Lócus da pesquisa

Todas as etapas da pesquisa serão realizadas no LACEN/PR, nas unidades Alto da XV e Guatupê. O estudo está sendo elaborado de acordo com cronograma que acompanha este projeto.

O lócus da pesquisa foi obtido com base em alguns critérios como: executor do projeto pertence ao quadro de pessoal do referido laboratório; existência de direção, chefias de divisão e membros da Comissão Interna de Biossegurança pré-dispostos ao trabalho; facilidade do executor do projeto em acessar e se deslocar às diferentes áreas das unidades supracitadas do LACEN/PR e pelo fato da COMIB no local ser um dos pontos levantados pelo autor como de fundamental importância a ser aprimorado.

População do estudo

A população do estudo é representada por 183 trabalhadores (incluídos os estagiários) do LACEN/PR lotados nas unidades Guatupê e Alto da XV. A distribuição dos indivíduos está descrita no item 2.3 do presente projeto.

Critérios de inclusão: trabalhadores em atividade, com mais de 18 anos, e que estejam de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Forma de recrutamento: o recrutamento será realizado através de boletim interno e convites por meio eletrônico ou fixados em locais próprios.

Materiais, procedimentos e técnicas

Considerando que o planejamento já consta no cronograma do projeto (item 8), a execu-

ção do estudo será realizada em duas etapas (ROSMANINHO *et al.*, 2008):

Primeira etapa: diagnóstico.

Segunda etapa: elaboração do plano de COMIB.

A primeira etapa (diagnóstico) consiste na obtenção de dados primários pelo próprio pesquisador, buscando caracterizar a problemática da COMIB. Será avaliado o estágio em que se encontra a comunicação interna do LACEN/PR, com enfoque na Biossegurança, através de coleta de dados por questionário e análise documental da instituição.

A elaboração das questões foi planejada de acordo com observação individual do executor do projeto acerca da rotina organizacional no âmbito da COMIB e estudos prévios sobre pesquisa de clima organizacional e comunicação interna realizados por diferentes autores (ROSMANINHO *et al.*, 2007; THA, 2010).

O questionário será online, autoaplicável, e disponibilizado para a população em estudo de acordo com a etapa de coleta de dados do cronograma. A série de questões, que necessita obrigatoriamente de resposta, conta com informações acerca dos dados de identificação do trabalhador, conhecimentos sobre a organização, clima organizacional, pontos fortes e fracos na COMIB, etc. Será realizada análise descritiva dos dados obtidos.

Segunda etapa: nesta etapa os dados obtidos serão interpretados e sugeridas propostas de ações estratégicas para melhorar a COMIB institucional, proporcionando a elaboração do plano de COMIB.

Plano de Análise E Interpretação dos Dados

Será realizada uma análise descritiva das variáveis obtidas (univariada com variáveis qualitativas e quantitativas ou multivariadas, se necessário). Os resultados serão expressos através de gráficos, tabelas e/ou medidas que resumam as variáveis, facilitando a visualização dos dados encontrados.

Ainda com o intuito de auxiliar à interpretação dos resultados, os temas e aspectos abordados serão classificados em “aspectos positivos” e “aspectos negativos” (ROSMANINHO *et al.*, 2008), considerando as respostas do questionário.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que, com a conclusão deste projeto, os processos de trabalho sejam aprimorados, sendo desenvolvidos de forma efetiva e segura.

Almeja-se que a elaboração do plano de COMIB aprimore a qualidade e segurança do LACEN/PR, através da implementação das melhorias identificadas na pesquisa exploratória.

A estratégia proposta no presente estudo, a partir dos resultados encontrados, poderá ser utilizada também por outros laboratórios de saúde pública, dependendo da adaptação e realidade de cada ambiente de serviço.

ASPECTOS ÉTICOS

Serão garantidos os princípios éticos da pesquisa conforme as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013), do Conselho Nacional de Saúde.

O presente projeto será previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP).

Devido à utilização de dados primários, os participantes deverão estar de acordo com o TCLE, elaborado a partir de roteiro e modelo já existentes (FIOCRUZ, 2014; UFRN, s.d.). O questionário somente será disponibilizado após aceitação das informações contidas no referido termo.

Após a submissão do presente projeto ao CEP/ENSP, será emitida pelo LACEN/PR a declaração para autorização de realização do estudo e assunção da corresponsabilidade.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, D. C.; SIMANSKI, E. S. S.; QUEVEDO, D. M. Comunicação interna: relação entre empresa e colaboradores, um estudo de caso. *Brazilian Business Review*, v. 9, n. 1, p. 47-64, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=123023626003>>. Acesso em: 13 fev. 2014.

BRASIL. Lei n. 8.974, de 5 de janeiro de 1995. Regulamenta os incisos II e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados, autoriza o Poder Executivo a criar, no âmbito da Presidência da República, a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 1, 6 jan. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 280, de 21 de julho de 1977. Institui o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jan. 1977.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1 p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.683, de 28 de agosto de 2003. Institui a Comissão de Biossegurança em Saúde. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/gm/13703-1683.html?q=>>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.031, de 23 de setembro de 2004. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 set. 2004.

BRASIL. Lei n. 11.105, de 24 de março de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do parágrafo 1º do art. 225 da Constituição Federal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 15, de 3 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 jan. 2002.

BRASIL. Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.331, de 5 de novembro de 1990. Transfere as atividades da extinta Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde e da Extinta Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, para a Fundação Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 nov. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Biossegurança em laboratórios biomédicos e de microbiologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3. ed. em português rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório situacional dos LACEN – 2005 (Ano-base 2004). Rev. 01. Brasília, DF, mar 2006b. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Laboratorios/Publicacao+Laboratorios/Laboratorios+Oficiais+de+Saude+Publica>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 242 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.204, de 20 de outubro de 2010. Aprova Norma Técnica de Biossegurança para Laboratórios de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Biosafety in microbiological and biomedical laboratories. 5. ed. Atlanta: U. S. Department of Health and Human Services: Centers for Disease Control and Prevention: National Institutes of Health, 2009. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/biosafety/publications/bmb15/bmb1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Update universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis virus and other bloodborne pathogens in healthcare settings. MMWR, n. 37, p. 377-382; 387-388, 1988.

COSTA, M. A. F. da; COSTA, M. F. B. Biossegurança de OGM: uma visão integrada. Rio de Janeiro: Publit, 2009.

CURVELLO, J. J. A. Comunicação interna e cultura organizacional. 2. ed. rev. e atual. – Brasília: Casa das Musas, 2012.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (Fiocruz). TCLE – Roteiro para elaboração. Rio de Janeiro, RJ, 16 mar. 2014. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/node/170>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

FUNDAÇÃO HELENA ANTIPOFF (FHA). Pesquisa de clima organizacional – FHA. Modelo de questionário proposto para pesquisa de clima. 2010. Disponível em: <<http://www.fundacaohantipoff.mg.gov.br/pdf/pesquisaclima/question.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Reestruturação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/reestruturacao_sislab.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2013.

HANSON, R. P.; SULKIN, S. E.; BUESCHER, E. L. *et al.* Arbovirus infections of laboratory workers. *Science*, n. 158, p. 1.283-1.286, 1967.

JUNIOR, E. A.; NEVES R. D. A comunicação organizacional e seu diagnóstico. Encontro de iniciação científica das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” versão em CD-Rom ISSN 1809-2551. Vol. 6, No 6, 2010.

LABORATÓRIO CENTRAL DO ESTADO DO PARANÁ (Paraná). Nossa História. s.d. Disponível em: <<http://www.lacen.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=5>>. Acesso em 23 fev. 2014.

MARTINS-COSTA J.; FERNANDES M.; GOLDIM J. R. Lei de Biossegurança - Medusa Legislativa? *Jornal da ADUFRGS* 2005;(134):19-21. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/ibiosseg.htm>>. Acesso em 29 abr. 2014.

MELO, V. P. C. de. A comunicação Interna e sua importância nas organizações. Faculdade Assis Gurgacz. 2005, 12 p. Disponível em: <<http://www.fag.edu.br/professores/anderson/Assessoria%20Comunicacao%20e%20MKT/artigo%2009.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

MEYER, K. F.; EDDIE, B. Laboratory Infections due to Brucella. *Journal of Infectious Diseases*, Chicago, v. 68, n. p. 24-32, Jan./Feb. 1941.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Decreto n. 9.921, de 23 de janeiro de 2014. Aprova o Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde. *Diário Oficial Executivo. Poder Executivo Estadual*. Curitiba, PR, 23 jan. 2014.

PRIBERAM. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. 2013. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/DLPO/>>. Acesso em 3 jan. 2014.

Rosmaninho, A.; Cairrão, A. L.; Ramos, A. *et al.* Questionário sobre comunicação interna - QUESCI© 2007 UFP. Universidade Fernando Pessoa ProjEst – Q Gabinete de Projectos Estratégicos e Qualidade Organizacional. 2007. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1040/3/questionario.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

Rosmaninho, A.; Cairrão, A. L.; Ramos, A. *et al.* A comunicação interna na UFP na perspectiva do QUESCI©. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Porto. ISSN 1646-0502. 5 (2008) 292-305. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/918>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

RUGGIERO, A. P. Qualidade da comunicação interna. 08 out. 2002. Disponível em: <<http://www.rh.com.br/Portal/Comunicacao/Artigo/3388/qualidade-da-comunicacao-interna.html>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

SILVA, M. J. P. Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3. ed. São Paulo: Loyola; 2005.

SULKIN, S. E.; PIKE, R. M. Viral infections contracted in the laboratory. *New England Journal of Medicine*, London, v. 241, n. 5, p. 205-213, 1949.

TEIXEIRA, P.; CARDOSO, T. A. de O. Biossegurança em laboratórios de saúde pública. v. 1. Rio de Janeiro, RJ : EAD/ENSP, 2013a. 170 p.

TEIXEIRA, P.; CARDOSO, T. A. de O. Biossegurança em laboratórios de saúde pública. v. 3. Rio de Janeiro, RJ : EAD/ENSP, 2013b. 280 p.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

TRIGUEIRO, O. O Estudo Científico Da Comunicação: Avanços Teóricos e Metodológicos Ensejados pela Escola Latino-Americana. Revista Digital Pensamento Comunicacional Latino Americano. São Paulo. ISSN 1518-9406. v. 2, n. 2, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN). Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Centro de Ciências Humanas, Artes e Letras. s.d. Disponível em: <<http://www.gppot.org/TCLE.pdf>>. Acesso em: 4 mai.

Transtorno de personalidade borderline: como se estivesse movendo entre areia movediça em quedas de precipícios

Borderline personality disorder: as if you were moving between quicksand on blade falls

Angelo Aparecido Ninditi

Bacharel em enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira, Campus Belo Horizonte (2016). Pós Graduado em Unidade de Terapia Intensiva - FAECH e Urgência e Emergência – FITEC (2022). OCID: <https://orcid.org/0000-0001-6560-5877>

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.21

RESUMO

Introdução: O transtorno *borderline* surge como categoria diagnóstica utilizada de modo mais amplo na clínica psiquiátrica e psicanalítica no princípio da década de 50. **Revisão Integrativa:** O termo *borderline* foi utilizado pela primeira vez em 1884, por Hughes, para diferenciar pessoas que passavam a vida entre a linha tênue da sanidade e da loucura. Conceitualmente, *borderline* foi descrito por Stern, em 1938, e por Knight, em 1940. **Método:** O presente artigo trata-se de uma revisão integrativa baseada na pesquisa bibliográfica formulada através de artigos publicados sobre o conhecimento e atuação de profissionais enfermeiros sobre pessoas vivendo em situação de rua. Foram utilizados artigos de plataformas conceituadas como “Bireme, Lilacs, Scielo, Pubmed”. **Resultados:** Para o aprimoramento das psicoterapias em geral, um dos aspectos extensamente investigados em distintos modelos teóricos refere-se ao estudo dos mecanismos de ação terapêutica, no qual se destaca a contribuição do terapeuta, do *Borderline* significa “limítrofe”. Podemos assumir que as palavras do antigo sucesso da Madonna caracterizam perfeitamente a instabilidade, a precária fronteira entre a lucidez e a insanidade em que vivem as pessoas nessa condição. **Considerações Finais:** São poucas as publicações que relacionam a área de enfermagem com o cuidado realizado às pessoas com transtorno de personalidade *borderline*. No entanto, há algumas evidências de práticas clínicas errôneas de profissionais de enfermagem no cuidado à pessoa com tal diagnóstico.

Palavras-chave: enfermagem. *borderline*. sofrimento. relação de conflitos

ABSTRACT

Introduction: Borderline disorder emerged as a diagnostic category used more broadly in psychiatric and psychoanalytic clinics in the early 1950s. **Integrative Review:** The term *borderline* was first used in 1884 by Hughes to differentiate people who spent their lives between the fine line of sanity and madness. Conceptually, *borderline* was described by Stern, in 1938, and by Knight, in 1940. **Method:** This article is an integrative review based on bibliographic research formulated through published articles on the knowledge and performance of professional nurses on people living in a street situation. Articles from renowned platforms such as “Bireme, Lilacs, Scielo, Pubmed” were used. **Results:** For the improvement of psychotherapies in general, one of the aspects extensively investigated in different theoretical models refers to the study of the mechanisms of therapeutic action, in which the contribution of the therapist, the patient and the interaction in relation to several aspects that affect psychotherapies. **Discussion:** *Borderline* means “borderline”. We can assume that the words of Madonna’s former hit perfectly characterize the instability, the precarious border between lucidity and insanity in which people in this condition live. **Final Considerations:** There are few publications that relate the nursing area to the care provided to people with *borderline* personality disorder. However, there is some evidence of erroneous clinical practices of nursing professionals in caring for the person with such a diagnosis.

Keywords: nursing. *borderline*. suffering. conflict relationship

INTRODUÇÃO

O transtorno *borderline* surge como categoria diagnóstica utilizada de modo mais amplo na clínica psiquiátrica e psicanalítica no princípio da década de 50. A noção de *borderline* constitui-se inicialmente como uma entidade vaga e imprecisa, que compreende sintomas que se estendem desde o espectro “neurótico”, passando pelos “distúrbios de personalidade”, até o espectro “psicótico” (DALGALARRONDO. P. e VILELA, W. A; 2005).

Desde então, o quadro tem sido frequentemente diagnosticado em adolescentes e adultos jovens com comportamento impulsivo e/ou autodestrutivo, uso de drogas e com problemas sérios de identidade, notando-se um predomínio no gênero feminino (por volta de 75% dos casos). Esses indivíduos mal se encaixam entre as neuroses graves ou entre as psicoses endógenas clássicas. Ao longo das últimas duas décadas o conceito vem ganhando popularidade e também uma maior precisão. Além disso, a síndrome *borderline* tem sido estudada de forma crescente por clínicos e pesquisadores; um levantamento no sistema medline de catalogação computadorizada de artigos médicos, revela, nos últimos 10 anos, mais de 1.500 artigos publicados sobre o tema “transtorno de personalidade *borderline*” (DALGALARRONDO. P. e VILELA, W. A;205).

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) tem sido considerado um dos transtornos psiquiátricos mais difíceis de tratar. Ainda que diversas modalidades de psicoterapia sejam efetivas para o tratamento do TPB, pacientes com esse diagnóstico costumam ser vistos como um desafio ao psicoterapeuta. Os transtornos de personalidade implicam em padrões disfuncionais de percepção, relação e pensamento sobre si mesmo e outros, expressos em contextos sociais e interpessoais (MÖLLER, R. L; *et al.*, 2018).

Os padrões relacionais mal adaptativos dos pacientes com TPB influenciam o relacionamento terapêutico, resultando, entre outros fatores, em dificuldades no estabelecimento e manutenção da aliança terapêutica, na adesão ao tratamento e na evocação de intensos sentimentos de contratransferência. Portanto, o modo como o terapeuta responde às dificuldades interpessoais e à desregulação emocional desses pacientes é crucial para determinar o sucesso ou o insucesso do tratamento (MÖLLER, R. L; *et al.*, 2018).

O Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) é o mais prevalente dentre os transtornos da personalidade na população geral como primeiro diagnóstico e na população clínica já diagnosticada com algum outro transtorno de personalidade e atinge cerca de 6% dos pacientes em cuidados primários, 10% dos pacientes em ambulatórios psiquiátricos e 20% entre os que se hospitalizaram em unidades psiquiátricas. O TPB é associado a significativo prejuízo físico e mental e, em alguns casos, necessidade de tratamento medicamentoso, atendimento ambulatorial, internação e um alto risco de mortalidade por suicídio, já que, dentre os pacientes, 10% cometem suicídio e 75% já tiveram pelo menos uma tentativa (GASPARETTO, L. G. e HUTZ, C. S., 2017).

A etiologia do transtorno tem sido investigada e debatida por décadas. Os atuais modelos etiológicos multifatoriais destacam as interações de fatores psicossociais, genéticos e neurobiológicos na gênese do TPB. Entre os fatores psicossociais, experiências traumáticas na infância e apego inseguro têm recebido grande suporte empírico. Pacientes com TPB tendem a reportar mais situações traumáticas do que outros pacientes psiquiátricos e a maioria dessas situações

são de abuso sexual (GASPARETTO, L. G. e HUTZ, C. S; 2017).

Para diagnosticar transtornos de personalidade, existem modelos prototípicos, híbridos, categóricos, dimensionais, entre outros. No modelo categórico, sintomatologia e diagnóstico são apontados como entidades discretas, ou seja, elas têm caráter de presença/ausência. Já o modelo dimensional aceita uma variedade de dificuldades e decisões ambíguas para cada paciente, permitindo distinções categóricas quando necessário e esclarecendo ao terapeuta o grau no qual um estilo de personalidade não é adaptativo dentro de um continuum ou a extensão no qual cada desordem de personalidade está presente (GASPARETTO, L. G. e HUTZ, C. S., 2017).

REVISÃO INTEGRATIVA

O termo *borderline* foi utilizado pela primeira vez em 1884, por Hughes, para diferenciar pessoas que passavam a vida entre a linha tênue da sanidade e da loucura. Conceitualmente, *borderline* foi descrito por Stern, em 1938, e por Knight, em 1940. Posteriormente, a etiologia *borderline* foi estudada por Kernberg e Masterson, na década de 1960, e por estudos em fenomenologia por Grinker e Gunderson, em 1979. Inicialmente a patologia Borderline era classificada como esquizofrenia, e, posteriormente, a tentativa foi de pensá-la como um transtorno atípico de humor (CONCEIÇÃO, I, K; *et al.*, 2015) .

Para o diagnóstico ser realizado, os sujeitos devem apresentar, no mínimo, cinco dos seguintes critérios (CONCEIÇÃO, I, K; *et al.*, 2015):

- Esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário;
- Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
- Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente de autoimagem ou do sentimento de *self*;
- Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa;
- Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante;
- Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor;
- Sentimentos crônicos de vazio;
- Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva; e
- Ideação paranoide transitória ao estresse ou graves sintomas dissociativos.

O TPB está associado a uma ampla gama de psicopatologias, incluindo humor instável, comportamentos impulsivos, bem como relacionamentos interpessoais instáveis. Pacientes com TPB têm uma média de três tentativas de suicídio na vida, principalmente por overdose (PARIS, J; 2019).

Comportamentos de automutilação (ou seja, automutilação não suicida), também são comuns no TPB (PARIS, J., 2019). Há muito se estabeleceu que os que tentam e completam

o suicídio são populações separadas, mas sobrepostas. Em um acompanhamento em larga escala de tentativas atendidas em um pronto-socorro (ER), apenas cerca de 3% morreram por suicídio. A maioria das tentativas repetitivas ocorre em mulheres jovens e diminui com o tempo (PARIS, J., 2019).

Em geral, os suicídios no TPB ocorrem mais tarde no curso da doença e seguem longos cursos de tratamento malsucedido. Um estudo de acompanhamento de 15 anos descobriu que a idade média do suicídio era de 30 anos, enquanto um seguimento de 27 anos relatou idade média de 37 anos, com desvio padrão de 10. Assim, os pacientes não correm maior risco de suicídio quando são jovens e visitantes frequentes do pronto-socorro (PARIS, J., 2019).

Muitos pacientes com TPB têm ciclos de tratamento marcados por múltiplas tentativas fracassadas de suicídio. Esses tratamentos estão associados a vários ensaios de psicoterapia, várias prescrições, visitas repetidas ao pronto-socorro e hospitalização por tentativas e ameaças de suicídio. No entanto, a literatura de pesquisa sobre o manejo do suicídio no TPB não fornece diretrizes baseadas em evidências para prevenção da morte por suicídio (PARIS, J., 2019).

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a proposta inclusiva das pessoas com transtornos mentais prevê o convívio social, a autonomia e o exercício da cidadania. Nessa direção, as terapêuticas empregadas se pautam em tecnologias relacionais, dentre as quais, a comunicação terapêutica e o acolhimento figuram entre as principais. O diálogo, segundo o educador Paulo Freire, é uma necessidade existencial, condição básica para o conhecimento. Ocorre na comunicação entre os sujeitos, a partir de um encontro que se realiza na práxis, na ação com reflexão, o qual se fundamenta no compromisso com a transformação social (AGNOL, E. C. D; *et al.*, 2019).

São poucas as publicações que relacionam a área de enfermagem com o cuidado realizado às pessoas com transtorno de personalidade *borderline*. No entanto, há algumas evidências de práticas clínicas errôneas de profissionais de enfermagem no cuidado à pessoa com tal diagnóstico, somado aos altos índices de suicídio que transformam esse e outros transtornos mentais em problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Assim, considera-se fundamental a realização de pesquisas nessa área (AGNOL, E. C. D; *et al.*, 2019).

Pessoas com TPB tipicamente apresentam um padrão difuso e pervasivo de instabilidade nos relacionamentos, na autoimagem e nos afetos, além de marcada impulsividade, evidenciados em pelo menos cinco dos seguintes indicadores: esforços para evitar o abandono real ou imaginário, sentimentos crônicos de vazio, alternância entre extremos de idealização e desvalorização nos relacionamentos interpessoais, alterações no senso de identidade, comportamento impulsivo, comportamento suicida ou de automutilação, instabilidade do humor, dificuldade para controlar a raiva, ideação paranoide reativa e transitória ou sintomas dissociativos severos. O transtorno é mais frequentemente diagnosticado em mulheres e que possui alta prevalência, entre 1,6% e 5,9%, na população geral. Entre pacientes de consultórios e ambulatórios de saúde mental, a prevalência é de aproximadamente 10%. Entre pacientes internados, a prevalência atinge 20% (MÖLLER, R. L; *et al.*, 2018).

Ao não conseguirem estabelecer as fronteiras do eu e dos objetos, pacientes *borderlines* lutam para evitar a perda ou o abandono, não tolerando a solidão, e vivenciando angústia intensa, de aniquilamento e morte. Esses pacientes apresentam constante necessidade de utilizar o objeto como uma segunda pele mental, sendo que a perda do objeto é vivida como a perda de

si próprio (Dias, 2004). Ao experienciar frustrações ocasionadas pelo ambiente, sentem raiva desmedida e desespero, não aceitando esses sentimentos como parte de si, e sim percebidos como vindos de fora (MÖLLER, R. L; *et al.*, 2018).

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa baseada na pesquisa bibliográfica formulada através de artigos publicados sobre a doença “Borderline”. Foram utilizados artigos de plataformas conceituadas como “Bireme, Lilacs, Scielo, Pubmed”.

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA, M. T; SILVA, M. D. e CARVALHO, R., 2010).

O método em xeque constitui basicamente um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE). (SOUZA, M. T; SILVA, M. D. e CARVALHO, R., 2010) A PBE, cuja origem atrelou-se ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane, caracteriza-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. Envolve, pois, a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente. (SOUZA, M. T; SILVA, M. D. e CARVALHO, R., 2010) A revisão integrativa, nesse âmbito, em virtude de sua abordagem metodológica, permite a inclusão de métodos diversos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na PBE em enfermagem. Dessa forma, é fundamental diferenciá-la das linhas de estudos existentes.

A presente pesquisa baseou-se em artigos publicados no período de 2015 a 2021. Dentre os artigos revisados há publicações anteriores a 2018 que foram utilizadas no corpo do texto para construir a revisão integrativa levando em consideração ao pioneirismo e relevância dos autores sobre o assunto mencionado ao longo do trabalho.

RESULTADOS

Para o aprimoramento das psicoterapias em geral, um dos aspectos extensamente investigados em distintos modelos teóricos refere-se ao estudo dos mecanismos de ação terapêutica, no qual se destaca a contribuição do terapeuta, do paciente e da interação em relação a diversos aspectos que afetam as psicoterapias. Dentre os mecanismos de ação terapêutica, as variáveis do terapeuta constituem um dos elementos relevantes de investigação, pois podem influenciar o processo de psicoterapia e seus resultados (SIMONI, L; BENETTI, S. P. C. e BITTENCOURT, A. A., 2018).

Alguns autores entendem que as características pessoais do terapeuta possuem significado sobre os tratamentos, propõe que dentre as variáveis do terapeuta que podem interferir

nas psicoterapias estão sexo, idade, etnia, experiência, personalidade, bem-estar emocional, valores, crenças, orientação teórica, dentre outras. Outro aspecto considerado relevante dentre as variáveis do terapeuta refere-se às características das intervenções realizadas ao longo do processo psicoterápico. Esse foco de pesquisa permite conhecer os tipos de intervenções associadas à melhoria ou à alteração do processo, identificando, assim, os chamados “ingredientes ativos” da mudança terapêutica (SIMONI, L; BENETTI, S. P. C. e BITTENCOURT, A. A., 2018).

A clarificação, confrontação e interpretação são os principais aspectos da técnica interpretativa utilizada na psicoterapia psicanalítica. Com pacientes com psicopatologias sérias, a clarificação e a confrontação ocupam um espaço mais amplo do que a interpretação e as interpretações dos significados inconscientes no “aqui e agora” tem maior espaço do que aquelas no “lá e então”. Somente em estágios mais avançados do tratamento são introduzidas interpretações além do “aqui e agora”, de forma a relacionar o comportamento passado com o presente. Além disso, as interpretações são mais eficazes quando apresentadas a um paciente preparado emocionalmente. Assim, o uso sequencial de clarificação e de confrontação abrem caminho para a interpretação propriamente dita (SIMONI, L; BENETTI, S. P. C. e BITTENCOURT, A. A., 2018).

Há muitas controvérsias no que se refere às definições de “condições psicopatológicas” no período da adolescência, já que é muito sutil a barreira que separa o “normal” e o “patológico” neste momento evolutivo. O adolescente está ainda em processo de formação de sua personalidade, bastante atravessado pelo contexto em que se encontra – portanto torna-se difícil falar em “estrutura” ou “transtorno de personalidade” (JORDÃO, A. B. e RAMIRES, V. R. R., 2010).

Enquanto alguns autores são categóricos em caracterizar transtornos de personalidade na infância e adolescência, definem as situações patológicas na adolescência como “estados” ou “organizações” (JORDÃO, A. B. e RAMIRES, V. R. R., 2010).

A questão da possibilidade diagnóstica da personalidade *borderline* na adolescência (e suas manifestações) tem sido o foco de alguns estudos. Essas pesquisas sugerem que se deve considerar seriamente o diagnóstico de personalidade *borderline* na adolescência sempre que os pacientes apresentarem as características clássicas desta desordem (JORDÃO, A. B. e RAMIRES, V. R. R., 2010).

DISCUSSÃO

Borderline significa “limítrofe”. Podemos assumir que as palavras do antigo sucesso da Madonna caracterizam perfeitamente a instabilidade, a precária fronteira entre a lucidez e a insanidade em que vivem as pessoas nessa condição. A personalidade *borderline* é um grave transtorno mental com um padrão característico de instabilidade na regulação do afeto, no controle de impulsos, nos relacionamentos interpessoais e na imagem de si mesmo. Apesar de não ser tão divulgada quanto outros transtornos psiquiátricos, afeta de 1 a 2% da população geral, 10% de pacientes psiquiátricos e 20% dos internados em hospitais, sendo que a maior parte das pessoas afetadas (até 70%) corresponde a mulheres (CARNEIRO, L. L. F., 2004).

Identificar uma pessoa com personalidade *borderline* não é difícil, pois os sintomas incomodam todos os que se relacionam com ela, especialmente familiares. O quadro engloba algumas manifestações típicas de vários transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, depressão,

transtorno bipolar, mas em geral os pacientes não saíram totalmente do estado considerado normal para serem enquadrados em tais classificações (CARNEIRO, L. L. F., 2004).

Em relação ao distúrbio afetivo, os pacientes apresentam diversas sensações, por vezes conflitantes, muitas vezes manifestando tensão aversiva, incluindo raiva, tristeza, vergonha, pânico, terror e sentimentos crônicos de vazio e solidão. Outro aspecto é a exagerada reatividade no humor: os pacientes com frequência mudam com grande rapidez de um estado a outro, passando por períodos disfóricos e eufímicos ao longo de um dia (CARNEIRO, L. L. F., 2004).

Além disso, a cognição também se apresenta alterada. A sintomatologia varia, há ideias superestimadas de estar mal, experiências de dissociação – despersonalização e perda da percepção da realidade – outros sintomas são semelhantes aos psicóticos, com episódios transitórios e circunscritos de ilusões e alucinações baseadas na realidade. Acredita-se que o distúrbio de identidade pertença ao domínio cognitivo porque se baseia em uma série de falsas crenças, por exemplo a de que uma pessoa é boa num minuto e má no instante seguinte (CARNEIRO, L. L. F., 2004).

Etiologicamente falando, o transtorno de personalidade *borderline* é multifatorial, logo, sugere-se que tanto uma predisposição genética quanto fatores ambientais podem estar envolvidos em seu desenvolvimento. Sobre o último, os principais fatores que contribuem para seu desenvolvimento envolvem maus tratos na infância, desde físicos, sexuais à negligência, encontrados em aproximadamente 70% das pessoas que possuem o transtorno, assim como em outros casos, por exemplo separação, apego materno deficiente, inadequação com as regras familiares e abuso de substâncias na família.

Ainda sobre sua prevalência, o transtorno da personalidade *borderline* é diagnosticado predominantemente em indivíduos do sexo feminino, atingindo cerca de 75% dos diagnósticos, dado esse corroborado, sobretudo, ao fato de que grande parte desse quantitativo de casos em maior número em mulheres estar estritamente ligado a um número reduzido de amostras resultantes da presença escassa de homens no ambiente clínico. Então, como resultado disso, há um quantificado maior de estudos acerca das características e fatores do *borderline* em mulheres e assim, embora homens apresentem *borderline*, pouco é apresentado sobre suas características e fatores que o envolvem.

O conceito de mentalização foi desenvolvido com base no contexto clínico, especialmente com pacientes com transtorno de personalidade *borderline*, TPB. Os sintomas desses pacientes se concentram em três áreas principais: no campo do afeto, apresentam raiva intensa e inapropriada, instabilidade afetiva e relacionamentos intensos e instáveis; no campo da identidade, suas representações são caóticas, possuem sentimentos de vazio e de abandono, e distorções paranoides; podem apresentar também um comportamento bastante impulsivo, envolvendo automutilações, abuso de substâncias e *actings outs* (RAMIRES, V. R. R., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São poucas as publicações que relacionam a área de enfermagem com o cuidado realizado às pessoas com transtorno de personalidade *borderline*. No entanto, há algumas evidências de práticas clínicas errôneas de profissionais de enfermagem no cuidado à pessoa com tal

diagnóstico, somado aos altos índices de suicídio que transformam esse e outros transtornos mentais em problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Assim, considera-se fundamental a realização de pesquisas nessa área.

Sobre os cuidados de enfermagem relacionados ao emprego da terapia medicamentosa, os participantes relataram que utilizam tal ferramenta, principalmente, nos primeiros dias de internação, nos quais o paciente pode apresentar agitação psicomotora, heteroagressividade e autoagressividade, colocando em risco os outros e a si mesmo. Nesses casos, as medicações são preparadas e administradas conforme a prescrição médica.

A contenção mecânica é um dos recursos terapêuticos usados pelos profissionais. Esse procedimento é utilizado apenas quando os recursos verbais e a terapia medicamentosa são suficientes para estabilizar os pacientes nos momentos de agitação psicomotora. Recorre-se à contenção mecânica como uma maneira de proteger a integridade física do paciente e terceiros, prevenindo ferimentos, agressões, tentativas de suicídio e até mesmo fuga do hospital.

REFERÊNCIAS

AGNOL, E. C. D; MEAZZA, S. G; GUIMARÃES, A. N; VENDRUSCOLO, C. e TESTONI, A. K. Cuidado de enfermagem às pessoas com transtorno de personalidade borderline na perspectiva freireana. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180084. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180084>

CARNEIRO, L. L. F. Borderline – no limite entre a loucura e a razão. *Ciências e Cognição.* 2004; V. 03. disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/> Acesso em: 11/03/2022

CONCEIÇÃO, I, K; BELLO, J. R; KRISTENSEN, C. H. e DORNELLES, V. G. Sintomas de TEPT e trauma na infância em pacientes com transtorno da personalidade borderline. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, v. 21, n. 1, p. 87-107 abr. 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P87>

DALGALARRONDO. P. e VILELA, W. A. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, II, 2, p.52-71, 2005. Disponível em: https://www.sinopsyseditora.com.br/produtos_pdf Acesso em: 12/03/2022

GASPARETTO, L. G. e HUTZ, C. S. Neuroticismo em Pacientes com Transtorno da Personalidade Borderline Hospitalizados. *Avaliação Psicológica*, 2017, 16(4), pp. 444-451. DOI: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1604.12839>

JORDÃO, A. B. e RAMIRES, V. R. R. Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos. *Paidéia*, set-dez. 2010, Vol. 20, No. 47, 421-430. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000300014>

NASCIMENTO, R. B; CERQUEIRA, G. D; ARAUJO FILHO, E. S. e CARNEIRO, D. G. Transtorno de personalidade borderline em homens: uma revisão integrativa. *Rev. Psicol. Divers. Saúde*, Salvador, 2021 Novembro;10(3):541-558. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i3.3806>

MÖLLER, R. L; SERRALTA, F. B; BITTENCOURT, A. A. e BENETTI, S. P. C. Manifestações Contratransferenciais no Processo Terapêutico de uma Paciente com Personalidade Borderline. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 23, n. 4, p. 705-717, out./dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230410>

PARIS, J. Suicídio no Transtorno de Personalidade Borderline. *Medicina*, 2019,55, 223. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina55060223>

RAMIRES, V. R. R. Mentalizando o eu e os outros: conceito, fundamentos e aplicações clínicas. *Rev. Bras. Psicoter*; Porto Alegre, 22(3), 95-112, 2020. ISSN 2318-0404. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1349393> Acesso em: 11/03/2022.

SIMONI, L; BENETTI, S. P. C. e BITTENCOURT, A. A. Intervenções do Terapeuta Psicanalítico no processo psicoterapêutico de uma paciente com transtorno de personalidade borderline. *Trends Psychol*; Ribeirão Preto, vol. 26, nº 3, p. 1499-1512 - Setembro/2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2018.3-13Pt>

SOUZA, M. T; SILVA, M. D. e CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)* 8 (1). Jan-Mar 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

Violência obstétrica uma percepção da enfermagem em relação ao ato médico

Obstetric violence a nursing perception in relation to medical act

Angelo Aparecido Ninditi

Bacharel em enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira, Campus Belo Horizonte (2016). Pós Graduado em Unidade de Terapia Intensiva - FAECH e Urgência e Emergência – FITEC (2022). OCID: <https://orcid.org/0000-0001-6560-5877>

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.22

RESUMO

Introdução: A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada”. **Revisão Integrativa:** A violência doméstica constitui-se em problema de escala mundial e atinge as mulheres com formas e intensidades específicas ao considerar os marcadores sociais de cor, etnia, credo, gênero, orientação, identidade ou idade. **Método:** O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa baseada na pesquisa bibliográfica formulada através de artigos publicados sobre o conhecimento e atuação dos profissionais da área de concentração “saúde” sobre o assunto Violência Doméstica. **Resultados:** A violência por parceiro íntimo, também denominada violência conjugal, configura-se como um problema mundial de saúde pública. **Discussão:** A Violência Doméstica Contra a Mulher consiste em manifestações desiguais de exercício de poder entre homens e mulheres, podendo ser fruto da educação que a sociedade patriarcal perpetua ao longo dos séculos. **Considerações Finais:** Entre as diferentes formas de violência, tem-se qualquer ação ou conduta baseada no gênero e que provoca a morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, no âmbito público ou privado.

Palavras-chave: enfermagem. agressão física. coação moral. privação da liberdade.

ABSTRACT

Introduction: Violence against women is defined as “any act of gender-based violence that results in or is likely to result in physical, sexual or mental harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether in public or private life”. **Integrative Review:** Domestic violence is a worldwide problem and affects women with specific forms and intensities when considering the social markers of color, ethnicity, creed, gender, orientation, identity or age. **Method:** This study is an integrative review based on bibliographic research formulated through published articles on the knowledge and performance of professionals in the field of “health” on the subject of Domestic Violence. **Results:** Intimate partner violence, also called marital violence, is a global public health problem. **Discussion:** Domestic Violence Against Women consists of unequal manifestations of the exercise of power between men and women, and may be the result of the education that patriarchal society perpetuates over the centuries. **Final Considerations:** Among the different forms of violence, there is any action or conduct based on gender and that causes death, damage or physical, sexual or psychological suffering to women, in the public or private sphere.

Keywords: nursing. physical aggression. moral coercion. deprivation of liberty

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção obstétrica sofreu mudanças importantes ao longo da história. Considerado um evento familiar de cunho feminino, a assistência ao parto recebeu grande influência do processo de urbanização e fundação das universidades em meados do século XIX. Desde então, com o avanço técnico-científico, essa assistência tem-se tornado embargada pela medicalização como consequência da intensa patologização de acontecimentos naturais na vida das

mulheres, comprometendo as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, indicadores do cuidado destinado a essa população (OLIVEIRA, L. L. F; *et al.*, 2022)

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável reconhecem que o enfrentamento à desigualdade de gênero é de suma importância no combate às diferenças de gênero quanto à oportunidades de estudo, trabalho, renda, participação política, entre outras. Nesse contexto, a confrontação de todas as formas de violência contra a mulher se coloca como umas temáticas a serem trabalhadas para atingir essa equidade (LEITE, T. H; *et al.*, 2022).

A violência contra a mulher está inserida em dois tipos distintos de manifestação de violência: a coletiva e a interpessoal. A primeira contempla os atos perpetrados pelo Estado ou instituições, como violência e escravidão sexual durante guerras e conflitos, violência policial, terrorismo, entre outros. A segunda se refere à violência praticada por indivíduos com ou sem vínculo pessoal/íntimo com a vítima. Pode ocorrer dentro do domicílio ou na comunidade e inclui violência doméstica (psicológica, física e sexual), coerção reprodutiva, assédio sexual, estupro, mutilação genital, entre outras (LEITE, T. H; *et al.*, 2022).

No escopo do surgimento de políticas públicas atreladas à ideologia de qualificação do cuidado obstétrico e neonatal, o documento Assistência ao Parto Normal: um Guia Prático, publicado em 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tem uma simbologia representativa para promoção do parto e nascimento salutar, combatendo assim as altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, sendo fruto de debates internacionais com base em evidências científicas. Em caráter de atualização, após quase duas décadas, a OMS publicou um compilado de recomendações intitulado *Intrapartum care for a positive childbirth experience*, a fim de contribuir não apenas para uma assistência segura ao processo parturitivo, mas também para uma experiência positiva com enfoque no protagonismo da mulher e na abordagem holística pautada nos direitos humanos (OLIVEIRA, L. L. F; *et al.*, 2022)

O parto é central para a discussão sobre governança reprodutiva porque cada experiência de dar à luz pode ser decisiva para a vida das mulheres, a depender da posição ocupada por elas na estrutura reprodutiva observada, uma vez que experiências positivas podem acentuar o desejo de ter mais filhos, ao passo que experiências negativas podem aniquilar esse desejo, acarretar problemas de saúde física e mental e até mesmo causar a morte (TEMPESTA, G. A. e FRANÇA, R. L., 2021).

Nos anos 1980, foi demonstrado como a percepção do parto partilhada por mulheres comuns corresponde à visão que a medicina delineou sobre o corpo e os eventos reprodutivos femininos. Outrossim, neste início de século XXI, em todo o mundo a perspectiva biomédica sobre as capacidades reprodutivas femininas convive com a parteria tradicional comunitária e com outros modelos de assistência que emergiram na segunda metade do século XX, como o parto acompanhado por enfermeiras obstétricas. Em meio a esse contexto de disputas em torno do controle sobre o parto, emergiu a figura da doula e educadora perinatal (TEMPESTA, G. A. e FRANÇA, R. L., 2021).

Violência obstétrica consiste em uma modalidade específica de violência que ocorre no âmbito da assistência prestada a uma mulher ou pessoa trans ao longo da gestação, trabalho de parto, eventual abortamento e período pós-parto.

Violência obstétrica abrange: tratamento infantilizador, paternalista, omissivo, manipulador

ou agressivo; impedimento da presença de acompanhante (direito assegurado pela lei federal nº 11.108/2005 [Brasil, 2005]); ausência de acolhimento empático e de escuta qualificada; negativa de prestação de esclarecimentos adequados; imposição da cesariana; separação por longos períodos entre mãe e recém-nascido, associada à ausência de incentivo à amamentação; internação prolongada sem a apresentação de justificativas; uso arbitrário da anestesia, desconsiderando-se os pedidos da mulher; realização de procedimentos técnicos sem consulta à mulher ou sem o seu consentimento expresso, ou ainda como forma de retaliação explícita; além de abuso sexual (TEMPESTA, G. A. e FRANÇA, R. L., 2021).

REVISÃO INTEGRATIVA

O termo “violência obstétrica”, advindo do movimento de mulheres, atualmente é usado para tipificar e agrupar formas variadas de violência, agressões e omissões praticadas na gestação, no parto, no puerpério e no atendimento às situações de abortamento. Inclui maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos considerados na literatura médica como desnecessários e danosos, entre os quais a cesariana sem evidência clínica. Outros termos, como violência institucional e de gênero, violência no parto e violência na assistência obstétrica, circulam no mesmo campo semântico para expressar as agressões e negligências durante o ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, é possível inferir que a violência obstétrica “representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde” (LIMA, K. D. PIMENTE, C. e LYRA, T. M., 2021).

Esse arcabouço amplo em que se situa a conceituação da violência obstétrica, incluindo não apenas o campo da clínica médica, mas o dos direitos humanos (no qual também estão contidos os direitos sexuais e reprodutivos), não se apresenta de forma simples e sem contradições. Por um lado, podemos compreender a importância do termo como uma força motora para que os movimentos sociais e as pesquisas ligadas ao tema produzam importantes debates e consensos conceituais, contribuindo para a construção de evidências que visem combater as práticas estruturantes que reproduzem a violência. Por outro, identificamos que o próprio termo gera polêmicas semânticas em que se deduz que o termo “obstétrica” conduziria a compreensões de que as práticas consideradas violentas seriam aquelas advindas exclusivamente da classe médica (LIMA, K. D. PIMENTE, C. e LYRA, T. M., 2021).

A avaliação da qualidade em saúde contempla a análise da estrutura, processo e resultado da assistência. A estrutura abarca os recursos e materiais necessários para prover o cuidado; o processo envolve a prática assistencial dos profissionais e o resultado é reflexo do nível de adequação da estrutura e processo assistenciais. A avaliação contínua da qualidade permite a correção dos erros antes que eles ocorram e provoquem incidentes aos pacientes e, assim, agir de forma preventiva (RODRIGUES, G. T; *et al.*, 2021).

Cabe esclarecer que incidente é um evento ou circunstância evitável que causa ou não dano ao paciente. O incidente sem dano envolve as circunstâncias notificáveis, que são qualquer tipo de evento, situação ou processo com potencial danoso significativo, a exemplo das falhas na comunicação, inadequação de pessoal e deficiências na manutenção de equipamentos. Ao ser detectado com antecedência e não alcançar o paciente, denomina-se quase-erro ou near-miss. Por fim, os incidentes danosos ou eventos adversos causam necessariamente algum tipo de

dano ao paciente, físico, psicológico ou social (RODRIGUES ,G. T; *et al.*, 2021).

A busca pela qualidade dos cuidados no parto e adequação do atendimento é essencial para reduzir a mortalidade materna. A promoção da maternidade segura pautada na prevenção quaternária, ou seja, sem iatrogenias e danos é um enfoque promissor na redução das morbidades e mortes, bem como para aumentar a satisfação das mulheres com assistência recebida (RODRIGUES ,G. T; *et al.*, 2021).

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa baseada na pesquisa bibliográfica formulada através de artigos publicados sobre o conhecimento e atuação dos profissionais da área de concentração “saúde” sobre o assunto “Violências Obstétricas”. Foram utilizados artigos de plataformas conceituadas como “Bireme, Lilacs, Scielo, Pubmed”; publicados entre 2018 e 2022.

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde e, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa ciente delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA,M. T; SILVA, M. D. e CARVALHO, R., 2010).

O método em xeque constitui basicamente um instrumento da Prática Baseada em evidência (PBE). (SOUZA,M. T; SILVA, M. D. e CARVALHO, R., 2010) A PBE, cuja origem atrelou-se ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane, caracteriza-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência (LEITE, T. H; *et al.*, 2022).

Envolve, pois, a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente. (SOUZA,M. T; SILVA, M. D. e CARVALHO, R., 2010) A revisão integrativa, nesse âmbito, em virtude de sua abordagem metodológica, permite a inclusão de métodos diversos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na PBE em enfermagem. Dessa forma, é fundamental diferenciá-la das linhas de estudos existentes.

DISCUSSÃO

Durante muito tempo, essa produção de conhecimento foi feita, de forma hegemônica, por homens brancos, heterossexuais e de classe média. Tais condições de possibilidade na produção científica e acadêmica consolidaram epistemologias androcêntricas. Assim, as feministas levantaram críticas ao domínio masculino sobre os corpos das mulheres e ao interesse da medicina ocidental e do Estado no controle da sexualidade e da reprodução (LIMA, K. D. PIMENTE, C. e LYRA, T. M., 2021).

Ao longo dos anos diversas mudanças ocorreram no processo de nascimento levando a mulher a perder a sua autonomia e o protagonismo no trabalho de parto e parto. Na Idade Média o parto era compreendido como uma atividade feminina, as parturientes recebiam assistência empírica de mulheres e a presença masculina era proibida por decretos religiosos. Até no século passado, o cuidado à mulher e ao recém-nascido era realizado pelas mãos experientes das parteiras, em local privativo e familiar e rodeado por pessoas conhecidas e de confiança (BITENCOURT, A. C; OLIVEIRA, S. L. e RENNÓ, G. M., 2021).

No entanto, na década de quarenta, com a Segunda Guerra Mundial, houve o aumento da institucionalização do parto. Em decorrência desta mudança a figura masculina aparece no nascimento; os avanços tecnológicos, científicos e na medicina acarretaram o aumento das intervenções e o uso de medicamentos, como consequência o parto passou a ocorrer na horizontal, para conforto do profissional e a episiotomia surgiu como rotina (BITENCOURT, A. C; OLIVEIRA, S. L. e RENNÓ, G. M., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É crescente o número de mulheres que recorrem a uma maternidade pública com o objetivo de vivenciarem um parto humanizado ou mais natural. É preciso reforçar práticas não violentas de assistência na gestação, no parto, no puerpério e nas situações de abortamento, assistidas por diversos sujeitos, como enfermeiros (as) – obstetras, obstetras e parteiras (LIMA, K. D. PIMENTE, C. e LYRA, T. M).

Eliminar todas as formas desnecessárias e prejudiciais de intervenções, substituindo-as por práticas comprovadamente benéficas, e pautar meios não institucionais de assistência (LIMA, K. D. PIMENTE, C. e LYRA, T. M).

Não é possível pensar uma verdadeira equidade de gênero diante de um cenário de violação de todo tipo de direitos das mulheres, entre eles os direitos reprodutivos. No entanto, acreditamos que nos afastamos ainda mais do fim de uma opressão de gênero e raça quando insistimos em “direitos” de uma mulher universal. No que se refere às mulheres negras, há no mínimo uma interseção de dois eixos: raça e gênero (LIMA, K. D. PIMENTE, C. e LYRA, T. M).

A combinação e sobreposição de sistemas opressivos, como o sexismo, o racismo e a exploração capitalista, marcam a trajetória de vida das mulheres negras, conferindo a elas uma posição de ampla desvantagem social, inclusive no exercício da sua saúde reprodutiva e nos aspectos que envolvem os cuidados no parto. As dificuldades em reconhecer os eixos de diferenciação podem obscurecer as vulnerabilidades específicas de determinados grupos de mulheres, especialmente quando afetam de modo desproporcional a garantia e o exercício dos seus direitos reprodutivos. O que pesa mais para as mulheres negras na violação de seus corpos não é exclusivamente o gênero. Retomando o conceito de interseccionalidade, percebe-se que esse permite aprofundar o entendimento de desigualdades e hierarquias reprodutivas vivenciadas pelas mulheres negras. Os assuntos relativos aos direitos reprodutivos das mulheres, à violência contra a mulher, à violência obstétrica e a outros temas referentes à opressão de gênero devem ser cada vez mais abordados a partir de um conjunto de vulnerabilidades interseccionais (LIMA, K. D. PIMENTE, C. e LYRA, T. M)

REFERÊNCIAS

BITENCOURT, A. C; OLIVEIRA, S. L. e RENNÓ, G. M. Significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao parto. *Enfermagem Foco*. 2021;12(4):787-93. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4614>

LEITE, T. H; MARQUES, E. S; ESTEVES-PEREIRA, A. P; NUCCI, M. F. PORTELLA, Y. e LEAL, M. C. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 27(2):483-491, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>

LIMA, K. D. PIMENTE, C. e LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(Supl. 3):4909-4918, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>

OLIVEIRA, L. L. F; TRINDADE, R. F. C; SANTOS, A. A. P; PINTO, L. M. T. R; SILVA, A. J. ALMEIDA, C. M. S. Caracterização da atenção obstétrica desenvolvida em hospitais de ensino de uma capital do nordeste brasileiro. *Revista Brasileira Enfermagem*. 75 (01) 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0896>

RODRIGUES ,G. T; PEREIRA, A. L. F; PESSANHA, P. S. A. e PENNA, L. H. G. Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. *Escola Anna Nery* 25(2)2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020- 0075>

TEMPESTA, G. A. e FRANÇA, R. L. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. *Horizonte antropológico*. Porto Alegre, ano 27, n. 61, p. 257-290, set./dez. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832021000300009>.

Organizador

Adriano Mesquita Soares

Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR/PG, linha pesquisa em Gestão do Conhecimento e Inovação e Grupo de pesquisa em Gestão da Transferência de Tecnologia (GTT). Possui MBA em Gestão Financeira e Controladoria pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais onde se graduou em Administração de Empresas (2008). É professor no ensino superior, ministrando aulas no curso de Administração da Faculdade Sagrada Família – FASF. É editor chefe na AYA Editora.

Índice Remissivo

A

acamado 40, 41, 46
acidente vascular cerebral 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66
ácido ascórbico 83, 87, 89
aeróbico 40, 44
agressão física 214
álcool 71, 73, 77, 83, 86, 106, 107, 108, 109, 110
alimentação saudável 138
alongamentos 40, 78
alta complexidade 41, 112
anfotericina b 156, 157
ansiedade 28, 69, 70, 72, 77, 78, 79, 131, 133, 134, 135, 138, 139, 141
antibacterianos 156
anticorpos 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34
arte 19, 107, 108, 109, 110, 135
arteterapia 107, 108, 109, 110
artificial 49, 50, 130, 132
atividades 18, 27, 58, 63, 69, 76, 79, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 108, 109, 148, 150, 151, 152, 163
autocuidado 58, 59, 63, 64, 65, 66

B

benefícios 33, 45, 50, 54, 73, 76, 77, 79, 88, 156, 157, 164, 166
biopsicossociais 128, 129, 133, 135
biossegurança 186, 187
bronquiolite 159, 160

C

câncer 27, 62, 76, 77, 78, 79, 80
casos 14, 15, 16, 18, 19, 26, 30, 31, 34, 51, 63, 69, 70, 71, 72, 73, 77, 85, 93, 114, 115, 119, 122, 123, 125, 134, 136, 146, 159
cicloergômetro 40, 41, 44, 47
coação moral 214
cognitivo-comportamental 92, 128, 134, 136
comer 138, 139, 140, 141
comportamentais, 68, 69
comunicação 18, 62, 109, 149, 156, 187, 188, 189, 194, 195, 196, 197, 198, 201
corrente sanguínea 84, 156, 157
critérios 16, 42, 43, 51, 52, 53, 54, 56, 59, 60, 69, 70, 115, 117, 119, 124, 125, 131, 150

D

dados 14, 15, 16, 40, 42, 46, 49, 51, 58, 59, 61, 64, 71, 73, 76, 77, 78, 84, 91, 92, 93, 95, 98, 102, 105, 116, 117, 118, 121, 122, 123, 124, 125, 138, 146, 150
dependência emocional. 128
depressão 12, 63, 68, 69, 72, 73, 78, 79, 80, 86, 99, 101, 103, 132, 133, 134, 138, 141
descanso 76, 79, 164
diagnósticos 17, 58, 62, 63, 64, 69, 70, 104, 131
díscoria 68, 69, 72
disfórico 67, 68, 73, 74
doença 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 27, 28, 29, 32, 34, 53, 61, 62, 65, 71, 74, 77, 79, 85, 91, 92, 100, 101, 102, 103, 104, 109, 145, 146, 149, 159, 160
doente 17, 58, 59, 66
dor 15, 27, 34, 60, 76, 77, 79, 91, 92, 94, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 146
drogas 106, 107, 108, 109, 110

E

educação 16, 18, 19, 61, 63, 92, 93, 96, 143, 144, 147, 150, 151, 152, 153
efeitos 29, 32, 33, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 49, 50, 53, 54, 55, 69, 70, 77, 78, 79, 87, 88, 89, 113, 125, 128, 141
emocional. 128, 138
encéfalo 58
enfermagem 19, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 203, 204, 207, 208, 210, 211, 213
envelhecimento 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89
epidemiológico 13, 14, 15, 16, 19, 62, 65, 124
especialidades 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 125
esportiva 162, 163, 166
estratégias 37, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 107, 108, 109, 124, 132, 144, 147, 149, 151
estudante 138, 139
estudantes 15, 18, 138, 139, 140
estudo 12, 14, 15, 16, 19, 26, 28, 31, 33, 41, 42, 43, 45, 46, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 61, 62, 63, 64, 71, 72, 75, 76, 77, 79, 80, 84, 87, 91, 92, 93, 94, 100, 101, 102, 105, 107, 108, 109, 117, 124, 130, 138, 139, 140, 151, 156, 160
exercício 40, 41, 44, 47, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 104, 165
exercício físico 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81

F

farmácia 143, 144

fibromialgia 90, 91, 92, 102, 103, 104, 105

fisiológicos 29, 69, 138, 139

fisioterapêutica 49, 50, 55

fisioterapia 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 93, 96, 103

fraqueza 41, 46, 76, 79

G

gestão 113, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153

H

hidrossolúvel 83

hospitalares 41, 58, 63, 64, 113, 117, 125

I

imobilismo 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47

imunogênicos 25, 26, 28, 29, 31, 33, 34

infecção 19, 33, 62, 156, 157, 159, 160

infecções 14, 27, 77, 84, 85, 156

internação 33, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 50, 156, 157, 159

isolamento 69, 108, 128, 129, 130, 131, 138, 139

J

jovem 83

jovens 68, 129

L

laboratórios 17, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 196, 198, 200, 201

lactentes 159

lazer 76, 79, 95, 97, 98, 102, 130

leishmaniose 14, 15, 16, 17, 18, 19

Leishmaniose 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20

liberdade 108, 109, 214

M

mama 76, 77, 78, 80

medula 14

menstruação, 68, 69, 73

métodos 4, 12, 53, 88, 98, 103, 162, 163, 164, 165, 166

mobilização 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 104

mulher 68, 72, 73, 76, 77

mulheres 31, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 79, 81, 100, 101, 136

N

natação 161, 162, 163, 164, 165, 166

neoplasia 76, 77, 79, 81

nutrição 87, 138, 139

O

óbito 14

óssea 14, 41, 86

P

pacientes 17, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 71, 78, 80, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 108, 110, 134, 156, 157, 159, 169, 170, 172, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 205, 207, 209, 210, 211, 216

pandemia 127, 128, 129, 130, 131, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142

pediátrica 114, 156, 157, 160

periodização 78, 79, 161, 162, 163, 164, 165, 166

pesquisa 12, 14, 15, 16, 23, 40, 41, 42, 45, 46, 49, 50, 51, 53, 54, 59, 62, 64, 73, 76, 77, 78, 79, 84, 91, 92, 93, 96, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 129, 139, 141, 146, 220

pesquisas teóricas 138, 142

políticas 107, 108, 113, 144, 147

população 15, 18, 42, 46, 50, 53, 59, 61, 62, 74, 91, 93, 100, 108, 112, 114, 116, 117, 118, 119, 123, 124, 126, 144, 145, 146, 148, 150, 152

pré-menstrual 67, 68, 69, 70, 71, 74

prevenir 14, 18, 19, 46, 84, 135

privação 214

probiótico 156, 157

procedimentos 33, 34, 54, 84, 88, 109, 112, 113, 116, 117, 119, 124, 125, 126

programas 19, 64, 91

protocolos 40, 41, 42, 43, 46, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 84, 145

psicoterapia 92, 103, 128, 133

psíquico 95, 101, 107, 108, 128, 131

Q

qualidade de vida 18, 41, 46, 50, 51, 59, 61, 62, 63, 64,

65, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 91, 92, 93, 94, 95, 96,
100, 101, 103, 104

questionário 76, 78, 91, 138, 139, 140

questionários 79, 95, 138, 142

quimioterapia 27, 76, 78, 79

R

reação 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 71, 78

redes sociais 128, 130, 131, 132, 134

regionalização 111, 112, 113, 124, 125, 126

relacionamentos 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134

respiração 49, 50, 53, 54, 55, 78

respiratório 31, 34, 40, 41, 49, 50, 54, 158, 159, 160

ressocialização 107, 108, 109

rotinas 115, 138

S

saccharomyces 156

sanguíneo 32, 58, 60, 86

saudável 73, 83, 86, 97, 98, 102, 129, 135, 138

saúde 4, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 28, 29,
30, 33, 41, 58, 61, 63, 64, 68, 72, 73, 88, 91, 92, 93,
95, 96, 100, 104, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 117,
126, 128, 129, 133, 135, 138, 139, 143, 144, 145,
146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 177,
178, 179, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 196,
198, 200, 201

saúde pública 14, 15, 19, 186, 187, 188, 190, 192, 198,
201

serviços 17, 18, 27, 92, 100, 108, 111, 112, 113, 114, 115,
117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 144, 145, 146,
147, 148, 150, 151, 152, 153, 154

serviços de saúde 17, 18, 100, 108, 112, 114, 144, 145,
146, 147, 154

síndrome 28, 29, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 69, 91, 92,
93, 102, 103, 139, 156

sintomas 15, 16, 17, 27, 30, 60, 68, 69, 70, 71, 72, 73,
77, 92, 96, 98, 101, 102, 104, 135, 159

sono 73, 76, 77, 78, 79, 97, 98, 99, 101, 102, 104

substâncias 85, 107, 108

T

tecnologias 88, 144, 145, 146, 147, 153, 154

terapêutica. 144

terapêuticas 27, 107, 108, 109, 145, 156

terapia 27, 29, 31, 34, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47,
48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 73, 92, 97, 128,
129, 134, 135, 136, 156

terapia intensiva 36, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56

termolábil 83

transfusão 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 37

transtorno 68, 71, 73, 74, 134

tratamento 17, 18, 19, 27, 28, 30, 31, 41, 45, 46, 49, 50, 55, 59, 61, 63, 64, 65, 68, 70, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 80, 87, 88, 91, 92, 93, 94, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 116, 134, 156, 157, 159, 160

tratamentos 27, 68, 73, 75, 91, 92, 93, 95, 97, 102, 104

treinador 162, 165, 166

treinamento 44, 47, 54, 78, 79, 93, 102, 161, 162, 163, 164, 165, 166

treinamento esportivo 162, 164

treino 40, 44, 45, 76, 78, 79

U

unidade de terapia 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 185

usuários 106, 107, 108, 109, 110, 112, 115, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152

V

ventilação 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 160

ventilação mecânica 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56

vírus 27, 33, 129, 138, 158, 159, 160

visceral 13, 14, 15, 17, 18, 19

vitamina C 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

vivências 156

