

01.HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM CRIANÇAS¹

Selene de Jesus Farias²

Jórdan B. da Silva³

Anna Gabriella Silva⁴

Dra. Haline Gerica de Oliveira Alvim⁵

Resumo

A Organização Mundial de Saúde indica que 5% das crianças brasileiras são hipertensas. Apesar de ser considerado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, ainda não se têm muitos dados vinculados ao seu acarretamento em crianças, pois eram considerados como um evento raro. Crianças obesas são o grupo que mais apresenta pressão arterial elevada. O risco de pressão arterial atingir valores elevados varia de acordo com o grau de obesidade, ou seja, o risco de desenvolver hipertensão torna-se maior conforme a permanência do estado de obesidade.

Palavras-chave: PRESSÃO ARTERIAL. HIPERTENSÃO. CRIANÇAS: FATORES DE RISCO.

Abstract

World Health Organization indicates that 5 % of Brazilian children are hypertensive. Despite being considered one of the main problems of public health in Brazil and in the world, not yet many data are related to its entailment in children, this was considered as a rare event. Obese children are the group that most have high blood pressure. The risk of blood pressure reaching high values varies according to the degree of obesity, ie the risk of developing hypertension becomes greater according to the permanence of the obesity state.

Keywords: BLOOD PRESSURE. HYPERTENSION. CHILDREN: RISK FACTORS.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser considerada como uma doença de alto risco independente, relacionada à doença cardiovascular. A HAS é classificada como sendo de fator de risco modificável, apesar do importante avanço no conhecimento da sua fisiologia e disponibilidade de métodos efetivos. Para o seu tratamento, contamos com o avanço de novos fármacos usados na prática clínica ¹.

A pressão arterial (PA) é definida como grandeza física quantitativa variável. Em estudos populacionais a PA tem correlação contínua e diretamente proporcional com o risco de DCV como o Acidente vascular encefálico (AVE), o

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

Créditos: este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

² Graduada em enfermagem

³ Mestre, Professor do curso de Farmácia

⁴ Especialista, Professora do curso de Fisioterapia

⁵ Professora do curso de Farmácia, Doutora em Química

infarto agudo do miocárdio (IAM) e a insuficiência cardíaca cognitiva (ICC) doença renal crônica (ORC) e mortalidade, mesmo na faixa de normotensão.

Metodologia

Realizou-se um estudo de revisão, de forma sistematizada, por meio da utilização de bases de dados eletrônicas. A busca de artigos científicos e livros relacionados ao assunto pressão arterial e suas alterações em crianças, na base de dados: Lilacs, Science Direct e SciELO. Foram utilizados somente os artigos da língua portuguesa, quando utilizados os seguintes descritores em português: “pressão arterial”; “hipertensão”; “fatores de risco”; e “hipertensão em crianças”. Não foi feita nenhuma restrição quanto ao ano de publicação e ao local de publicação. Além da busca nestas bases realizou-se buscas de periódicos no site Google

Revisão bibliográfica

Hipertensão Arterial Sistemática (HAS) é uma condição clínica acarretada por uma gama de fatores externos e internos ao organismo, caracteriza-se por uma elevação prolongada nos níveis normais de pressão arterial (PA)⁽¹⁾. É uma doença que apresenta uma alta prevalência e baixas taxas de controle, apresenta fatores de risco modificáveis, apesar do importante avanço no conhecimento da sua fisiologia e disponibilidade de métodos efetivos.^(1,2) Sendo por isso considerada um dos mais significativos problemas de saúde pública.^(1,2) Como ressaltado, a HAS é uma condição clínica multifatorial, sendo esta comumente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais (ou estruturais) de órgãos e é agravada quando na presença de demais fatores de risco como:^(2,3,8)

- (a) intolerância à glicose;
- (b) obesidade abdominal;
- (c) fumo; e
- (d) diabetes melito.

Observa-se presente em eventos como morte súbita; acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio; insuficiência cardíaca e doença arterial periférica.^(1, 2) Estudos realizados no exterior mostraram que a HAS estava presente em 69% dos pacientes no primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio, em 75% dos pacientes com insuficiência cardíaca, em 60% dos pacientes com doença arterial periférica e 77% dos acidentes vascular encefálico, destacando que a HAS é responsável por 51% das mortes decorrentes de acidentes vasculares e ainda por 45% das mortes vinculadas a problemas cardíacos^(1, 2).

Segundo a associação brasileira de cardiologia, tem-se, atualmente, observado uma redução nas taxas de mortalidade do País vinculada a este problema, no entanto quando se observa o número de mortes relacionadas às doenças hipertensivas estes ainda são altos.^(1,3)

Pesquisas atuais sobre HAS indicam que mais de 600 milhões de pessoas ao redor do mundo portam esta doença e que ela é a responsável (direta ou indiretamente) pela morte de aproximadamente 7,1 milhões de pessoas todos os anos, valor este correspondendo a 13% da mortalidade global. Por isso, é

considerada um dos principais problemas de saúde pública atualmente. ^(1,3)

Analisando os dados de pesquisas brasileiras, observa-se que ela aflige 30% da população do País, sobretudo idosos. Analisando o quesito idade, observa-se que 50% da população entre 60 e 69 anos a apresentam, sendo 75% acima de 70 anos, e contribui de forma direta ou indiretamente nas mortes por doenças cardiovasculares em um fator de 50%. É crucial destacar que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no País, segundo associação brasileira de cardiologia.⁽¹⁾ Os dados referentes a jovens portadores da HAS são muito escassos, havendo poucos estudos voltados a crianças, apesar disso, estima-se que o valor seja aproximadamente 10%. ^(1,3)

HAS primária é definida como sendo a elevação da PA na qual as causas não são conhecidas, na presença de causas determinantes define-se como HAS secundária. A maioria dos casos (aproximadamente 95%) a HAS é do tipo primária. ⁽³⁾

Os fatores que elevam a PA como obesidade, ingestão de álcool e excesso de sal, são hereditários, comportamentais e ambientais. Um paciente que apresenta valores de PA ótimo, apresentam valor menor do que 120x80 mmHg.

Diagnóstico

O diagnóstico da HAS deve ser baseado em medidas múltiplas (três medidas) da PA realizada em consultórios, tomadas em ocasiões separadas durante um período. A alteração da aferição no consultório deve ser utilizada como referência, valores de PA obtidos fora dele podem melhorar a avaliação do indivíduo não tratador e tratador. ^(2,3)

Assim, estas três diferentes medidas devem ser iguais ou superiores ao 90%. Para idade, sexo e altura ou superior a 120x80mmgh. Porém menor do que o 95 % com base na menor definição inúmeros pontos ou corte normais e anormais existem. ^(1,2)

Fatores associados ao desencadeamento de hipertensão arterial

Atualmente, já se identificou vários fatores que podem estar correlacionados à elevação de PA, como o sedentarismo, estresse, o tabagismo, envelhecimento, histórico familiar, raça, gênero, peso e os fatores dialéticos. ^(1,8,9)

Os fatores nutricionais estudados indicam à prevalência de hipertensão arterial ao elevado consumo de álcool, sódio e o sobrepeso. ^(2,8,9) Os fatores demográficos, genéticos e ambientais são determinantes para pressão arterial elevada, dentre os fatores de risco podemos destacar como má alimentação, a não prática de atividades físicas, sedentarismo e mais preocupante de toda a obesidade, em crianças estas condições podem desenvolver outras patologias e comprometer o desenvolvimento saudável das crianças. ^(3,9)

Crianças obesas são os grupos que mais apresentam pressão arterial elevada devido ao sedentarismo e a má alimentação. É um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares que causam estreitamento, obstruções, entupimento dos vasos do coração. Quando causa entupimento, surge o infarto. Caso se rompa no cérebro, causa um AVC (Acidente Vascular Cerebral) e pode também provocar a paralisção dos rins. Se o músculo cardíaco não receber a quantidade correta de sangue, ocorre hipertrofia (aumento de tamanho), que por sua vez provoca insuficiência

cardíaca, representando assim a principal causa de mortalidade da população brasileira.⁽⁴⁾

O risco de a pressão arterial atingir valores elevados varia de acordo com o grau de obesidade, ou seja, o risco de desenvolver hipertensão torna-se maior conforme a permanência do estado de obesidade.⁽²⁾

Em relação aos fatores genéticos, estima-se que a contribuição da carga genética para a variação da pressão arterial está entre 30 e 50%; em gêmeos univitelinos esse valor sobe para 60%.^(6,7) Porém, os fatores genéticos relacionados com o desenvolvimento da doença ainda não são bem conhecidos. Uma das estratégias mais utilizadas para tentar identificar o *locus* genético com a predisposição para o desenvolvimento dessa doença é a investigação com genes candidatos. Essa estratégia baseia-se no princípio de que um ou mais genes (envolvidos em funções fisiológicas específicas) contribuem para a variação da pressão arterial.^(3,6)

Hipertensão em Crianças

Embora seja predominante na idade adulta, a prevalência da HAS em crianças e adolescentes não deve ser deixada de lado. Estudos apontam que a HAS do adulto se desenvolve muitas vezes na infância, e isso ressalta a grande importância de se aferir rotineiramente, a pressão arterial em crianças, números da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que 5 % das crianças brasileiras são hipertensas. É importante identificar precocemente esses casos para evitar complicações futuras.^(1,3,8)

Estudos longitudinais já deixaram claro que as alterações de PA nesta população raramente se traduzem em hipertensão no adulto, salientando também a importância do fenômeno de rastreamento, não apenas epidemiologicamente, mas também clinicamente.^(5,8)

Apesar de ser considerado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, ainda não se tem muito dados vinculados a seu acarretamento em crianças, isto pois eram considerados como um evento raro. Observa-se que, geralmente, a incidência em crianças abaixo de 10 anos é dita como secundária, por ser derivada de outros problemas, como por exemplo os patológicos renais⁽⁴⁾, cardíacas e endócrinas.⁽⁸⁾

Estudos realizados na cidade de Maceió, Alagoas Brasil, indicaram à ocorrência de HAS em aproximadamente 10% das crianças de uma escola, em idades entre 7 a 10 anos.⁽⁴⁾ Um estudo realizado em Par Kuschinir com adolescentes entre 12 e 20 anos incompleto, no estado do Rio de Janeiro demonstra que 71,4 % dos adolescentes hipertensos apresentam-se ou com sobrepeso ou com obesidade, o que estreitou a relação de hipertensão e circunferência abdominal aumentada.⁽⁵⁾

Tem-se observado um aumento de incidência da HAS em criança, e esta concepção (evento secundário) tem sido largamente debatida, sobretudo por estudos epidemiológicos. Nas últimas duas décadas, estudos apontam um incremento na prevalência de doenças não transmissíveis em crianças, inclusive de HAS.⁽⁴⁾

A epidemia de obesidade infantil o risco de desenvolvimento ou hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e as evidências de desenvolver precoce da arteriosclerose em crianças fazem a detecção e da intervenção em crianças com hipertensão os fatores importantes para reduzir os riscos de saúde a longo prazo. No entanto, faltam dados de apoio para atrair medidas.^(5,8)

HAS primária é mais comum em adolescentes e tem fatores múltiplos de

risco, incluindo a obesidade e história familiar ou hipertensão. ^(7,9)

A obesidade infantil é uma doença de consequência grave que se instala em múltiplos órgãos. O excesso de gordura corpórea na infância é causa de diabetes, hipertensão, elevação de níveis de colesterol e triglicerídeos, tendência à coagulação acelerada do sangue, altera na parede interna dos vasos e maior produção de insulina. ^(6,10)

Os fatores ambientais implicados com o desenvolvimento da HAS são o peso e o índice da massa corpórea (IMC), conhecidos como os maiores determinantes para os altos níveis de PA em criança. Outros fatores também têm sido relacionados à HAS nessa faixa etária, como sexo, raça, desenvolvimento físico, histórico familiar e fatores dietéticos. Provavelmente uma interação entre essas diversas condições, influenciada por fatores genéticos e ambientais é determinante no comportamento da PA naquele indivíduo. ^(10,11)

Nos estudos epidemiológicos, envolvendo população jovem, a história familiar tem sido a variável mais utilizada com essa finalidade, quando análises genéticas não estão planejadas. Entretanto, a obtenção dessa variável sofre algumas críticas das quais a principal delas, para população jovem e a idade dos pais das crianças ou adolescentes que não permitiria ainda o aparecimento de uma determinada condição clínica. ^(11,12)

Um fator de risco importante para a criança se obesa é frequência de obesidade entre os familiares, pois haverá a soma d influência genética e dos fatores ambientais. O risco de uma criança ser obesa é baixo quando nenhum dos pais é obeso, alto quando apenas um é obeso. Criança com ou sem excesso de peso, filhos de pais obesos têm risco duas veze maior de apresentarem obesidade quando adultos. A obesidade infantil é fator de risco para dislipidemia, hipertensão e distúrbios do metabolismo da glicose. ⁽⁹⁻¹²⁾

Somado a isso, tem-se o fato de a maioria das atividades destinadas as crianças são voltadas a entretenimentos televisivos ou que utilizam artefatos tecnológicos os quais não exigem movimento pouco dinâmico. ⁽⁶⁾ O sedentarismo e a obesidade são duas palavras que assustam muito a população atual. O sedentarismo infantil costuma ser causa de sérios problemas à saúde, que pode refletir na vida adulta. Um estudo, apresentado no 5º congresso internacional de atividades físicas e saúde pública em 2015, mostrou que em média 39% das crianças estão acima do peso no mundo inteiro, um alerta para os pais e familiares. ^(3,6)

De acordo com a informação da OMS, é considerado sedentária a criança na faixa etária entre 6 e 17 anos que pratique menos de 300 minutos de atividade física semanalmente. O equivalente a uma hora por dia de exercício, cinco dias por semana. Em São Paulo, estudos realizados em 22 de agosto de 2016, observou-se que dentre 10 mil crianças entrevistadas de 10 a 13 anos, 75% passam quatro horas ou mais assistindo televisão, um indicativo da influência negativa das crianças que levam os problemas sérios de saúde como a obesidade se não houver ponderação. ^(7,9)

A criança sedentária quando chega a fase adulta pode sofrer alguns fatores que influenciam ao desenvolvimento de doenças cardiovascular, obesidade, colesterol alto, diabetes, hipertensão arterial, inclusive problemas emocionais. Para evitar a entrada das crianças na faixa considerada obesidade tem-se tipos de prevenção: primária: evitar que crianças cheguem ao sobrepeso e secundária: evitar que crianças chegue à obesidade. ^(5,10)

A obesidade infantil traz uma série de problemas de saúde que vem aumentando na população, a escola é muito importante na prevenção contra a obesidade, pois as crianças realizam uma refeição. Um trabalho de educação nutricional feita na escola acompanhada de atividade física ajudaria e muito para prevenir a obesidade. Portanto, a merenda escolar deve atender as necessidades nutricionais das crianças em quantidade e qualidade. ^(8,9,10)

Promover a prática regular de exercícios físicos na infância e na adolescência significa estabelecer uma base sólida para redução do sedentarismo na idade adulta, contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida. Além de uma contribuição genética importante para o crescimento, a nutrição e os fatores de saúde em geral, são dois contribuintes ambientais importantes. ⁽⁹⁻¹⁰⁾

Com o constante avanço tecnológico, muitos são os recursos aos quais as crianças estão sendo apresentadas, o que antes se restringia a jogos eletrônicos, passou a ter maior integrantes: os *tablets*, *smartphones*, somando assim, mais itens e contribuindo grandemente para o grupo de risco do sedentarismo. Vale ressaltar que as crianças correm o risco perder (ou não aprender) a ter interações sociais, a vontade de praticar atividade, isto é, desenvolvem um comportamento mais introvertido que pode possibilitar o sedentarismo tanto físico quanto emocional. ^(5,6,17)

A combinação em um mesmo indivíduo de diversos fatores de risco exerce um efeito dietético sobre o sistema cardiovascular e a atenção para identificação e a intervenção precoce sobre eles poderia prevenir ou retardar o desenvolvimento das complicações associadas com a HA. ⁽⁶⁻⁹⁾

Os indivíduos de uma mesma família compartilham entre si o mesmo ambiente genético e sociocultural os quais hábitos alimentares e comportamentais são transmitidos de geração para geração. Embora as evidências apontam a influência genética com importante determinante no desenvolvimento da hipertensão arterial, os marcadores encontrados até a atualidade não foram suficientes para explicarem os mecanismos fisiopatológicos com uma importante interface ambiental. ^(3,10,12)

Assim sendo, o estudo de grupos familiares parece ser o modelo maior apropriado quando se deseja verificar a participação quando se deseja verificar a participação genética no desenvolvimento de condições clínicas desfavoráveis com os fatores de risco cardiovasculares. ^(2,9)

A relação entre hipertensão e alimentação não estão claramente esclarecidas, mas alguns estudos indicam que o elevado consumo de álcool e sódio influenciam no desenvolvimento HAS. ^(2,3,4) Observa-se que a população ocidental tem hábitos alimentares que levam a uma maior ingestão de sal se comparados a oriental, comparativamente também se observa uma população ocidental com maior número de casos de hipertensão arterial. No Brasil, se observada a população rural (que consomem menores quantidades de sal) não apresentam grandes números de indivíduos com HAS, como a população das grandes cidades. ^(2,3,4,9)

A resposta fisiológica a um aumento na ingestão de sódio, resultado na redução na atividade do sistema renina-angiotensina aldosterona e um aumento na liberação do peptídeo natriurético atrial, sendo que cada um desses sistemas interage com outros sistemas e entre si, além de atuarem, também na redução da atividade simpática direcionada para os rins. ^(3,4)

Em vitória foi estudado a população domiciliar entre 25 e 64 anos de

idade, e que, segundo a contagem da população realizada pela Fundação IBGE, no ano de 1996, 265.874 habitantes residiam em Vitória. O consumo de sal diário estimado na pesquisa para os participantes do estudo foi muito elevado, de 12,6 a 5,8g, quando comparado a atual recomendação da Associação Americana de cardiologia de 6 g.^(1,3,4) Fato este que pode estar atrelado aos também altos números de hipertensos determinados na pesquisa, de 38%.^(1,5)

Hipertensão como fator de risco

A HAS é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. A hipertensão é um conhecido fator de risco para doenças arterial coronariano (DAC) em adultos. É reconhecido como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio.^(2,3)

Estudo populacional especifica a importância do controle da hipertensão para a redução da morbidade cardiovascular. Apesar de não se dispor a distúrbios com boa representatividade em nível nacional sobre a hipertensão arterial no Brasil pesquisas localizadas mostram prevalência elevada, situando no patamar de 20 a 45% da população adulta.^(1,2,4,5)

A presença de hipertensão arterial na infância pode contribuir para o desenvolvimento precoce de DAC, dados mostram que a hipertrofia ventricular esquerda pode ser vista em 41% dos pacientes com PA elevada na infância. Pacientes com casos graves de hipertensão na infância também possuem risco aumentado de desenvolvimento encefalopatia hipertensiva, convulsões, acidentes vasculares encefálicos e insuficiência cardíaca congênita.^(1,3,6)

Conclusão

Verificou-se um crescente número de casos na qual crianças e adolescentes estão desenvolvendo problemas de hipertensão. Os principais fatores de risco associados à condição são a obesidade, dieta inadequada e sedentarismo. Destacou-se também a importância de verificar o histórico familiar quando uma criança desenvolve essa doença. Além de indicadores de vida urbana.

O levantamento da prevalência da HAS e sua associação com outros fatores de risco cardiovasculares possibilitam conhecer a saúde da população e identificando-se a necessidade e intervenções de enfermagem, implementação de atendimento que tenha foco e minimizar as complicações decorrentes da hipertensão arterial e prevenir o surgimento de outras doenças cardiovasculares.

Referências

1. Dante, de Rose Jr. Alessandro H. Nocolai Re.et AL. Esporte e Atividade Física na Infância e na Adolescência: uma abordagem interdisciplinar – 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
2. Hallal, Pedro Curi. Et al. Prevlência de Sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 22(6).1277-1287. Jun. 2006. Disponível em: <https://nescon.medicina.ufmg/biblioteca/imagem/4462.pdf>. Acesso em: 10 de de setembro de 2018.

3. Silva. M.A.M, Rivera IR. Ferraz MRMT. Pinheiro AJT. Alves SWS, Moura AA. Et al. Prevalência de Fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes da rede de ensino da cidade de Maceió. Arg. Bras. Cardiol. 2005, 84. 367-92. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=.acessado> em 12 de setembro de 2018.
4. Silva, R.C.R. Malina. R.M. Nível de Atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública, 16(5): 1991-1097, out-dez 2000. Disponível em: <http://www.scileo.br/pdf/cap.V>. acessado em 13 de maio de 2016.
5. Tenório, Maria Cecília Marinho, et.al. atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.13 n.1 p. 104-17, marc.2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=_arttext. acesso em 01 de ago.2016.
6. Bezerra , Jorge. Atividade Física e comportamento sedentário em adolscntes do estado de Pernambuco. Brasil: estudo comparativo de dois inquéritos. //Jorge Bezerra. Orientador Adair da Silva Lopes-Florianópolis, SC,2015.
7. Mocellin, G. Nicoli. J. Brumatti, P: Sedentarismo: O vilão do século 21. Associação de Pais, amigos e pessoas com deficiência, de Funcionários do Banco do Brasil e de Comunidade, 2011.
8. Papalia, D. O desenvolvimento humano. 6ª Ed.. P.354-397.
9. Coccarelli, J. Crianças e tecnologias: O perigo do sedentarismo.
10. Cole, M, Cole, S. Aquisições cognitivas e Biológicas da segunda infância. O desenvolvimento da criança e do adolescente. Cap. 12.
11. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa por amostra de domicílio2000: microdados. Rio de Janeiro: 2011.
12. Lolio, C. A. de e Latorre M.R. D. Prevalência da obesidade em localidade de Estado de São Paulo. 1987.

01.HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM CRIANÇAS¹

Selene de Jesus Farias²

Jórdan B. da Silva³

Anna Gabriella Silva⁴

Dra. Haline Gerica de .O Alvim⁵

Resumo

A Organização Mundial de Saúde indica que 5% das crianças brasileiras são hipertensas. Apesar de ser considerado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, ainda não se têm muitos dados vinculados ao seu acarretamento em crianças, pois eram considerados como um evento raro. Crianças obesas são o grupo que mais apresenta pressão arterial elevada. O risco de pressão arterial atingir valores elevados varia de acordo com o grau de obesidade, ou seja, o risco de desenvolver hipertensão torna-se maior conforme a permanência do estado de obesidade.

Palavras-chave: PRESSÃO ARTERIAL. HIPERTENSÃO. CRIANÇAS: FATORES DE RISCO.

Abstract

World Health Organization indicates that 5 % of Brazilian children are hypertensive. Despite being considered one of the main problems of public health in Brazil and in the world, not yet many data are related to its entailment in children, this was considered as a rare event. Obese children are the group that most have high blood pressure. The risk of blood pressure reaching high values varies according to the degree of obesity, ie the risk of developing hypertension becomes greater according to the permanence of the obesity state.

Keywords: BLOOD PRESSURE. HYPERTENSION. CHILDREN: RISK FACTORS.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser considerada como uma doença de alto risco independente, relacionada à doença cardiovascular. A HAS é classificada como sendo de fator de risco modificável, apesar do importante avanço no conhecimento da sua fisiologia e disponibilidade de métodos efetivos. Para o seu tratamento, contamos com o avanço de novos fármacos usados na prática clínica ¹.

A pressão arterial (PA) é definida como grandeza física quantitativa variável. Em estudos populacionais a PA tem correlação contínua e diretamente proporcional com o risco de DCV como o Acidente vascular encefálico (AVE), o

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

Créditos: este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

² Graduada em enfermagem

³ Mestre, Professor do curso de Farmácia

⁴ Especialista, Professora do curso de Fisioterapia

⁵ Professora do curso de Farmácia, Doutora em Química

infarto agudo do miocárdio (IAM) e a insuficiência cardíaca cognitiva (ICC) doença renal crônica (ORC) e mortalidade, mesmo na faixa de normotensão.

Metodologia

Realizou-se um estudo de revisão, de forma sistematizada, por meio da utilização de bases de dados eletrônicas. A busca de artigos científicos e livros relacionados ao assunto pressão arterial e suas alterações em crianças, na base de dados: Lilacs, Science Direct e SciELO. Foram utilizados somente os artigos da língua portuguesa, quando utilizados os seguintes descritores em português: “pressão arterial”; “hipertensão”; “fatores de risco”; e “hipertensão em crianças”. Não foi feita nenhuma restrição quanto ao ano de publicação e ao local de publicação. Além da busca nestas bases realizou-se buscas de periódicos no site Google

Revisão bibliográfica

Hipertensão Arterial Sistemática (HAS) é uma condição clínica acarretada por uma gama de fatores externos e internos ao organismo, caracteriza-se por uma elevação prolongada nos níveis normais de pressão arterial (PA)⁽¹⁾. É uma doença que apresenta uma alta prevalência e baixas taxas de controle, apresenta fatores de risco modificáveis, apesar do importante avanço no conhecimento da sua fisiologia e disponibilidade de métodos efetivos.^(1,2) Sendo por isso considerada um dos mais significativos problemas de saúde pública.^(1,2) Como ressaltado, a HAS é uma condição clínica multifatorial, sendo esta comumente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais (ou estruturais) de órgãos e é agravada quando na presença de demais fatores de risco como:^(2,3,8)

- (a) intolerância à glicose;
- (b) obesidade abdominal;
- (c) fumo; e
- (d) diabetes melito.

Observa-se presente em eventos como morte súbita; acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio; insuficiência cardíaca e doença arterial periférica.^(1, 2) Estudos realizados no exterior mostraram que a HAS estava presente em 69% dos pacientes no primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio, em 75% dos pacientes com insuficiência cardíaca, em 60% dos pacientes com doença arterial periférica e 77% dos acidentes vascular encefálico, destacando que a HAS é responsável por 51% das mortes decorrentes de acidentes vasculares e ainda por 45% das mortes vinculadas a problemas cardíacos^(1, 2).

Segundo a associação brasileira de cardiologia, tem-se, atualmente, observado uma redução nas taxas de mortalidade do País vinculada a este problema, no entanto quando se observa o número de mortes relacionadas às doenças hipertensivas estes ainda são altos.^(1,3)

Pesquisas atuais sobre HAS indicam que mais de 600 milhões de pessoas ao redor do mundo portam esta doença e que ela é a responsável (direta ou indiretamente) pela morte de aproximadamente 7,1 milhões de pessoas todos os anos, valor este correspondendo a 13% da mortalidade global. Por isso, é

considerada um dos principais problemas de saúde pública atualmente. ^(1,3)

Analisando os dados de pesquisas brasileiras, observa-se que ela aflição 30% da população do País, sobretudo idosos. Analisando o quesito idade, observa-se que 50% da população entre 60 e 69 anos a apresentam, sendo 75% acima de 70 anos, e contribui de forma direta ou indiretamente nas mortes por doenças cardiovasculares em um fator de 50%. É crucial destacar que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no País, segundo associação brasileira de cardiologia.⁽¹⁾ Os dados referentes a jovens portadores da HAS são muito escassos, havendo poucos estudos voltados a crianças, apesar disso, estima-se que o valor seja aproximadamente 10%. ^(1,3)

HAS primária é definida como sendo a elevação da PA na qual as causas não são conhecidas, na presença de causas determinantes define-se como HAS secundária. A maioria dos casos (aproximadamente 95%) a HAS é do tipo primária. ⁽³⁾

Os fatores que elevam a PA como obesidade, ingestão de álcool e excesso de sal, são hereditários, comportamentais e ambientais. Um paciente que apresenta valores de PA ótimo, apresentam valor menor do que 120x80 mmHg.

Diagnóstico

O diagnóstico da HAS deve ser baseado em medidas múltiplas (três medidas) da PA realizada em consultórios, tomadas em ocasiões separadas durante um período. A alteração da aferição no consultório deve ser utilizada como referência, valores de PA obtidos fora dele podem melhorar a avaliação do indivíduo não tratador e tratador. ^(2,3)

Assim, estas três diferentes medidas devem ser iguais ou superiores ao 90%. Para idade, sexo e altura ou superior a 120x80mmgh. Porém menor do que o 95 % com base na menor definição inúmeros pontos ou corte normais e anormais existem. ^(1,2)

Fatores associados ao desencadeamento de hipertensão arterial

Atualmente, já se identificou vários fatores que podem estar correlacionados à elevação de PA, como o sedentarismo, estresse, o tabagismo, envelhecimento, histórico familiar, raça, gênero, peso e os fatores dialéticos. ^(1,8,9)

Os fatores nutricionais estudados indicam à prevalência de hipertensão arterial ao elevado consumo de álcool, sódio e o sobrepeso. ^(2,8,9) Os fatores demográficos, genéticos e ambientais são determinantes para pressão arterial elevada, dentre os fatores de risco podemos destacar como má alimentação, a não prática de atividades físicas, sedentarismo e mais preocupante de toda a obesidade, em crianças estas condições podem desenvolver outras patologias e comprometer o desenvolvimento saudável das crianças. ^(3,9)

Crianças obesas são os grupos que mais apresentam pressão arterial elevada devido ao sedentarismo e a má alimentação. É um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares que causam estreitamento, obstruções, entupimento dos vasos do coração. Quando causa entupimento, surge o infarto. Caso se rompa no cérebro, causa um AVC (Acidente Vascular Cerebral) e pode também provocar a paralisção dos rins. Se o músculo cardíaco não receber a quantidade correta de sangue, ocorre hipertrofia (aumento de tamanho), que por sua vez provoca insuficiência

cardíaca, representando assim a principal causa de mortalidade da população brasileira.⁽⁴⁾

O risco de a pressão arterial atingir valores elevados varia de acordo com o grau de obesidade, ou seja, o risco de desenvolver hipertensão torna-se maior conforme a permanência do estado de obesidade.⁽²⁾

Em relação aos fatores genéticos, estima-se que a contribuição da carga genética para a variação da pressão arterial está entre 30 e 50%; em gêmeos univitelinos esse valor sobe para 60%.^(6,7) Porém, os fatores genéticos relacionados com o desenvolvimento da doença ainda não são bem conhecidos. Uma das estratégias mais utilizadas para tentar identificar o *locus* genético com a predisposição para o desenvolvimento dessa doença é a investigação com genes candidatos. Essa estratégia baseia-se no princípio de que um ou mais genes (envolvidos em funções fisiológicas específicas) contribuem para a variação da pressão arterial.^(3,6)

Hipertensão em Crianças

Embora seja predominante na idade adulta, a prevalência da HAS em crianças e adolescentes não deve ser deixada de lado. Estudos apontam que a HAS do adulto se desenvolve muitas vezes na infância, e isso ressalta a grande importância de se aferir rotineiramente a pressão arterial em crianças, números da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que 5 % das crianças brasileiras são hipertensas. É importante identificar precocemente esses casos para evitar complicações futuras.^(1,3,8)

Estudos longitudinais já deixaram claro que as alterações de PA nesta população raramente se traduzem em hipertensão no adulto, salientando também a importância do fenômeno de rastreamento, não apenas epidemiologicamente, mas também clinicamente.^(5,8)

Apesar de ser considerado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, ainda não se tem muito dados vinculados a seu acarretamento em crianças, isto pois eram considerados como um evento raro. Observa-se que, geralmente, a incidência em crianças abaixo de 10 anos é dita como secundária, por ser derivada de outros problemas, como por exemplo os patológicos renais⁽⁴⁾, cardíacas e endócrinas.⁽⁸⁾

Estudos realizados na cidade de Maceió, Alagoas Brasil, indicaram à ocorrência de HAS em aproximadamente 10% das crianças de uma escola, em idades entre 7 a 10 anos.⁽⁴⁾ Um estudo realizado em Par Kuschinir com adolescentes entre 12 e 20 anos incompleto, no estado do Rio de Janeiro demonstra que 71,4 % dos adolescentes hipertensos apresentam-se ou com sobrepeso ou com obesidade, o que estreitou a relação de hipertensão e circunferência abdominal aumentada.⁽⁵⁾

Tem-se observado um aumento de incidência da HAS em criança, e esta concepção (evento secundário) tem sido largamente debatida, sobretudo por estudos epidemiológicos. Nas últimas duas décadas, estudos apontam um incremento na prevalência de doenças não transmissíveis em crianças, inclusive de HAS.⁽⁴⁾

A epidemia de obesidade infantil o risco de desenvolvimento ou hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e as evidências de desenvolver precoce da arteriosclerose em crianças fazem a detecção e da intervenção em crianças com hipertensão os fatores importantes para reduzir os riscos de saúde a longo prazo. No entanto, faltam dados de apoio para atrair medidas.^(5,8)

HAS primária é mais comum em adolescentes e tem fatores múltiplos de

risco, incluindo a obesidade e história familiar ou hipertensão. ^(7,9)

A obesidade infantil é uma doença de consequência grave que se instala em múltiplos órgãos. O excesso de gordura corpórea na infância é causa de diabetes, hipertensão, elevação de níveis de colesterol e triglicerídeos, tendência à coagulação acelerada do sangue, altera na parede interna dos vasos e maior produção de insulina. ^(6,10)

Os fatores ambientais implicados com o desenvolvimento da HAS são o peso e o índice da massa corpórea (IMC), conhecidos como os maiores determinantes para os altos níveis de PA em criança. Outros fatores também têm sido relacionados à HAS nessa faixa etária, como sexo, raça, desenvolvimento físico, histórico familiar e fatores dietéticos. Provavelmente uma interação entre essas diversas condições, influenciada por fatores genéticos e ambientais é determinante no comportamento da PA naquele indivíduo. ^(10,11)

Nos estudos epidemiológicos, envolvendo população jovem, a história familiar tem sido a variável mais utilizada com essa finalidade, quando análises genéticas não estão planejadas. Entretanto, a obtenção dessa variável sofre algumas críticas das quais a principal delas, para população jovem e a idade dos pais das crianças ou adolescentes que não permitiria ainda o aparecimento de uma determinada condição clínica. ^(11,12)

Um fator de risco importante para a criança se obesa é frequência de obesidade entre os familiares, pois haverá a soma d influência genética e dos fatores ambientais. O risco de uma criança ser obesa é baixo quando nenhum dos pais é obeso, alto quando apenas um é obeso. Criança com ou sem excesso de peso, filhos de pais obesos têm risco duas veze maior de apresentarem obesidade quando adultos. A obesidade infantil é fator de risco para dislipidemia, hipertensão e distúrbios do metabolismo da glicose. ⁽⁹⁻¹²⁾

Somado a isso, tem-se o fato de a maioria das atividades destinadas as crianças são voltadas a entretenimentos televisivos ou que utilizam artefatos tecnológicos os quais não exigem movimento pouco dinâmico. ⁽⁶⁾ O sedentarismo e a obesidade são duas palavras que assustam muito a população atual. O sedentarismo infantil costuma ser causa de sérios problemas à saúde, que pode refletir na vida adulta. Um estudo, apresentado no 5º congresso internacional de atividades físicas e saúde pública em 2015, mostrou que em média 39% das crianças estão acima do peso no mundo inteiro, um alerta para os pais e familiares. ^(3,6)

De acordo com a informação da OMS, é considerado sedentária a criança na faixa etária entre 6 e 17 anos que pratique menos de 300 minutos de atividade física semanalmente. O equivalente a uma hora por dia de exercício, cinco dias por semana. Em São Paulo, estudos realizados em 22 de agosto de 2016, observou-se que dentre 10 mil crianças entrevistadas de 10 a 13 anos, 75% passam quatro horas ou mais assistindo televisão, um indicativo da influência negativa das crianças que levam os problemas sérios de saúde como a obesidade se não houver ponderação. ^(7,9)

A criança sedentária quando chega a fase adulta pode sofrer alguns fatores que influenciam ao desenvolvimento de doenças cardiovascular, obesidade, colesterol alto, diabetes, hipertensão arterial, inclusive problemas emocionais. Para evitar a entrada das crianças na faixa considerada obesidade tem-se tipos de prevenção: primária: evitar que crianças cheguem ao sobrepeso e secundária: evitar que crianças chegue à obesidade. ^(5,10)

A obesidade infantil traz uma série de problemas de saúde que vem aumentando na população, a escola é muito importante na prevenção contra a obesidade, pois as crianças realizam uma refeição. Um trabalho de educação nutricional feita na escola acompanhada de atividade física ajudaria e muito para prevenir a obesidade. Portanto, a merenda escolar deve atender as necessidades nutricionais das crianças em quantidade e qualidade. ^(8,9,10)

Promover a prática regular de exercícios físicos na infância e na adolescência significa estabelecer uma base sólida para redução do sedentarismo na idade adulta, contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida. Além de uma contribuição genética importante para o crescimento, a nutrição e os fatores de saúde em geral, são dois contribuintes ambientais importantes. ⁽⁹⁻¹⁰⁾

Com o constante avanço tecnológico, muitos são os recursos aos quais as crianças estão sendo apresentadas, o que antes se restringia a jogos eletrônicos, passou a ter maior integrantes: os *tablets*, *smartphones*, somando assim, mais itens e contribuindo grandemente para o grupo de risco do sedentarismo. Vale ressaltar que as crianças correm o risco perder (ou não aprender) a ter interações sociais, a vontade de praticar atividade, isto é, desenvolvem um comportamento mais introvertido que pode possibilitar o sedentarismo tanto físico quanto emocional. ^(5,6,17)

A combinação em um mesmo indivíduo de diversos fatores de risco exerce um efeito dietético sobre o sistema cardiovascular e a atenção para identificação e a intervenção precoce sobre eles poderia prevenir ou retardar o desenvolvimento das complicações associadas com a HA. ⁽⁶⁻⁹⁾

Os indivíduos de uma mesma família compartilham entre si o mesmo ambiente genético e sociocultural os quais hábitos alimentares e comportamentais são transmitidos de geração para geração. Embora as evidências apontam a influência genética com importante determinante no desenvolvimento da hipertensão arterial, os marcadores encontrados até a atualidade não foram suficientes para explicarem os mecanismos fisiopatológicos com uma importante interface ambiental. ^(3,10,12)

Assim sendo, o estudo de grupos familiares parece ser o modelo maior apropriado quando se deseja verificar a participação quando se deseja verificar a participação genética no desenvolvimento de condições clínicas desfavoráveis com os fatores de risco cardiovasculares. ^(2,9)

A relação entre hipertensão e alimentação não estão claramente esclarecidas, mas alguns estudos indicam que o elevado consumo de álcool e sódio influenciam no desenvolvimento HAS. ^(2,3,4) Observa-se que a população ocidental tem hábitos alimentares que levam a uma maior ingestão de sal se comparados a oriental, comparativamente também se observa uma população ocidental com maior número de casos de hipertensão arterial. No Brasil, se observada a população rural (que consomem menores quantidades de sal) não apresentam grandes números de indivíduos com HAS, como a população das grandes cidades. ^(2,3,4,9)

A resposta fisiológica a um aumento na ingestão de sódio, resultado na redução na atividade do sistema renina-angiotensina aldosterona e um aumento na liberação do peptídeo natriurético atrial, sendo que cada um desses sistemas interage com outros sistemas e entre si, além de atuarem, também na redução da atividade simpática direcionada para os rins. ^(3,4)

Em vitória foi estudado a população domiciliar entre 25 e 64 anos de

idade, e que, segundo a contagem da população realizada pela Fundação IBGE, no ano de 1996, 265.874 habitantes residiam em Vitória. O consumo de sal diário estimado na pesquisa para os participantes do estudo foi muito elevado, de 12,6 a 5,8g, quando comparado a atual recomendação da Associação Americana de cardiologia de 6 g.^(1,3,4) Fato este que pode estar atrelado aos também altos números de hipertensos determinados na pesquisa, de 38%.^(1,5)

Hipertensão como fator de risco

A HAS é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. A hipertensão é um conhecido fator de risco para doenças arterial coronariano (DAC) em adultos. É reconhecido como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio.^(2,3)

Estudo populacional especifica a importância do controle da hipertensão para a redução da morbidade cardiovascular. Apesar de não se dispor a distúrbios com boa representatividade em nível nacional sobre a hipertensão arterial no Brasil pesquisas localizadas mostram prevalência elevada, situando no patamar de 20 a 45% da população adulta.^(1,2,4,5)

A presença de hipertensão arterial na infância pode contribuir para o desenvolvimento precoce de DAC, dados mostram que a hipertrofia ventricular esquerda pode ser vista em 41% dos pacientes com PA elevada na infância. Pacientes com casos graves de hipertensão na infância também possuem risco aumentado de desenvolvimento encefalopatia hipertensiva, convulsões, acidentes vasculares encefálicos e insuficiência cardíaca congênita.^(1,3,6)

Conclusão

Verificou-se um crescente número de casos na qual crianças e adolescentes estão desenvolvendo problemas de hipertensão. Os principais fatores de risco associados à condição são a obesidade, dieta inadequada e sedentarismo. Destacou-se também a importância de verificar o histórico familiar quando uma criança desenvolve essa doença. Além de indicadores de vida urbana.

O levantamento da prevalência da HAS e sua associação com outros fatores de risco cardiovasculares possibilitam conhecer a saúde da população e identificando-se a necessidade e intervenções de enfermagem, implementação de atendimento que tenha foco e minimizar as complicações decorrentes da hipertensão arterial e prevenir o surgimento de outras doenças cardiovasculares.

Referências

1. Dante, de Rose Jr. Alessandro H. Nocolai Re.et AL. Esporte e Atividade Física na Infância e na Adolescência: uma abordagem interdisciplinar – 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
2. Hallal, Pedro Curi. Et al. Prevlência de Sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 22(6).1277-1287. Jun. 2006. Disponível em: <https://nescon.medicina.ufmg/biblioteca/imagem/4462.pdf>. Acesso em: 10 de de setembro de 2018.

3. Silva. M.A.M, Rivera IR. Ferraz MRMT. Pinheiro AJT. Alves SWS, Moura AA. Et al. Prevalência de Fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes da rede de ensino da cidade de Maceió. Arg. Bras. Cardiol. 2005, 84. 367-92. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=.acessado> em 12 de setembro de 2018.
4. Silva, R.C.R. Malina. R.M. Nível de Atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública, 16(5): 1991-1097, out-dez 2000. Disponível em: <http://www.scileo.br/pdf/cap.V>. acessado em 13 de maio de 2016.
5. Tenório, Maria Cecília Marinho, et.al. atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.13 n.1 p. 104-17, marc.2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=_arttext. acesso em 01 de ago.2016.
6. Bezerra , Jorge. Atividade Física e comportamento sedentário em adolscntes do estado de Pernambuco. Brasil: estudo comparativo de dois inquéritos. //Jorge Bezerra. Orientador Adair da Silva Lopes-Florianópolis, SC,2015.
7. Mocellin, G. Nicoli. J. Brumatti, P: Sedentarismo: O vilão do século 21. Associação de Pais, amigos e pessoas com deficiência, de Funcionários do Banco do Brasil e de Comunidade, 2011.
8. Papalia, D. O desenvolvimento humano. 6ª Ed.. P.354-397.
9. Coccarelli, J. Crianças e tecnologias: O perigo do sedentarismo.
10. Cole, M, Cole, S. Aquisições cognitivas e Biológicas da segunda infância. O desenvolvimento da criança e do adolescente. Cap. 12.
11. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa por amostra de domicílio2000: microdados. Rio de Janeiro: 2011.
12. Lolio, C. A. de e Latorre M.R. D. Prevalência da obesidade em localidade de Estado de São Paulo. 1987.

07.OCORRÊNCIA DE CANDIDÍASE NO HOMEM: UMA REVISÃO PARA INFORMAÇÃO DA POPULAÇÃO MASCULINA¹

Andrea Melo Coelho²
Haline Gerica de Oliveira Alvim³

Resumo

Candidíase é uma infecção fúngica ocasionada na maioria dos casos pelo vírus *Candida Albicans*. Muito atribuída ao sexo feminino, contudo apresentam também muitos casos de incidência em homens. Este trabalho teve o intuito de esclarecer esta premissa. Mostrando os tipos de candidíase e os sinais sintomas que apresentam quando incidente em homens.

Abstract

Candidiasis is a fungal infection caused in the majority of cases by the *Candida Albicans* virus. Highly attributed to females, however, they also have large incidence cases in males. In this work, it was intended to escalate this premise. Showing the types of candidiasis and the signs symptoms that present when incident on men.

Introdução

Tem-se observado ao longo das últimas décadas um aumento no número de casos envolvendo Candidíase. É uma infecção causada por fungo do gênero *Candida*, a qual apresenta em uma extensa variedade de síndromes clínicas causadas pelo fungo do gênero.

Várias espécies de *Cândida* são colonizadoras da microbiota normal da pele, do trato gastrointestinal e geniturinário, contudo a doença é ocasionada quando há um desbalanço da quantidade do fungo *Cândida* no organismo humano. Das espécies isoladas do fungo, a que encontra maior caso de incidência é o *Candida Albicans*.

A doença pode afetar diversas áreas do corpo humano, como as partes íntimas, a boca, a pele ou sistêmica. Os tipos de infecções fúngicas existentes são várias, entretanto, pode-se categorizá-los, de forma geral, algumas principais infecções, alguns dos tipos são candidíase vaginal, disseminada oral e peniana.

É importante ressaltar que esta doença normalmente é vinculada a mulheres, sendo comumente relatada e divulgada como uma doença que afeta somente o sexo feminino, através da candidíase vaginal, mas também pode acometer pacientes homens. Os homens muitas vezes não tomam conhecimento que podem sofrer deste mal. Dessa forma, frisa-se que o homem apresenta conhecimento quanto à candidíase manifestada na mulher, mas tem poucas informações quanto a mesma patologia em si mesmo.

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

Créditos: Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

² Graduanda de Farmácia – Faculdade Sena Aires-FACESA

³ Professora do curso de Farmácia- Doutora em Química – Faculdade Sena Aires

Método

Realizou-se um estudo de revisão, de forma sistematizada, por meio da utilização de bases de dados eletrônicas. A busca de artigos científicos e livros relacionados ao assunto candidíase, na base de dados: Lilacs, Science Direct e SciELO. Foram utilizados somente os artigos da língua portuguesa, quando utilizados os seguintes descritores em português: “candidíase”; “fungo *Cândida*”; “*Cândida Albicans*” e “candidíase em paciente homens”. Não foi feita nenhuma restrição quanto ao ano de publicação e ao local de publicação. Além da busca nestas bases, realizaram-se buscas de periódicos no site Google.

Revisão bibliográfica

A candidíase consiste em uma extensa variedade de síndromes clínicas causadas por um fungo do gênero *Cândida*, constituído de aproximadamente 200 espécies diferentes de leveduras, que vivem normalmente nos mais diversos nichos corporais.⁽¹⁾ Dentre a grande quantidade de agentes o principal, o patógeno envolvido é a *Cândida Albicans* sendo que a mais comum a afetar os seres humanos.^(1,2)

Cândida tropicalis, *cândida krusei*, *cândida parapsilosis* e *cândida guilliermondii* são encontradas com menor frequência. As espécies *Candida glabrata* e a *Candida krusei* apresentam resistência ao antifúngico Fluconazol, por isso têm sua ocorrência associada ao maior uso desse fármaco em hospitais.⁽²⁾

O termo Candidíase engloba infecções que variam desde superficiais (afta e vaginite) até doenças sistêmicas que levam ao óbito.^(2,3) Os tipos de infecções fúngicas existentes são várias, entretanto, pode-se categorizá-los, de forma geral, algumas principais infecções. Cada qual causada por uma espécie diferente de fungo o qual afeta áreas diferentes do corpo humano.^(2,3,11)

- a. a) Candidíase Vaginal;
- b. b) Candidíase na Pele;
- c. c) Candidíase do Esôfago;
- d. d) Candidíase Disseminada;
- e. e) Candidíase Oral;
- f. f) Candidíase no Pênis;
- g. g) Candidíase mamilar.

A *Candida albicans* está entre os muitos organismos que vivem na boca e no sistema digestivo humano. Sob circunstâncias normais, a *Cândida albicans* pode ser encontrada em 80% da população humana, sem que isso implique em quaisquer efeitos prejudiciais a sua saúde. Os processos infecciosos por *Cândida* variam de quadros clínicos, a maioria das cepas isoladas correspondentes ao patógeno *a c. albicans*, apresentaram um melhor crescimento do microrganismo em superfícies quente e úmida.⁽²⁾

A patogenicidade ou virulência de um microrganismo é definida como sua capacidade de determinar doença, que é mediada por múltiplos fatores. Apesar de certos aspectos da virulência serem determinados geneticamente, eles são expressos pelos microrganismos apenas quando existem condições ambientais favoráveis, tais como teor nutricional, atmosfera de oxigênio e temperatura. Essas condições são específicas para cada microrganismo e para cada isolado de determinado agente. Podem variar de hospedeiro para hospedeiro e mesmo entre os diferentes tecidos de um mesmo hospedeiro.⁽¹⁾

O fungo *C. albicans* tem a capacidade de se adaptar a diferentes nichos biológicos, podendo ser considerado, a rigor, um organismo "pleomórfico". O fungo é invasivo e causa infecções oportunistas no ser humano, esse fungo possui mecanismo de adaptação aos diferentes nichos do hospedeiro. É uma levedura diploide.⁽²⁾

Como é encontrado em regiões quentes e úmidas, regiões com características peculiares de pH, níveis O₂, temperatura e disponibilidade de nutrientes, o fungo *C. albicans* apresenta alta capacidade de se adaptar e crescer em extensão, em situações de pH extremo. Em pH neutro, expressão ótima, tanto no fluxo sanguíneo como nos tecidos, o microrganismo expressa um gene (PHR1) cuja função está associada à síntese de parede. Uma vez que no canal vaginal a expressão de PHR1 é inibida, este é transformado em um segundo gene, também regulado por pH, que produz função similar, mas em pH ácido (em torno de 2 a 4).⁽⁴⁾

Considerando tais fatos, essa levedura é um exemplo de adaptação em estados fisiológicos extremos, podendo estar presente em diversos sítios do hospedeiro, devido a inatividade das células de defesa, macrófagos, neutrófilos e TCD4, essas células são capazes de fagocitar microrganismos, essas células são importantes contra *C. albicans*.⁽⁴⁾

Como o fungo pode ser encontrado em pessoas saudáveis, sem manifestarem a doença. Essa só irá ocorrer quando houver uma alteração no equilíbrio do hospedeiro, desequilíbrio nos mecanismos de defesa, para que a doença supere o sistema imunológico do paciente e se estabeleça, imunidade baixa, flora bacteriana natural da pele desregulada, por diversos motivos (antibióticos, estresse, ingestão excessiva de carboidratos ou disfunções hormonais)^(3,5)

A *Cândida albicans* pode se manifestar, e atacar várias partes do seu corpo, a candidíase muco cutânea acomete a cavidade oral e vaginal (vide Figura 1) sendo a forma mais comum nos seres humanos, candidíase cutânea pode abranger áreas úmidas do corpo como: espaços interdigitais, regiões das mamas, axilas, pregas das virilhas e debaixo de unhas (vide Figura 1).⁽⁶⁾

Na Figura 1 é possível visualizar fotos mostrando as diferentes regiões afetadas pela doença, além disso pode-se averiguar que ela não se manifesta de uma forma única, apresentando diferentes sinais e sintomas. Em B, tem-se manifestada na forma de bolhas a qual contém fluido, enquanto em D e H manifesta-se como manchas avermelhadas. As fotos E, F e G mostram a doença atingindo as regiões íntimas, em E e F masculinas enquanto G a região feminina.⁽⁷⁾



Figura 1. Fotos de regiões do corpo humano que foram acometidas pela Candidíase.

De A – H é mostrado a diversidade de formas de manifestações bem como regiões afetadas.

Em pessoas com o sistema imunológico saudável a doença geralmente é uma

infecção localizada. Afetando principalmente pele e mucosas, o que inclui a cavidade oral, faringe, esôfago, trato gastrointestinal, bexiga, vagina e pênis. ⁽²⁾

A forma direta da introdução da *Cândida* no sangue dá-se através de acesso intravenoso, dialise peritoneal, cateteres, cirurgia cardíaca, ou uso de drogas intravenosa, o número de infecções era bastante reduzido antes dos usos abusivos de corticoides e antibióticos. ⁽²⁾

De forma geral, a forma de tratar a candidíase consiste em utilização de medicações anti-micóticas tópicos (alguns exemplos clotrimazol, nistatina e cetoconazol) ou antifúngicas (tratamento para infecções recorrentes). Evita-se a utilização de antibióticos, uma vez que estes causam a eliminação dos competidores naturais dos fungos o que podem resultar em uma piora do quadro do paciente. ⁽¹⁻⁴⁾

Após tratamento, a grande maioria dos casos resultam em mínimas complicações (sinais sintomas típicos, como vermelhidão, coceira e desconforto). Contudo, é importante destacar que esta patologia pode (em casos menos frequentes) desencadear complicações graves e até fatais em alguns casos se não forem tratadas. ^(1,2,4)

Em pessoas cujo sistema imunológico está enfraquecido a candidíase pode se tornar sistêmica ocasionando a condição médica conhecida como candidemia. Pode causar graves infecções em pacientes que estão imunocomprometidos por doenças, por cirurgias ou por terapia imunossupressiva. A relevância clínica entre as infecções invasivas causadas pelo gênero *cândida* na corrente sanguínea. ^(1,2,4)

A doença pode afetar diversas áreas do corpo humano, como as partes íntimas, a boca, a pele ou sistêmica, a candidíase oral no ambiente hospitalar se dá pelos pacientes estarem geralmente sobre terapia medicamentosa intensiva e prolongada, além de cuidados com a saúde oral precária com isso tendem a se manifestar com mais gravidade e frequência. ⁽³⁾

A Candidíase Mamilar: causada pelo fungo *cândida albicans*, encontrado frequentemente no trato gastrointestinal e na vagina, a qual tem sido responsável pelas infecções superficiais e localizadas nas mamas, porém ao contrário da Candidíase vulgo vaginal está ainda pouco estudada. As mulheres lactantes apresentam fissuras e dor sendo o principal abandono de lactação, mas sobretudo ela pode vim a causar candidíase oral em recém-nascidos. ⁽²⁻³⁻¹²⁻¹³⁾

No Brasil a candidíase oral desenvolvida em recém-nascidos é conhecida como sapinho, se inicia com pequenos pontos esbranquiçado na mucosa da cavidade bucal, sendo mais comum na cavidade oral que reveste as bochechas, ponta da língua e palato mole, dificultando a deglutição. ⁽²⁻³⁻¹²⁻¹³⁾

Em neonatos, o uso de fraldas pode causar erupções, que é uma manifestação comum de *Cândida* cutânea. A forma disseminada da candidíase é rara, e ocorre em pacientes terminais com doenças debilitantes, neoplásicas, doenças imunossupressoras e após transplantes de órgãos. Nesses casos, pode acometer diferentes órgãos e tecidos como: pulmões, meninges, rins, bexiga, articulações, fígado, coração e olhos. ⁽²⁻³⁻¹²⁻¹³⁾

Quanto à origem, pode ser endógena, quando oriunda da microbiota; ou exógena, como uma DST. A infecção por *Cândida* acomete preferencialmente as crianças e as pessoas idosas, numa frequência de 5% dos recém-nascidos, 5% de pessoas com doenças neoplásicas e 10% dos pacientes idosos com saúde precária. ⁽⁸⁻¹⁴⁾

Ressalta-se que esta doença apresenta cura e apesar de comumente ser relatada e divulgada como uma doença que afeta somente o sexo feminino, através da candidíase vaginal, ela também ocorre na população masculino, esta não muito

divulgada.^(2,3)

Como esta patologia está muito vinculada ao sexo feminino por diversos fatores, os homens muitas vezes não tomam conhecimento que podem sofrer deste mal. Dessa forma, frisa-se que o homem apresenta conhecimento quanto a candidíase manifestada na mulher, mas tem poucas informações quanto a mesma patologia em si mesmo. A Candidíase no Homem pode ser completamente assintomática ou ainda apresentar os seguintes sinais e sintomas:⁽¹⁻⁴⁾

- Vermelhidão;
- Coceira;
- Ardência;
- Ardência urinária.

A candidíase no homem se manifesta como uma infecção da glândula ou do prepúcio, que são chamadas, respectivamente, de balanite ou balanopostite por *Cândida*. A balanite (ou balanopostite, inflamação aguda ou crônica da glândula do pênis) pode ser assintomática, com apenas uma leve coceira, ou sintomática, iniciando-se com vesículas no pênis que evoluem nos casos intensos, intensa coceira, dor, fissuras, erosões, pústulas superficiais na glândula. As lesões podem-se estender ao escroto e às pregas da pele, com presença de prurido, e em alguns casos, causar uma uretrite transitória.⁽⁷⁻¹⁴⁾

O homem pode ser infligido por alguns tipos de Candidíase, os quais variam de acordo com algumas características.

a) Candidíase Peniana (balanopostite) (Figura 1): A candidíase no pênis não é tão comum como a candidíase vaginal, porém merece cuidados quando se manifesta. Na maioria dos casos, a vulnerabilidade no organismo causada por problemas de saúde é fator primordial para que o fungo se reproduza em excesso no homem. Diabetes além de higiene precária são fatores comuns.

b) Candidíase Oral: A candidíase oral pode ser diagnosticada em crianças, idosos, diabéticos, em adultos após o contato íntimo desprotegido e pacientes em fase de tratamentos que comprometem o sistema imunológico.

Os homens que não são circuncidados constituem o principal fator de risco para desenvolvimento das BP, a balanite se caracteriza pela inflamação da glândula, a principal via de transmissão das BP é o contato sexual, a principal queixa baseia-se no: prurido, eritema e ardor na região da glândula, disúria distal e sintomas sistêmicos como febre baixa e mal estar, não são comuns, mas podem estarem presentes.⁽⁸⁾

A maioria dos estudos demonstram que na prática clínica o diagnóstico de BP é feito apenas pelo quadro clínico, ocorre recorrência em 13% dos casos, principalmente em pacientes diabéticos.⁽⁸⁾

Neste artigo fala que em 26 pacientes analisados foram encontrados colônias penianas e presença de *Cândida albicans* em 7.7% desses pacientes, e de *Phitosporos* (forma fúngica precoce) em 23%. O tratamento antifúngico específico pode ser realizado de forma tópica, via oral ou terapia combinada. Geralmente utiliza-se como opção via oral o Fluconazol 150mg em dose única, com tratamento concomitante da parceira. O emprego de 1 dose de 150mg 1x semana de 3 a 4 semanas.⁽⁸⁾

Mulheres com CV *albergam* cepas idênticas de *Cândida* em seu sulco bálano prepucial, ainda que não seja considerada uma infecção de transmissão sexual (DST), cerca de 25% dos parceiros sexuais, a infecção é motivada possivelmente por traumas da mucosa vaginal durante o ato sexual e/ou pelo efeito imunodepressor do sêmen, e escasso trabalhos avaliando a relação entre o papel dos parceiros sintomáticos ou assintomáticos na CV.⁽⁸⁾

Apesar de nenhum estudo controlado ter conseguido provar a relação entre a transmissão sexual e a eficácia do tratamento dos parceiros na prevenção das infecções de repetição e atualmente a CVV não ser considerada (DST), neste artigo.⁽⁹⁾

Estudos comprovaram, quadros clínicos severos, presença fúngica e identidade de espécies, entre parceiros foram confirmados em maior percentual nos casais em que as mulheres tinham CVVR, nos outros casais de pacientes com CVV, em diferença ao observado em mulheres portadoras de quadros leves, cujos parceiros acometidos eram assintomáticos, em percentual menor e por espécies dentre os 14 parceiros sintomáticos avaliados, os sintomas informados foram prurido, secreção e edema de glândula correspondente a balanopostites, confirmando os achados das suas companheiras, dos respectivos companheiros, para confirmação laboratorial da presença de leveduras.⁽⁹⁾

As amostras clínicas foram submetidas à microscopia direta, com a falta de isolamento do agente fúngico em 9 homens do grupo estudado sugere mecanismos de caráter imunológico, alérgico, hipersensibilidade local ou dermatites de contato, balanopostites nos parceiros sexuais podem ser causadas por *Candidas spp.* provenientes de suas companheiras, concordando com outros estudos, resultados, como os de outros pesquisadores, sugerem que o parceiro sexual representa papel relevante na candidíase vulvovaginal.⁽⁹⁾

Até então envolvidos na etiologia do câncer de pênis outras infecções virais, como o herpes genital, presente em 02 dos casos analisados, as infecções fúngicas, candidíase estava presente em 03 casos, diagnosticar o câncer de pênis logo nos estágios iniciais, proporcionando maiores chances de cura, aumento da sobrevida, como também reduzir a incidência e a severidade da doença. Devido à carência de dados e estudos sobre o tema em nosso Estado, este trabalho visa, primeiramente, relatar que a candidíase não ocorre somente em mulheres, ocorrendo também em homens, e esta doença também é responsável pelo desenvolvimento de câncer no pênis.⁽¹⁰⁾

Conclusão

Na revisão bibliográfica que foi feita, podemos observar que os estudos sobre a *Candida Albicans* mostram que ela está muito vinculada ao sexo feminino por diversos fatores, os homens frequentemente não tomam conhecimento que podem sofrer deste male. Como esta patologia está muito vinculada ao sexo feminino, dessa forma, frisa-se que o homem apresenta conhecimento quanto a candidíase manifestada na mulher, mas tem pouco conhecimento quanto a mesma patologia em si mesmo, além disso pode-se averiguar que ela não se manifesta de uma forma única, apresenta diferentes sinais e sintomas.

Muitos estudos e artigos não consideram a candidíase em homens como uma infecção de transmissão sexual (DST), mas por outro lado podemos considerar sim uma infecção de transmissão sexual, pois é motivada possivelmente por traumas da mucosa vaginal durante o ato sexual e/ou pelo efeito imunodepressor do sêmen, provenientes de suas companheiras, concordando com outros estudos, resultados, como os de outros pesquisadores, sugerem que o parceiro sexual representa papel relevante na candidíase vulvovaginal. Devido à carência de dados e estudos sobre o tema em nosso Estado, este trabalho visa, primeiramente, relatar que a candidíase não ocorre somente em mulheres, ocorrendo também em homens, e esta doença também é responsável pelo desenvolvimento de câncer no pênis.

Referências

1. Rossi T, Iozovoy AB, Silva RV, Geraldino TH, Costa IC, Saridakis HO, Watanabe MAE, Felipe I, Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, 32 (1), 2011, 15-28.
2. Sgarbi DBG, Barbedo LS, J bras Doenças Sex Transm, 22(1), 2010, 22-38.
3. Bandeira YRSV, Sabadin, CES J Oral Invest, 5(2), 2016, 33-39.
4. Alvares, C ;Svidzinski, TIE, Consolaro, MEL. J. Bras. Patol. Med. Lab. 43(5), 2007,319-327.
5. Ataídes FS, Abrão FY, Costa CR, Silva MRR, Pimenta FC, Palos MAP, Souza LKH, Rev. Eletr. Enf.;12(3), 2010, 498-501.
6. Unfer DT, Neto MM, Danes CC, Saúde, 31(1-2), 2005, 16-26.
7. Figuras retirados dos sites: <http://santosmedicina.com.br/temas-de-urologia/candidiase-no-penis/>; <http://newsmedicinetoday.com.br/candidiase-de-pele-e-unhas/>; Biosom.com.br; qsota.com/seborrhea/; Dst.com.br; omundodamulhersoberana.wordpress.com/2016/07/26/candidiase/; medsimples.com/candidiase-vaginal/; www.vidaativa.pt/a/candidiase/; acessados 15 de novembro de 2018.
8. Cohen DJ, Urologia Essencial, 6(1), 2016, 20-24.
9. Gompertz OF, Boatto HF, Girão MJBC, Moraes MS, Francisco EC, Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 37(7), 2015, 314-318.
10. Correia AS, Silva GVF, Chagas M, Nascimento IMR, Lessa MC, Júnior TRC, Revist. Port.: Saúde e Sociedade. 3(1), 2018, 628-638.
11. Material retirado da internet, disponibilizado no site: <http://editoraestrategica.com.br/>. Acessado: 18 de Abril de 2018 Médico formado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (U.F.R.J) em 2002. Especialista em Medicina Interna e Nefrologia. Títulos reconhecidos pela Faculdade do Porto, Ordem dos Médicos de Portugal e Colégio de Nefrologia Português.
12. Isolamento de Candida spp. no mamilo de lactantes do Banco de Leite Humano da Universidade Federal do Ceará e teste de susceptibilidade a antifúngicos (Everardo Albuquerque Menezes¹; Anne Cristina Pinheiro Guerra²; Rita de Cássia Barros Rodrigues³; Maria Marly Lopes Vieira Peixoto⁴; Liliane Santiago Lima²; Francisco Afrânio Cunha⁵).
13. Rev. Bras. Enferm. vol.31 no.2 Brasília 1978 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-716719780002000007>Estudo da candidíase do recém-nascido (maria lucia cardoso dos santos).

14.O papel dos parceiros sexuais sintomáticos e assintomáticos nas vulvovaginites recorrentes,(Humberto Fabio Boatto, Manoel João Batista Castello Girão, Maria Sayonara de Moraes, Elaine Cristina Francisco, Olga Fischman Gompertz).

03.REVISÃO SOBRE BENEFÍCIOS DA HIDROTERAPIA EM PACIENTES COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL¹

Jaqueline Matias Pereira dos Santos²
Raphaela Stephany Alcântara Teixeira³
Me. Amanda Cabral dos Santos⁴

Resumo

Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como uma alteração súbita da função neurológica, ocasionada por uma privação de fluxo sanguíneo em determinada área do cérebro, impedindo o fornecimento de oxigênio (O₂) e glicose no tecido, proporcionando danos ao mesmo. Estima-se que, anualmente, 20 milhões de novos casos de AVC ocorrem no mundo, sendo que, desse total, a mortalidade pode chegar a cinco milhões de habitantes. Constitui-se assim uma das principais causas de óbitos e incapacidade na sociedade nas últimas décadas. A hidroterapia vem se destacando ao longo dos anos entre os fisioterapeutas como um dos recursos terapêuticos mais utilizados para a reabilitação física e prevenção das alterações funcionais. O presente estudo tem como objetivo identificar na literatura pesquisas que relatem os benefícios da hidroterapia para pacientes com sequelas de AVC, destacando, por meio das propriedades físicas da água, a redução dos efeitos causados pelas sequelas dessa patologia. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa descritiva, elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, revistas, artigos de periódicos e materiais disponibilizados na internet. Nesta perspectiva, a hidroterapia é uma técnica inovadora de tratamento, sendo sua aplicação cientificamente estudada em diversas patologias que oferece benefícios que vão muito além da reabilitação. Conclui-se, com análise desses estudos, que a hidroterapia pode proporcionar melhoras na qualidade e na perspectiva de vida dos pacientes com sequelas de AVC, promovendo um retorno mais rápido as suas atividades da vida diária, deixando-os mais independentes.

Palavras-Chave: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. HIDROTERAPIA. FISIOTERAPEUTA. MODALIDADES DE FISIOTERAPIA.

Abstract

Stroke is defined as a sudden change in neurological function, caused by a

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

Créditos: Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

² Graduanda em Fisioterapia, pela Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás. GO

³ Graduanda em Fisioterapia, pela Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás. GO

⁴ Docente do curso de Fisioterapia e Educação Física, Mestre em Psicologia, Docente da Faculdade Ciências e Educação Sena Aires

deprivation of blood flow in a certain area of the brain, preventing the supply of oxygen (O₂) and glucose in the tissue, causing damage to it. It is estimated that annually 20 million new cases of stroke occur worldwide, of this total mortality can reach five million people. This is one of the main causes of death and disability in society in recent decades. Hydrotherapy has been emphasizing over the years among physiotherapists and researchers as one of the most used therapeutic resources for physical rehabilitation and prevention of functional alterations. The present study aims to identify in the literature the benefits of hydrotherapy for patients with CVA sequelae through the physical properties of water, thus reducing the sequelae left by this pathology. A descriptive qualitative bibliographical research was carried out based on material already published, mainly composed of books, magazines, periodicals and materials made available on the Internet. In this perspective hydrotherapy is an innovative treatment technique, being scientifically studied in several types of treatments, and that offers benefits that go well beyond the rehabilitation. It is concluded with these studies that hydrotherapy can improve the quality and life expectancy of these patients. Promoting a faster return to your daily life activities, leaving them more independent as possible.

Keywords: STROKE. HYDROTHERAPY. PHYSIOTHERAPIST. MODALITIES OF PHYSIOTHERAPY.

Introdução

A expressão Acidente Vascular Cerebral (AVC) é utilizada para designar o déficit neurológico (transitório ou definitivo) em uma área cerebral provocado por uma lesão vascular que, por sua vez, é desencadeada pela interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, quer seja pelo bloqueio do vaso sanguíneo (isquêmico) ou por seu rompimento (hemorrágico)¹.

A falta de irrigação sanguínea no cérebro acarreta inúmeras consequências, dentre elas: lesão celular, danos às funções neurológicas e morte.

As áreas cerebrais afetadas pelo acidente vascular cerebral podem causar danos transitórios ou irreversíveis nas funções motora, respiratória, sensitiva, mental, perceptiva e de linguagem².

As deficiências motoras se caracterizam por paralisia (plegia) ou fraqueza (paresia), normalmente no lado do corpo oposto ao local da lesão. A localização e a extensão exata da lesão determinam o quadro neurológico apresentado por cada paciente. Oscilam desde leve até grave e podem ser temporários ou permanentes³.

Diante a esse quadro clínico tão variado, o Acidente Vascular Cerebral é uma das principais causas de inaptidão e óbitos em todo o mundo. Evidências também nos mostram que, anualmente, ocorrem aproximadamente vinte milhões de novos casos por Acidente Vascular Cerebral, dos quais cinco milhões de indivíduos são vítimas fatais e cerca de quinze milhões evoluem com alguma seqüela neural⁴.

O Brasil apresenta um perfil epidemiológico de saúde marcado pela heterogeneidade. Porém as doenças cerebrovasculares destacam-se nos índices de mortalidade, fazendo com que o país apresente uma das taxas de óbitos por AVC mais elevadas entre os países da América Latina, sendo

responsável em 2009, por 10,18% das mortes no país⁹. Assim, o índice de mortalidade é um dos principais fatores que preocupa a saúde pública, pois os acidentes vasculares cerebrais constituem um alto risco de mortalidade e dependência permanente. O índice de mortalidade por AVC diminuiu significativamente a partir de 1972, tendo em vista a ênfase dada aos esforços na prevenção e o controle dos fatores de risco, especialmente na hipertensão arterial⁹.

A incidência de AVC no gênero masculino é cerca de 1,25% maior do que no feminino, porém após os 85 anos de idade as mulheres ultrapassam esse parâmetro. Já em comparação com a raça, os negros apresentam um risco duas vezes maior do que os brancos de desenvolverem o AVC, sendo este risco duplicado após os 65 anos de idade independentemente da raça⁹.

Novak et al¹⁰ destacam que o conhecimento médico deste agravo à saúde já data de muito tempo, pelos estudos de Framingham, com enfoque especial para os seguintes fatores determinantes de arteriopatia e doença vascular: hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, etilismo, histórico familiar, dislipidemia, diabetes mellitus, coronariopatia, sedentarismo, estresse, fibrilação atrial e estenose de carótidas. Outro fator de risco importante é a faixa etária. A idade avançada que acarreta uma redução da capacidade do cérebro para se adaptar ao estresse, associada a um aumento marcante na incidência de doenças neurodegenerativas e AVC.

O Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi) apresenta o déficit neurológico resultante da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral, podendo ser temporário (episódio isquêmico transitório, EIT) ou permanente, e tem como principais fatores de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as cardiopatias e a diabetes mellitus (DM). Outras etiologias podem estar associadas ao AVCi, tais como coagulopatias, tumores, arterites inflamatórias e infecciosas. Estes conjuntos de doenças representam grande ônus em termos socioeconômicos, pela alta incidência e prevalência nos quadros de sequelas¹.

O Ataque Isquêmico Transitório (AIT) refere-se ao déficit neurológico transitório com duração de menos de 24 horas para o total retorno à normalidade. No AIT, os sintomas de deficiência neurológica podem aparecer por minutos ou horas. Terminado o ataque, não há lesão cerebral ou disfunção neurológica permanente. Aproximadamente 30% dos pacientes com sintomas de AVC vivenciam uma história prévia de AIT¹¹.

Segundo a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, o AIT pode preceder o AVC isquêmico em 9,4% a 26% dos pacientes. O risco de AVC após AIT é de 24 a 29% durante os próximos 5 anos, 4 a 8% no primeiro mês e 12 a 13% durante o primeiro ano. Alguns fatores que podem identificar o paciente de maior risco são: idade avançada; AIT “crescendo”, isto é, aumento do tempo de duração até o retorno da normalidade; estenose significativa da artéria carótida; doença cardíaca associada; fibrilação atrial de início recente; fonte cardioembólica definida e AIT hemisférico¹².

Já o AVC hemorrágico (AVCh) ocorre quando o vaso sanguíneo se rompe, extravasando sangue pelo córtex cerebral. Pode acontecer dentro do cérebro (hemorragia intracerebral) ou para o lado de fora do mesmo, entre o cérebro e a membrana aracnóide, ocasionando a hemorragia subaracnóidea (HSA)³⁰, geralmente em decorrência da ruptura de aneurismas saculares congênitos que se encontram localizados nas artérias do polígono de Willis¹.

As principais sequelas provenientes de um AVC são os déficits

neurológicos que vão refletir em todo o corpo, uni ou bilateralmente, como consequência da localização e dimensão da lesão cerebral, podendo apresentar como sinais e sintomas: perda do controle voluntário em relação aos movimentos motores, sendo as disfunções motoras mais comuns a hemiplegia e a hemiparesia. Existe, assim, um comprometimento ao nível das funções neuromuscular, motora, sensorial, perceptiva e cognitiva/comportamental¹⁴.

Cerca de 90% dos sobreviventes do AVC são portadores de hemiplegia, o que não é necessariamente uma barreira para recuperação da habilidade de andar e adquirir a independência. Defeitos cognitivos são comuns e muitos prejudicam as habilidades do paciente em aprender novas estratégias. Paciente com disfasia receptiva ou defeitos de memória, por exemplo, encontrarão dificuldade de cooperar com o programa de reabilitação. Esse termo implica paralisia de um lado do corpo e geralmente afeta o braço, a perna e o tronco³. Um conceito crítico no tratamento do paciente com AVC é a capacidade de reconhecimento das alterações de tônus e padrões motores sinérgicos. A flacidez (hipotonia) está presente imediatamente após o AVC, tendo em geral existência breve, perdurado por horas, dias ou semanas. A espasticidade emerge em cerca de 90% dos casos, tendendo a ocorrer nos músculos antigravitacionais¹¹.

Os efeitos da espasticidade são de restrição dos movimentos e postura estática dos membros. No membro superior, a espasticidade está presente principalmente nos retratores da escápula, adutores, depressores e rotadores internos do ombro, flexores do cotovelo, pronadores do antebraço, flexores de punho e dedos. No pescoço e tronco pode causar inclinação (aumento da flexão lateral) para o lado hemiplégico. No membro inferior, os músculos mais acometidos pela alteração do tônus são os retratores pélvicos, adutores, rotadores internos e extensão do quadril, extensores do joelho, flexores plantares, supinadores e flexores dos dedos¹¹.

A presença de espasticidade, quando não tratada, causa alterações musculoesqueléticas como contraturas e deformidades que interferem na postura e na funcionalidade, produzindo complicações secundárias. Os pacientes hemiplégicos, portanto, apresentam dois mecanismos para formação de contraturas: a presença de espasticidade e a inatividade¹¹.

A sensibilidade sofre prejuízo, mas raramente está ausente no lado hemiplégico. O tipo e a extensão da deficiência estão relacionados à localização e extensão da lesão vascular. A perda do tato superficial, dor e temperatura são comuns, contribuindo para uma disfunção perceptiva geral e para risco de auto-lesões, como, por exemplo, queimaduras¹¹.

Diante esse quadro com acometimento de várias áreas, existem várias possibilidades de tratamento que visam minimizar os efeitos das sequelas de um acidente vascular cerebral. A Fisioterapia oferece técnicas e métodos de intervenção que atuam nas áreas acometidas, sendo a Hidroterapia uma delas. A Hidroterapia é um dos métodos terapêuticos mais antigos utilizados para o gerenciamento de disfunções sensório-motoras e físicas. As propriedades de suporte, assistência e resistência da água favorecem os fisioterapeutas e pacientes na execução de programas voltados para melhora da amplitude de movimento, recrutamento muscular, exercícios de resistência e no treinamento de deambulação e equilíbrio¹⁵.

Neste sentido, a Hidroterapia é um recurso fisioterápico realizado de forma individual ou coletiva, em piscina coberta e aquecida, que tem como

finalidade tratar e reabilitar pacientes das mais diversas especialidades através de técnicas com exercícios específicos aplicados dentro da água¹⁶.

Hidroterapia é a união dos exercícios aquáticos com a terapia física indicada para várias patologias. Os princípios físicos da água em conjunto com o calor da mesma são responsáveis pelas respostas fisiológicas osteomusculares. Assim, o programa de tratamento consta de aquecimento, alongamento, resistência, força muscular e relaxamento, cada um com o seu tempo determinado segundo o objetivo¹⁷.

Essa técnica tem como objetivos: promover o relaxamento muscular geral, a socialização, a autoconfiança, a autoestima e uma sensação de realização e de progresso rumo à recuperação, o que pode estimular o interesse do paciente em continuar em um programa de reabilitação. Quando realizada em grupo, estabelece a camaradagem, o compromisso e pode varrer sentimentos de isolamento, raiva, depressão ou ansiedade que comumente acompanham o processo de lesão ou doença. O paciente torna-se um participante ativo ao invés de passivo na reabilitação, o que aumenta a sua autoestima e qualidade de vida, melhorando o seu prognóstico¹⁸.

A água aquecida (temperatura variando entre 30° C e 34° C) diminui a tensão e a dor muscular, proporcionando um ambiente confortável e relaxante para o exercício terapêutico. A redução da espasticidade muscular provocada pelo calor da água pode melhorar a amplitude de movimento e a redução da dor pode beneficiar psicologicamente o paciente¹.

Quando o objetivo é aumentar a amplitude de movimento, a temperatura deve variar entre 33°C e 35°C. Temperaturas mais altas melhoram a circulação e diminuem a rigidez muscular e a dor. E o paciente relata uma sensação de relaxamento. Se o objetivo for força e resistência, a temperatura deve variar entre 30°C e 32°C¹⁸.

Kuory¹⁸ acrescenta que, como os pacientes são capazes de se mover mais facilmente e com menos dor durante a hidroterapia, eles progridem ao longo dos níveis de exercícios mais rapidamente. Isso pode aumentar a adesão ao programa, porque as pessoas se sentem mais bem-sucedidas na piscina. Os pacientes que precisam enfrentar um longo caminho para a recuperação podem ter uma melhor perspectiva, conscientes de que estão assumindo um papel mais ativo em direção a esse fim.

No tratamento pós-AVC, a Fisioterapia Aquática ou Hidroterapia destaca-se por diminuir a sustentação do peso do paciente, facilitando sua mobilização durante a intervenção, para que o fisioterapeuta possa diminuir quadros inflamatórios, algicos, retrações, espasmos musculares e limitações da amplitude de movimento e, assim, ampliar a capacidade funcional de pacientes com sequela de AVC⁶.

Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica que destaque os benefícios da Hidroterapia em pacientes com sequelas do AVC.

A hipótese é que a Hidroterapia proporciona benefícios como o retorno mais rápido do paciente para as suas atividades da vida diária, maior capacidade funcional, aptidão cardíaca e socialização.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de revisão, de forma sistematizada, por meio da utilização de bases de dados eletrônicas. A busca de artigos científicos e livros relacionados ao tema “Benefícios da Hidroterapia em pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral” foi realizada nas bases de dados Lilacs, Science

Direct e SciELO. A avaliação dos títulos e dos resumos identificados na busca inicial foi feita por dois pesquisadores, de forma independente e cegada. Foram utilizados somente os artigos escritos em português, encontrados por meio de busca com os seguintes descritores: “acidente vascular cerebral”; “hidroterapia” e “modalidade de fisioterapia”. Além da busca nestas bases, foram realizadas buscas de periódicos no site Google e em livros impressos da área de ciências fisioterápicas.

Os critérios de inclusão foram: (1) população de adultos, (2) a intervenção realizada era a Hidroterapia, (3) os efeitos poderiam ser tanto objetivos tais como melhora na amplitude de movimento, melhora dos ângulos articulares durante a marcha ou subjetivos tais como melhora da funcionalidade dos membros superiores e inferiores, melhora do padrão da marcha, melhora dos aspectos psíquicos e sociais. O ano de publicação não foi considerado um critério de exclusão devido ao número reduzido de pesquisas realizadas acerca do tema investigado. Nesse estudo não há metanálise.

Resultados

A coleta dos dados foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2018. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos nacionais e originais. Como critérios de exclusão, foram retirados do trabalho todos os artigos de revisão e estudos em que a temática não era pertinente ao tema. O trabalho mais antigo foi publicado em 1998 e a publicação mais recente é do ano de 2013.

Na plataforma SciELO, foram encontrados cinco artigos sobre o tema, utilizando as palavras-chave “Hidroterapia”, e um deles tinha relação direta com o AVC. Na plataforma Science Direct, foram encontrados treze arquivos, com as palavras-chaves, “Modalidades de fisioterapia e Hidroterapia”, e dois artigos tinham relação com o AVC e foram inseridos no trabalho. Das dez referências encontradas na plataforma Lilacs, com as palavras-chave “Hidroterapia e AVC”, três artigos foram utilizados. Assim, dentre os 28 documentos encontrados, foram selecionados vinte artigos para análise e apenas seis atenderam ao objetivo proposto pelo o estudo e abordaram as técnicas de reabilitação utilizadas pela Hidroterapia. Dentre estes também, três artigos relataram melhora da artrose, melhora de amplitude de movimento e melhora da força muscular.

Segundo os artigos encontrados, pacientes com problemas neurológicos possuem lesões restritas e complexas e a reabilitação aquática oferece uma abordagem única e versátil para o tratamento dessas lesões e das deficiências secundárias. Durante a terapia na piscina, o calor da água ajuda a aliviar a espasticidade, mesmo que o alívio seja apenas temporário. Entretanto, à medida que a espasticidade diminui, movimentos passivos podem ser administrados com maiores amplitudes e menor desconforto para o paciente, possibilitando a manutenção de amplitude articular².

Dicas importantes abordadas são que 1) os movimentos passivos devem ser efetuados lentamente e ritmicamente, começando com o tronco e articulações distais, 2) a principal dificuldade consiste em obter uma fixação estável para ambos, o paciente e o terapeuta. Em algumas oportunidades pode ser necessário um segundo fisioterapeuta para ajudar², 3) quando a força muscular voluntária está ausente, movimentos passivos são usados para prevenção de contraturas e para manter a amplitude das articulações, 4) uma

amplitude de movimentação completa é essencial, mas se isto for limitado pela dor, o movimento deve ser conduzido através de uma amplitude tão grande quanto possível e 5) tão logo a força voluntária comece a retornar, exercícios ativos substituem os movimentos passivos²⁰.

No estudo realizado por Piassaroli foi relatado que, principalmente nos pacientes hemiplégicos, há prejuízo dos reflexos posturais. Assim, com a redução da espasticidade na água e o aumento da força muscular, os reflexos posturais do paciente podem melhorar. O paciente deve ser auxiliado a usar os membros afetados tão precocemente quanto possíveis a sustentação e suporte de peso, objetivando diminuir a hiperatividade do lado sadio. Os movimentos devem ser iniciados a partir do tronco para ativar o lado ou parte do corpo afetado¹⁴.

Outras propriedades da água também são benéficas para programas de tratamento de disfunções neurológicas. Quando o movimento ocorre mais rápido na água, promove o deslocamento turbulento oferecendo resistência, que é proporcional à velocidade de movimento. Além de fortalecer músculos fracos, essa resistência também pode elevar o estímulo sensitivo, conduzindo a uma facilitação do padrão de movimento²².

No estudo de Jakaitis et. al²³ foram incluídos treze pacientes nas fases subaguda e crônica do AVC com o objetivo de avaliar o condicionamento físico durante seis meses de fisioterapia aquática. Ao fim do tratamento proposto, os autores concluíram que ocorreu um efeito favorável na avaliação do esforço e na variabilidade de frequência cardíaca (FC). Eles destacaram a relevância da atividade física na melhoria do condicionamento cardiorrespiratório, entretanto, ainda necessitam de estudos com uma amostra maior e a correlação com algumas variáveis como: duração da doença, idade média da população, comprometimento neurológico, funcional e uso de medicamentos.

O estudo de Kabuki e Sá²⁴, realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Metodista de São Paulo, avaliou os efeitos da hidroterapia na pressão arterial e na frequência cardíaca, em pacientes portadores de AVC. O tratamento foi realizado com uma frequência de três vezes por semana e após vinte e quatro atendimentos os autores evidenciaram que a reabilitação aquática, associada à atividade física, promoveu alterações positivas na pressão arterial e frequência cardíaca.

Outro estudo importante²⁵ objetivou investigar a influência da fisioterapia aquática na transferência de peso no hemicorpo acometido durante a passagem do sentado para ortostatismo em um paciente com AVC. O atendimento foi realizado durante o período de dois meses. O protocolo desenvolvido visou estimular a ativação do glúteo máximo, como também a transferência de peso no lado parético. Os autores concluíram que o tratamento foi favorável para a ativação do glúteo máximo e a melhora da descarga de peso e esses fatores interferiram positivamente em relação à segurança e à independência na transferência de sentado para ortostatismo.

Outra evidência do estudo é que os pacientes que sofreram um AVC almejam o retorno da habilidade de locomover-se e de realizar suas atividades da vida diária com independência. A partir desse resultado, concluiu-se que a reabilitação multidisciplinar é a mais adequada a fim de reduzir os comprometimentos motores e cognitivos, bem como as limitações funcionais e de equilíbrio²⁵.

O estudo que avaliou a qualidade de vida em pacientes com AVC após o

tratamento aquático evidenciou que não houve dados concretos para confirmar ou refutar que os exercícios realizados na água podem ajudar a reduzir os déficits pós-AVC, e indicam que estudos futuros são necessários, adotando uma maior amostra,

de forma controlada e randomizada⁸. Já o estudo de Santos et al⁴. afirma que os pacientes portadores de AVC melhoraram a mobilidade funcional e diminuíram o tempo médio do Teste TimedUpand Go (TUG) após o tratamento de Fisioterapia Aquática. A partir dos artigos selecionados para esse estudo, observou-se que a hidroterapia é uma técnica que oferece benefícios que vão muito além da reabilitação física. Realizada em piscina terapêutica, ela é utilizada para manter a força muscular, a capacidade cardiorrespiratória, as amplitudes articulares, evitar os encurtamentos musculares. Devido às propriedades físicas da água, a movimentação voluntária e a adoção das diversas posturas podem ser facilitadas, é possível também, a realização dos exercícios de alongamento muscular com alívio da dor.

Além disso, a liberdade de movimento proporciona alegria e satisfação, porque os pacientes são capazes de realizar atividades que não podem ser possíveis em terra devido à ação da gravidade, motivando-os a continuar o tratamento.

Conclusão

Com base nas literaturas pesquisadas e resultados encontrados, conclui-se que, a hidroterapia é um recurso fisioterapêutico de grande importância para a recuperação das sequelas do acidente vascular cerebral. Podendo ser utilizada em várias intercorrências, a fisioterapia aquática e suas técnicas, como a Hidrocinesioterapia, Bad Ragaz, Halliwick e Watsu, proporcionam assim, diferentes resultados e reações.

Dentre os resultados encontrados, observou-se que os mais significativos foram em relação à melhora da postura, ganhos de flexibilidade muscular, recuperação de força muscular e melhora do condicionamento cardiovascular, proporcionando ao indivíduo o retorno mais rápido para as suas atividades da vida diária, maior capacidade funcional, aptidão cardíaca e socialização.

Neste sentido, é possível cada vez mais perceber a importância do fisioterapeuta em possuir um conhecimento, detalhado e atualizado, em relação às suas condutas e objetivos. Atualmente, vem crescendo bastante a necessidade de uma atuação fisioterapêutica baseada em evidências, em que o fisioterapeuta fundamenta sua atuação não só na experiência profissional, mas em estudos científicos.

Tomando como base a Fisioterapia Aquática, esta visão auxilia a tomada de decisões, permitindo ao fisioterapeuta a elaboração de objetivos e condutas mais adequadas para uma ampla classe de pacientes como os com AVC. Na perspectiva da Fisioterapia Aquática, ressalta-se o valor do conhecimento teórico, sua prática e seus benefícios em AVC, para que o fisioterapeuta elabore seu plano de tratamento com maior embasamento teórico científico, buscando também a adequação necessária para cada paciente, seguindo os princípios da individualidade e da especificidade.

Referências

1. Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *ArqNeuro-Psiquiatr*2000; 58(1): 99-106.
2. Garcia AS, Oliveira JL, Coutinho GAX, Ferreira EGV, Marinho HVR. Os efeitos da hidroterapia sobre o déficit de equilíbrio em indivíduo com sequela de acidente vascular cerebral. *FisioterBras*2010; 11(6): 444-8.
3. Araújo APS, Silva PCF, Moreira RCPS, Bonilha SF. Prevalência dos fatores de risco em pacientes com acidente vascular encefálico atendido no setor de neurologia da clínica de fisioterapia da UNIPAR, campus sede. *ArqCiênc Saúde Unipar* 2008; 12(1): 35-42.
4. Santos, Daniel Gonçalves, et al. Avaliação da mobilidade funcional do paciente com sequela de AVE após tratamento na piscina terapêutica, utilizando o teste TimedUpandGo. *Einstein*, 2011; 9 (3 Pt1):302-6
5. Nishida AP, Amorim MZM, Inoue MMEA. Índice de Barthel e do estado funcional de pacientes pós acidente vascular cerebral em programa de fisioterapia. *Salusvita*2004; 23(3): 467-77.
6. Degani AM. Hidroterapia: os efeitos físicos, fisiológicos e terapêuticos da água. *Fisiotermov*1998; 11(1): 91-106.
7. Cunha MCB, Labronini RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Hidroterapia. *Rev. Neurocienc* 1998;6(3):126-30.
8. Mendis S. Stroke disability and rehabilitation of stroke: World Health Organization perspective. *Int J Stroke*. 2013; 8(1): 3-4.
9. OLIVEIRA, Débora Sodré. Análise do Perfil Epidemiológico de Pacientes com Acidente Vascular Encefálico Atendido na Clínica Escola de Saúde do UNIFOR/Débora Sodré de Oliveira-2013.60f.
10. Novak EM, Zétola VHF, Muzzio JA, Puppi M, Junior HC, Werneck LC. Conhecimento leigo sobre doença vascular encefálica. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2003; 61(3B): 772-6.
11. O'Sullivan SB, Schmitz TJ. *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento*. 5ª Ed. São Paulo: Manole; 2010. p.519-617.
12. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV). Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. *ArqNeuro- Psiquiatr*2001; 59(4): 972-80.
13. Damiani IT, Yokoo EI, Gagliandi RJ. AVC - Acidente Vascular Cerebral.

[endereço na internet]. (citado em 12 de outubro de 2018). Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br>.

14. Piassaroli CAP, Almeida GC, Luvizotto JC, Biagioli, AB, Suzan, M. Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC isquêmico. *RevNeurocienc* 2012; 20(1): 128-37.

15. Orsini M.; Freitas M.R.G.; Mello M.P.; Antonioli R.S.; Kale N.; Eigenheer J.F.; Reis C.H.M.; Nascimento O.J.M. Hidroterapia no gerenciamento da espasticidade nas paraparesias espásticas de várias etiologias. *Revista neurociência*, v.18, n. 1, p. 81-86, 2008.

16. Reabilita. Companhia Paulista de Reabilitação. Hidroterapia. [endereço na internet] (citado em 10 de outubro de 2018). Disponível em: <http://www.reabilita.com.br>.

17. Viana SMNR, Nogueira ANC, Macena RHM. Hidroterapia. Fortaleza: Premium; 2010. P.73-86.

18. Koury JM. Programa de Fisioterapia Aquática: Um Guia para a Reabilitação Ortopédica. 1º Ed. São Paulo: Manole; 2000. p. 1-14 e 201-03.

19. Champion MR. Hidroterapia: Princípios e Prática. 1º Ed. São Paulo: Manole; 2000. p. 334.

20. Vasconcelos TB, Sousa CAPB, Câmara TMS, Bastos VPD. Avaliação da incapacidade em indivíduos com lombalgia crônica de origem ocupacional antes e após o tratamento de fisioterapia aquática. In: XVII Encontro de Iniciação à Pesquisa da Unifor, 2011, Fortaleza. Anais dos Encontros Científicos 2011:5321.

21. Gabilan YPL, Perracini MR, Munhoz MSL, Ganança FF. Fisioterapia aquática para reabilitação vestibular. *Acta Orl*2006; 24(1): 25-30.

22. Jakaitis F, Santos DG, Abrantes CV, Gusman S, Bifulco SC. Atuação da fisioterapia aquática no condicionamento físico do paciente com AVC. *RevNeurocienc*2012; 20(2)204-09.

23. Kabuki MT, Sá TS. Os efeitos da hidroterapia na hipertensão arterial e frequência cardíaca em pacientes com AVC. *RevNeurocienc*2007;15(2):131-4.

24. Lima PN, Souza CM, Andrade SS, Cyrillo FN, Braga DM. Fisioterapia Aquática na Transferência do Sentado para Ortostatismo no Paciente com AVC: Relato de Caso. *RevNeurocienc*2013;21(2):251-57.

25. Ovando AC. Acidente vascular encefálico: comprometimento motor dos membros inferiores e alterações na marcha. *Revista Digital*. 2009; 14(132):

04.ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA¹

*Elizabete Modesto Feitosa²
Maria Amélia Pereira de Sá³
Erci Gaspar da Silva Andrade⁴
Me. Walquiria Lene dos Santos⁵*

Resumo

O câncer de mama (CM) é mundialmente o que mais acomete as mulheres, representando 23% de todos os tipos de câncer incidentes. A mortalidade anual desta neoplasia é de mais de 411 mil mortes por ano. Representando um grande problema de saúde pública. O Brasil tem acompanhado as altas taxas de incidência e mortalidade de CM dos países desenvolvidos, porém as medidas necessárias à prevenção, rastreamento/diagnóstico e controle da doença não tem sofrido o mesmo crescimento. O presente estudo tem como objetivo identificar como é realizada a assistência de enfermagem no rastreamento do câncer de mama. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a fim de deduzir generalizações sobre questões substantivas, a partir de um conjunto de estudos diretamente influenciados sobre essas questões. Nesse sentido para auxiliar no diagnóstico e rastreamento do CM a mamografia e um dos exames que são solicitados, apesar da mamografia ser o mais indicado 90% das situações de CM são detectados através das próprias mulheres. Pode-se afirmar, portanto que a promoção do autoexame seja um método eficiente para a sua detecção. Desse modo o rastreamento do CM é realizado através dos exames de imagem e também dos exames clínicos. Uma vez bem orientada em relação ao CM e a forma correta do autoexame, sanando assim todas as dúvidas dessas mulheres relacionadas ao tema, pode-se com isso ter o diagnóstico precoce e assim há muito mais chances de cura.

Palavras-chave: NEOPLASIA DA MAMA. ENFERMAGEM ONCOLÓGICA. PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.

Abstract

Breast cancer (CM) is the world's most affected by women, accounting for 23% of all types of cancer incidents. The annual mortality of this neoplasm is more than 411 thousand deaths per year. Representing a major public health problem. Brazil has followed the high rates of CM incidence and mortality in developed countries, but the measures necessary for the prevention, screening, and control of the disease have not undergone the same growth. The present study aims to identify how nursing care is performed in the screening of breast cancer. It is an integrative review of the literature, in order to deduce generalizations about substantive issues, from a set of studies directly influenced on these issues. In this sense to assist in the diagnosis and screening of CM mammography and one of the tests that are requested, although mammography is the most indicated 90% of CM situations are detected through the women themselves. It can be argued, therefore, that the promotion of self-examination is an efficient method for its detection. In this way

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

Créditos: este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

² Acadêmica de Enfermagem Graduação, Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires Valparaíso-Goiás.

³ Acadêmica de Enfermagem Graduação, Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires Valparaíso-Goiás.

⁴ Docente da FACESA, Graduada em Pedagogia, Especialização em Língua Brasileira de Sinais, Gestão Administrativa em Pedagogia Hospital e Neuropsicopedagogia.

⁵ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás

the CM tracking is performed through the imaging exams as well as the clinical exams. Once well oriented in relation to CM and the correct form of self-examination, thus healing all the doubts of these women related to the subject, one can with this have the early diagnosis and thus there is much more chances of cure.

Keywords: BREAST NEOPLASM. ONCOLOGICAL NURSING. PREVENTION OF BREAST CANCER.

Introdução

A neoplasia, conhecida popularmente como câncer pode ser definida como uma doença degenerativa que se desenvolve no próprio organismo, resultante de um acúmulo de lesões no material genético das células, que induz ao processo de crescimento, reprodução e dispersão anormal, com controle alterado sobre a proliferação e morte celular¹. É uma doença de proporções graves, colocando em risco a vida do indivíduo e podendo afetar qualquer parte de seu organismo¹.

O câncer de mama (CM), é mundialmente o que mais acomete as mulheres, representando 23% de todos os tipos de câncer incidentes no mundo. A mortalidade anual desta neoplasia é de mais de 411 mil mortes, sendo responsável por mais de 1,6% dos óbitos femininos em todo o mundo. Representando um dos maiores problemas de saúde pública².

O Brasil tem acompanhado as altas taxas de incidência e mortalidade de CM dos países desenvolvidos, porém as medidas necessárias à prevenção, rastreamento/diagnóstico e ao controle da doença não tem sofrido o mesmo crescimento³.

Apesar do elevado número de pesquisas já conduzidas sobre o câncer de mama, a sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida, sendo a mesma atribuída a uma interação de fatores como o envelhecimento, características relacionadas à vida reprodutiva da mulher, exposição à radiação ionizante, alta densidade do tecido mamário e história familiar de câncer de mama⁴.

O rastreamento deve ser oferecido à todas as mulheres de acordo com os protocolos para cada faixa etária. Esse rastreamento deve iniciar-se aos 40 anos, mediante a realização anual do exame clínico das mamas, seguido, nas mulheres de 50 a 69 anos, pela realização da mamografia. Mulheres pertencentes a grupos de risco devem iniciar um rastreamento anual a partir dos 35 anos, com o exame clínico das mamas e com a mamografia (MMG)⁵.

Esse rastreamento pode ser realizado durante consulta de enfermagem, onde o profissional fará levantamento do histórico do paciente, incluindo fatores de risco, bem como proceder o exame físico das mamas e regiões inter mamárias. Além dessas ações, os profissionais de enfermagem que trabalham em serviços do nível primário de atenção à saúde têm a responsabilidade de repassar informações e orientações quanto ao Autoexame das Mamas (AEM) para as mulheres⁴.

Neste sentido, a enfermagem tem o papel de prestar uma assistência integral a essas mulheres, que vai além de conhecimentos técnico-científicos durante o tratamento e também no pós - tratamento. Faz-se necessário o reconhecimento focado nas questões individuais, tais como as necessidades físicas, emocionais e as angústias por elas vivenciadas⁶.

Com base nessas considerações, o rastreamento e o precoce diagnóstico do CM são importantes por aumentar a probabilidade de cura, evitando sofrimento e a mortalidade dessas mulheres. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo identificar como é realizada a assistência de enfermagem durante o rastreamento do câncer de mama.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que envolve a sistematização e publicação dos resultados de pesquisa, a partir de um conjunto de estudos diretamente influenciados sobre essas questões.

Para ser considerada uma pesquisa, a revisão de literatura deve seguir o mesmo rigor da pesquisa primária. Nesse sentido, para esta revisão, foram consideradas as fases de pesquisa identificação do problema e objetivo da pesquisa; pesquisa da literatura com foco sobre o tema a ser estudado; avaliação dos dados aplicando critérios de inclusão e exclusão; análise dos dados extraíndo das fontes primárias as características da amostra.

A busca pela literatura ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos meses de junho de 2018 e setembro de 2018. As bases de dados de literatura científica e técnica consultadas foram: Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME); são eles: “neoplasia da mama”, “enfermagem oncológica” e “prevenção do câncer de mama”

Foram critérios de exclusão: artigos repetidos, artigos não acessíveis em texto completo, resenhas, anais de congresso, artigos de opinião, artigos de reflexão, editoriais, artigos que não abordaram diretamente o tema deste estudo e artigos publicados fora do período de análise. Foi elaborado um quadro para organização da análise dos artigos contendo os itens: tipo de publicação, ano, autores, título e objetivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

TABELA 1 – Título da obra, ano de publicação e objetivo proposto.

°	Título da obra	Autores	Ano de publicação	Objetivo proposto
01	Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de mama- Revisão integrativa.	Maria Eduarda Azevedo, Kananda Si Campos, Rafaela P. Medeiros Rodrigues Cindy Campêlo Araújo, Fernanda Ma Chianca da Silva,	2016	Esclarecer o papel do profissional de Enfermagem na prevenção do câncer de mama, sobretudo a prevenção secundária, e especificar as possíveis ações frente ao diagnóstico de câncer.
02	Estimativa para o câncer de mama feminino: E a assistência de enfermagem na prevenção.	Ana Beatriz da Costa Fonseca, Erta Soraya R. César Rodrigues, Maria Mirtes da Nóbrega, Juliane de Oliveira Costa Nobre, Gutemberg José França, Lucelio Pereira da Silva.	2016	Analisar as estimativas do câncer da mama para o ano de 2016 no Brasil

03	O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária	Ana Luiza Barreto Zapponi, Florence Romijn Tocantins, Octavio Muniz da Costa Vargens.	2015	Identificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção à saúde da mulher e discutir a ação profissional do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária.
04	Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.	Débora Cherchiglia de Moraes, Ana Maria de Almeida, Elisabeth Niglio de Figueiredo, Edilaine Assunção Caetano de Loyola, Marislei Sanches Panobianco.	2017	Identificar as ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama realizadas por enfermeiros de unidades básicas de saúde (UBS) de Ribeirão Preto.
05	A gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa	Juliana Dias Cirilo, Marcelle Miranda da Silva, Patrícia dos Santos Claro Fuly, Marléa Chagas Moreira.	2016	Compreender e analisar a gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa. Estudo exploratório, qualitativo, que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados.
06	Avaliação da qualidade de vida em mulheres acometidas por câncer de mama em uma unidade particular, no município de Campos dos Goytacazes, RJ.	Beatriz Machado Lança Ferreira, Dayana da Silva Malaquias Crespo, Luisa Carvalho Prata, Hillary de Sousa Isabel, Thaís Aparecida de Castro Palermo, Carolina Magalhães dos Santos, Eduardo Viana Ricardo.	2017	Analisar a qualidade de vida de mulheres em tratamento de câncer de mama, identificar fatores correlacionados ao impacto na qualidade de vida vivenciada por estas mulheres e quantificar o índice geral de QV de mulheres em Tratamento de câncer de mama.
07	Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama.	Catia Regina Pirhardt Freitasb, Karina Lemos Terrac, Nen Nalú Alves Das Mercêsd.	2011	Identificar o conhecimento dos acadêmicos, quanto aos fatores de prevenção para o Câncer de mama.

-
- | | | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08 | Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. | Luciana Martins da Rosa, Vera Radünz. | 2013 | Identificar o perfil social, clínico e demográfico e o intervalo de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, do sintoma ao tratamento adjuvante das mulheres com câncer de mama tratadas em instituição oncológica de Santa Catarina. |
| 09 | Conhecimento e prática de médicos e enfermeiros sobre detecção precoce do câncer de mama | Adriane Pires Batiston, Arianne Tiemi Jyoboji Moraes, Aryne Arnez, Mara Lisiane de M. dos Santos, Leila Simone Foerster Merey, Arthur Almeida de Medeiros. | 2016 | Comparar o conhecimento e a prática autorreferida dos médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família em relação à detecção precoce do câncer de mama. |
| 10 | Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde | Maria Cristina Traldi, Priscila Galvão, Sirlei Siani de Moraes, Márcia Regina Campos da Costa Fonseca. | 2016 | Estabelecer o tempo decorrido (em dias) entre a suspeita e o diagnóstico do câncer de mama, subdividindo os intervalos entre os eventos: consulta médica na atenção básica; mamografia ou ultrassonografia; consulta médica especializada; biópsia; consulta médica para conclusão do diagnóstico. |
| 11 | A importância do diagnóstico precoce do câncer de mama e sua magnitude no universo feminino | Silva ELS, Viana ER | 2015 | Descrever o conhecimento das mulheres acometidas por neoplasia de mama relacionadas à influência e a detecção precoce, analisar a importância do diagnóstico precoce em mulheres acometidas por câncer de mama, analisar os fatores de riscos relacionados ao |
-

câncer de mama e
relatar o impacto do
câncer de mama na
qualidade de vida.

A tabela 1 mostra os artigos selecionados de acordo com o título, autor, ano de publicação e objetivo proposto, referente ao ano de publicação dos artigos que foram utilizados no ano 2017 corresponde ao número de 2 com porcentagem de 18%, no ano 2016 utilizou 05 artigos equivalente a 46%, 2015 são 2 artigos 18%, 2013 apenas 1 artigo 9% e no ano de 2011 também 1 artigo 9%.

O CM como as demais neoplasias malignas, resulta de um aumento descontrolado de células anormais, que ocorrem em função de alterações moleculares sejam estas hereditárias bem como adquiridas por exposição a elementos ambientais ou metabólicos estas alterações moleculares podem ocasionar mudanças no crescimento celular, sendo assim na morte celular agendada levando para o surgimento do tumor².

Uma em cada oito mulheres desenvolve CM, desta forma é a essencial causa de mortalidade por câncer em mulheres. Não apresenta causa apenas própria acredita-se que 90% a 95% destes sejam esporádicos (não familiares) e decorram de mutações somáticas, que se verificam durante a vida, e que 5% a 10% sejam hereditários (familiares), devido a mutações nucleotídicas perpetuadas na linhagem familiar através de células germinativas, que oferece suscetibilidade para o CM⁴.

Existem inúmeros elementos que contribui o desenvolvimento do CM, pode-se mencionar como mais importantes: a disposição genética, costumes alimentares, estilo de vida e condições ambientais. Na atualidade, o câncer é uma das doenças que muito mais mata pessoas no mundo, por exemplo, o CM que estão de forma arrasadora mutilando e levando as mulheres à morte é provavelmente que tal doença a muito mais temida no mundo todo devido a sua alta regularidade e pelos seus sintomas emocionais ela prejudica tanto quanto a sexualidade quanto a representação individual da mulher⁴.

Para o monitoramento do CM, são primordiais as ações de rastreamento, que se baseiam na realização ordenada e periódica de avaliações em mulheres assintomáticas, bem como a constatação adiantada em mulheres sintomáticas para que dessa forma seja realizado o diagnóstico em fases iniciais, quando os tratamentos são realizados se tornam muito mais eficazes na maioria das ocorrências tendo assim chance de cura da doença⁷.

Por esse motivo torna-se fundamental a qualificação das equipes de atenção primária, sendo o enfermeiro uma peça importante no rastreamento. O rastreamento do CM deve acontecer no momento da captação das mulheres para a instituição básica de saúde, expondo na prática a concepção da integralidade da assistência. Desse modo, o cuidado à saúde deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas como ser humano e ser social. Todavia, os enfermeiros constroem, sobretudo, ações direcionadas para um corpo físico e voltadas à saúde reprodutivo³.

Nesse sentido para auxiliar no diagnóstico e rastreamento do CM a mamografia e um dos exames que são solicitados, apesar da mamografia ser o mais indicado 90% das situações de CM são detectados através das próprias mulheres. Pode-se afirmar, portanto que a promoção do autoexame seja um método eficiente para a sua detecção. Porém, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, contribui para a valorização de ações voltadas para o corpo físico com o propósito de identificar anormalidades sem considerar as queixas e especificidades trazidas pelo usuário do sistema de saúde³.

Apesar da mamografia ser uma forma de rastreio não deve ser um método isolado, sua associação com o exame clínico das mamas realizada de forma correta, pode ser uma forma eficiente na constatação desta neoplasia, sendo de baixo custo e podendo ser

realizado em qualquer serviço de saúde³. Estudos internacionais afirmam que é essencial uma relação satisfatória entre profissionais e usuários dos serviços de saúde na adesão aos exames de rastreamento do CM, e que a qualidade da assistência prestada pelo profissional enfermeiro mostra-se relevante para motivar a adesão das mulheres⁷.

Para que ocorra um rastreamento de excelência primeiramente o profissional tem que está apto para tal função, as mulheres como mencionado deve aderir aos exames de rastreamento são eles a mamografia, autoexame, ultrassom e os exames clínico realizado pelo profissional de saúde, a busca ativa é uma estratégia importante para ampliar essa adesão, e o Ministério da Saúde (MS) brasileiro aponta que, para a eficácia das ações do programa de controle dessa neoplasia, há necessidade de se cumprir as metas de cobertura da população-alvo e o aprazamento adequado dos exames, além de um seguimento adequado das usuárias dos serviços de saúde^{7,8}.

Relevância da assistência de enfermagem para o diagnóstico precoce do câncer de mama

A cada ano cresce o número de novos casos de câncer da mama entre mulheres no Brasil, diversas campanhas são realizadas com o intuito de orientar, rastrear, diagnosticar e tratar o câncer de mama, apesar de todo esse esforço que envolve a ação de vários profissionais, ainda é alarmante o número de mulheres que morrem em decorrência da doença⁴.

Dentre esses profissionais destaca-se a atuação do enfermeiro, que possui como atribuição na atenção primária a saúde, a assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases de desenvolvimento humano. Portanto, são de responsabilidade do enfermeiro, a partir do atendimento integral, estimular o empoderamento da mulher quanto sua saúde e seu corpo. Com este entendimento o profissional, nas consultas voltadas a saúde da mulher, deve ser capaz de detectar precocemente anormalidades na mama da mulher que possa ser eventualmente a fase inicial do câncer de mama³.

Nesse contexto, os enfermeiros são importantes multiplicadores das ações de prevenção nos locais de trabalho. Nenhum profissional de saúde tem um contato tão prolongado com o paciente como o enfermeiro, sendo responsável pela administração dos agentes quimioterápicos. Quando no contexto ambulatorial, a consulta de enfermagem é uma estratégia eficaz, favorecendo a aproximação e a construção de uma relação interpessoal de ajuda, onde a gerência do cuidado de enfermagem implica o reconhecimento e o atendimento das necessidades de cuidado do binômio paciente-família^{2,7}.

Portanto, esse contato é um grande facilitador para uma abordagem preventiva à população feminina na atenção básica quanto aos fatores de risco, bem como exerce um importante papel no rastreamento mamográfico organizado².

Esse rastreamento pode ser realizado durante consulta de enfermagem, onde o profissional fará levantamento do histórico do paciente, incluindo fatores de risco, bem como proceder o exame físico das mamas e regiões inter mamárias. Além dessas ações, os profissionais de enfermagem que trabalham em serviços do nível primário de atenção à saúde têm a responsabilidade de repassar informações e orientações quanto ao Autoexame das Mamas (AEM) para as mulheres. Neste sentido, a enfermagem tem o papel de prestar uma assistência holística a essas mulheres, que vai além de conhecimentos técnico-científicos durante o tratamento e também no pós - tratamento. Faz-se necessário o reconhecimento focado nas questões individuais tais como as necessidades físicas, emocionais e as aflições por elas vivenciadas⁴.

A paciente acometida pelo câncer de mama e sua família, vivenciam o diagnóstico como um momento de intensa angústia, sofrimento e ansiedade. Identificado como uma das doenças mais temidas pelas mulheres devido à constância absurda com que vem

ocorrendo e, principalmente pelos seus efeitos psicológicos que afetam a imagem pessoal e a sexualidade da mulher que o vivência, conseqüentemente sendo devastadora tanto no físico como no psicológico^{5,9}.

A mulher vivencia a doença em três etapas diferentes: o diagnóstico, a realização de um tratamento muito longo e agressivo, e por último, aceitação de um corpo marcado e a convivência com essa nova imagem⁶.

Importância da família e amigos no decorrer do diagnóstico, tratamento e a possível cura.

A mulher acometida pelo câncer de mama vivencia o impacto negativo que a doença e as terapêuticas ocasionam sobre as funções sistêmicas, mas, principalmente, sobre a imagem corporal, destacando-se o impacto do enfrentamento da mastectomia, mesmo para aquelas mulheres que realizam a reconstrução mamária. Assim, quanto menos mutiladoras forem as conseqüências da cirurgia, mais qualidade de vida a mulher poderá desfrutar¹⁰.

As mamas estão fortemente ligadas à sexualidade e à feminilidade, quando alteradas pelo câncer e pelas terapêuticas de controle da doença, a sexualidade da mulher é afetada. Muitas pacientes precisam de ajuda para superar o trauma da doença e do tratamento, bem como para retomar, plenamente, a prática da sexualidade⁴.

O apoio social de amigos, família, colegas de trabalho ou de grupos de apoio, exerce efeitos sobre o sistema imunológico e fortalece a autoconfiança, aumentando a capacidade de enfrentar as situações adversas¹¹.

Os grupos de apoio favorecem bastante no ajustamento psicossocial da mulher acometida pelo câncer de mama, sendo referidos como fator protetor e recuperador de sua saúde, pois ali se encontram pessoas em igual situação e que a impedem de desistir. Aprendem, ainda, a lidar com as fases de tratamento, enfrentando a doença com muito mais facilidade. A participação em grupo composto por pessoas com problemas semelhantes propicia às mulheres o reconhecimento de que, unidas, podem transpor barreiras e superar limites. Apresenta, além disso, a possibilidade de discutirem abertamente sobre temas relacionados à doença que dificilmente partilhariam com outros. As participantes sentem-se motivadas a evitar a solidão, minimizando a doença pela opinião e sugestão de outras pessoas que enfrentam os mesmos problemas. A abordagem médica e psicológica específica do câncer de mama aumenta suas autoestimas, levando-as a discutirem e refletirem sobre seus objetivos na reabilitação no que diz respeito à realização pessoal¹¹.

Conclusão

No Brasil existem políticas voltadas para o diagnóstico do CM, porém estão longe de atingir a excelência, a percepção ainda é voltada para métodos curativos e não preventivos. O profissional de enfermagem e de fundamental importância nessa etapa do diagnóstico precoce.

Desse modo o rastreamento do CM é realizado através dos exames de imagem e também dos exames clínicos. A consulta de enfermagem é uma etapa importante que não pode ser negligenciada, pois ser for de forma negligente influencia negativamente em todo o processo, uma vez bem orientada em relação ao CM e a forma correta do autoexame, e sanando todas as dúvidas dessas mulheres relacionado ao tema, pode-se com isso ter o diagnóstico precoce e assim há muito mais chances de cura.

Referências

1. Amorim MAP, Siqueira KZ. Relação entre vivência de fatores estressantes e surgimento de câncer de mama. Rev. Psicol. Argum. Vol. 32. 2017; 143-153.
2. Zapponi ALB, Tocantins FR, Vargens OMC. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária. Rev. Enferm. UERJ. 2015; 22 (1) 33-36.
3. Silva AS, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev Bras Enferm. 2016; 64(6): 1016-21.
4. Fonseca ABC, Rodrigues ESRC, Nobrega MM, Nobre JOC, França GJ, Silva LP. Estimativa para o câncer de mama feminino: e a assistência de enfermagem na prevenção. Rev. Temas e Saúde. 2016; 16 (4) 14-30.
5. Santos GD, Chubaci RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, 16(5):2533-2540, 2017.
6. Derenzo N *et al.* Conhecimento de mulheres sobre fatores relacionados ao câncer de mama. Rev Enferm UFSM 2017 Jul./Set.;7(3): 436-447.
7. Moraes DCM, Almeida AM, Figueiredo EN, Loyola EAC, Panobianco MS. Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da atenção primária à saúde. Rev. Enferm. USP. 2016; 50 (1) 14-21.
8. Rosa LM, Radünz V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 713-21.
9. Batiston AP *et al.* Conhecimento e prática de médicos e enfermeiros sobre detecção precoce do câncer de mama. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 2016. 629(2): 153-162.
10. Traldi MC, Galvão P, Morais SS, Fonseca MRCCF. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (2): 185-19.
11. Silva ELS, Viana ER. A importância do diagnóstico precoce do câncer de mama e sua magnitude no universo feminino. Biol e saúde, 18(5), 3-4, 2015.

05. ATENDIMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA QUANTO À NECESSIDADE DO AFETO FAMILIAR COM O IDOSO¹

*Nathalia Marques Rodrigues²
Patrine Carvalho Alves³
Erci Gaspar da Silva Andrade⁴
Walquiria Lene dos Santos⁵*

Resumo

O presente estudo tem por objetivo analisar como as instituições de longa permanência para idosos estão se portando diante da necessidade do afeto familiar, e identificar como o idoso compreende sua institucionalização. O envelhecimento da população no Brasil é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido à evolução no campo da saúde e à diminuição da taxa da natalidade. É um processo lento, progressivo e também inevitável, o envelhecimento é caracterizado pela redução da atividade fisiológica e de adaptações ao meio externo. Esse processo tende a causar um impacto alterando os hábitos de vida e as rotinas de vida dos idosos e de seus familiares. Realizou-se neste estudo uma pesquisa descritiva. A coleta de dados foi realizada através de acesso à biblioteca virtual SCIELO, e a base de dados LILACS. A coleta de dados foi realizada em setembro a outubro de 2018.

Palavras-chave: INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS. AFETO. IDOSO. APOIO FAMILIAR DE PACIENTE.

Abstract

The purpose of this study is to analyze how long-term institutions for the elderly are dealing with the need for family affection, and to identify how the elderly understand their institutionalization. The aging of the population in Brazil is a reflection of the increase in life expectancy, due to the evolution in the health field and the decrease of the birth rate. It is a slow, progressive and also inevitable process, aging is characterized by reduced physiological activity and adaptations to the external environment. This process tends to have an impact by altering the life habits and routines of the elderly and their families. A descriptive study was carried out in this study. Data collection was done through access to the SCIELO virtual library, and the LILACS database. Data collection was carried out from September to October 2018.

Keywords: LONG-TERM INSTITUTION FOR THE ELDERLY. AFFECTION. OLD MAN. FAMILY SUPPORT OF PATIENT.

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

Créditos: este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

² Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

³ Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

⁴ Docente da FACESA, Graduada em Pedagogia, Especialização em Língua Brasileira de Sinais, Gestão Administrativa em Pedagogia Hospital e Neuropsicopedagogia.

⁵ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás.

Introdução

Hoje, o envelhecimento populacional, é um processo constante que ocorre nos seres humanos, isso significa crescimento mais elevado da população idosa, acarretando modificações orgânicas, que por sua vez coloca em situações de vulnerabilidade. No Brasil o envelhecimento da população é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido à evolução no campo da saúde e à diminuição da taxa da natalidade.^{1,2}

É um processo lento, progressivo e também inevitável, o envelhecimento é caracterizado pela redução da atividade fisiológica e de adaptações ao meio externo. Esse processo tende a causar um impacto alterando os hábitos de vida e as rotinas de vida dos idosos e de seus familiares.³

A legislação brasileira determina que os familiares devam ter responsabilidade com os membros dependentes, se tornando cada vez mais escasso, em função da diminuição da fecundidade, das modificações na nupcial idade e da crescente atuação da mulher, cuidadora no mercado de trabalho. Com isso passa a solicitar que o Estado e o mercado privado dividam as responsabilidades no cuidado com a população idosa.⁴

Pelas mudanças e dilemas sociais, considera-se que, somando ao crescimento do número de idosos, a demanda por instituições que forneçam atendimento a esse público vem aumentando constantemente. Esse fenômeno necessita de fatores culturais, grau de suporte familiar e disponibilidade de serviços alternativos. Mesmo a legislação brasileira preconizando que os cuidados devem ser realizados pela família, entretanto, muitas delas não dispõe de condições e de tempo para arcar com os cuidados de seus entes, sendo assim as Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPI), como uma alternativa para preservar a vida do idoso. No entanto, os cuidados de longa duração a pessoa idosa são classificados como uma grande lacuna nas políticas públicas e sociais, e no setor de saúde. As ILPI necessitariam ser um dos elos da rede de cuidados ao idoso, resultância de uma política pública, porém o que se entende é certo descaso com as temáticas.⁵

Desta Forma o presente estudo tem por objetivo analisar como as instituições estão se portando diante da necessidade do afeto familiar, e identificar como o idoso compreende sua institucionalização.

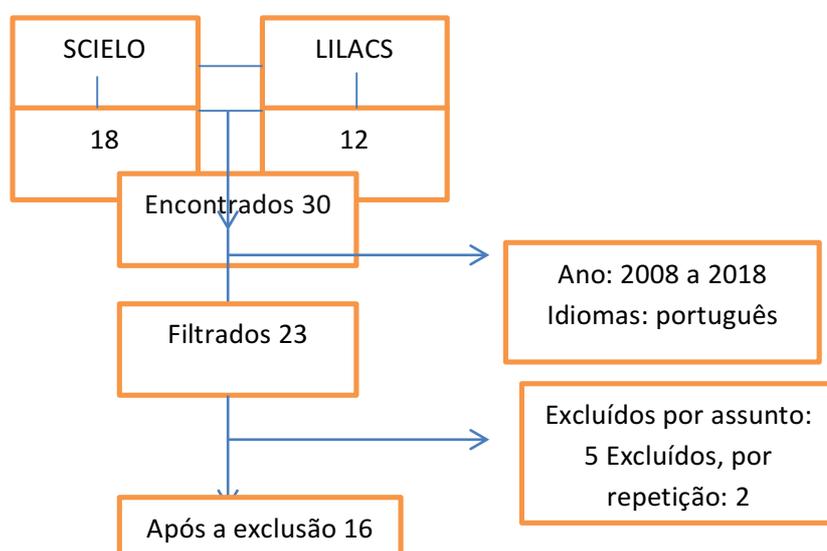
Materiais e métodos

O presente estudo foi realizado através de revisão de Literatura, pesquisando artigos científicos que abordassem a temática em questão na biblioteca virtual, SCIELO, e base de dados LILACS. O tipo de formulário de busca utilizado foi avançado. E a estrutura de busca foi à mesma na base de dados e biblioteca virtual. A coleta de dados foi realizada em setembro e outubro de 2018, como critério de inclusão utilizaram-se artigos que descrevessem sobre as instituições de longa permanência para idosos (ILPI), e a convivência de idosos com os familiares, tendo em vista a importância das ILPIs com o aumento da população idosa, podendo se tornar uma rede de apoio para o idoso e seus familiares. Os artigos foram pesquisados entre

2008 a 2018 utilizou-se para busca os seguintes descritores, Instituição de Longa Permanência para idosos, Afeto, idoso, Apoio familiar de paciente. A mesma foi realizada por meio dos termos combinados aos operadores booleanos “AND” e “OR”. Os critérios de exclusão foram artigos que não abordassem a temática a respeito do tema, e artigos que, apesar de falar sobre instituições de longa permanência para idosos, não possuem enfoque em analisar como as instituições estão se portando diante da necessidade do afeto familiar, e artigos que estavam em língua estrangeiras.

RESULTADOS e DISCUSSÕES

De acordo com os critérios citados anteriormente, foram obtidos 30 artigos provenientes dos diferentes bancos de buscas utilizados, sendo descartados 7 artigos, após o uso dos filtros relativos ao período, idioma e o título, o que resultou em 25 artigos para leitura e análise. A seleção final se deu por meio da leitura dos resumos e artigos, onde foram selecionados 16 artigos elegíveis para revisão de literatura (Figura 1).



Segue abaixo um quadro onde estão relacionados os principais artigos selecionados para a reflexão do tema aqui proposto citando o autor, título da obra o ano de publicação e o objetivo proposto por esses estudos.

Quadro-1 informativo dos artigos estudados para análise de tema proposta.

Nome do autor	Título da obra	Ano de publicação	Objetivo proposto
Pelegrin, et al	Idosos de uma instituição de longa permanência de Ribeirão Preto: Níveis de capacidade funcional	2008	Objetivo: Identificar os níveis de capacidade funcional de idosos numa instituição de longa permanência de Ribeirão Preto – SP
Silva, et al	Cuidados aos idosos institucionalizados- opiniões do sujeito	2010	Objetivo: Identificar a percepção de enfermeiros a respeito do cuidado

	coletivo enfermeiro para 2026*		de enfermagem direcionados às pessoas idosas residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos.
Camarano, et al	As instituições de longa permanência para idosos no Brasil.	2010	Objetivo: Identificar informações sobre essa modalidade de serviços, bem como a expectativa de que a sua demanda tende a crescer.
Silva, et al	Idosos em Instituições de Longa Permanência: Desenvolvimento, Condições de Vida e Saúde.	2013	Objetivo: Realizar uma revisão integrativa da literatura científica a respeito dos fatores que levam os idosos a se transferirem de seu ambiente familiar para instituições de longa permanência para idosos (ILPI), assim como suas condições de vida e saúde.
Costa, et al	O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso	2013	Objetivo: Discutir a velhice abrigada em moradia coletiva, fundamentalmente a do idoso residente em ILPI, e o que representa para esse sujeito o fato de residir nesse tipo de instituição.
Oliveira, et al	Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas	2014	Objetivo: Caracterizar os idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI) segundo as variáveis: sexo, idade, escolaridade, causa de admissão e tempo de permanência; e descrever suas condições de saúde

			segundo a teoria das Necessidades Humanas Básicas.
Oliveira, et al	Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?	2014	Objetivo: Compreender o significado da instituição de longa permanência para idosos institucionalizados.
Jerez-Roig, et al	Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados	2015	Objetivo: Determinar a autopercepção da saúde em idosos institucionalizados, assim como verificar a prevalência de percepção negativa da saúde e seus fatores associados.
Quadros, et al	O cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência e em Centros-Dia.	2015	Objetivo: Buscar conhecimento sobre o suporte que as famílias brasileiras dispõem para o cuidado de seus familiares idosos e qual o papel dos Centros de Convivência, Centros-Dia e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) nesses cuidados.
Roquete, et al	Demandas assistenciais e gerenciais das instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa (2004-2014)	2017	Objetivo: Analisar demandas assistenciais e gerenciais das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no Brasil.
Güths, et	Perfil	2017	Objetivo: descrever

al	sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil		características sociodemográficas, familiares, situação de saúde, depressão e grau de capacidade funcional em idosos institucionalizados em 11 instituições de longa permanência para Idosos, na região do Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil.
Santos, et al	Qualidade de Vida de idosos residentes em instituições de longa permanência: uma Revisão sistemática	2017	Avaliar a qualidade de vida de idosos residentes em instituição de longa permanência por meio de uma revisão sistemática
Veras, et al	Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado	2018	Objetivo: Buscando colaborar com a discussão sobre o envelhecimento populacional trazida pela nova realidade epidemiológica e demográfica.

Os artigos revisados tiveram seus conteúdos categorizados. A seguir, serão apresentados e discutidos os eixos de análise.

Perfil dos idosos institucionalizados

A população idosa no mundo tem representado uma grande mudança na sociedade moderna, sendo a população que mais cresce atualmente no país, demandando mudanças econômicas em sua estrutura.⁶ A população em 2012 com 60 anos ou mais era mais de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um aumento de 18% desse grupo etário, tornando-se cada vez mais significativo. As mulheres são maioria e expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), em quanto à classificação masculina de idosos são de 13,3 milhões, ou seja, (44% do grupo).⁷

Entre os anos de 2012 e 2017 a quantidade cresceu de idosos em todas as unidades da federação do Brasil, sendo os estados com maiores proporções o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambas com 18,6% da população dentro do grupo de 60 anos ou mais. O estado que tem o percentual menor é o estado do Amapá, com apenas 7,2% da população.⁷

Para o ano de 2025 as projeções demográficas indicam uma população de 32 milhões de idosos, representando quase 15% da população do Brasil.⁶

A tendência mundial aponta a diferença entre mulheres e homem se acentua com o envelhecimento por que, em geral os homens morrem mais cedo do que as mulheres. Muitos morrem ainda quando são jovens devido as maiores exposições a riscos. Esse fato completa a ideia de uma probabilidade maior de as mulheres se tornarem viúvas em situação econômica desvantajosa, levando-as mais frequentemente à institucionalização.⁸

A exceção que foi encontrada foi à pesquisa realizada na cidade de Ribeirão Preto-SP em 2008 que encontrou um predomínio de idosos do sexo masculino, pouco mais de 50% do total. Constatou-se que a maior parte dos idosos era do sexo masculino (38 ou 52,8%); só residente longo tempo constituiu-se por 30 (41,7) indivíduos, um dado considerável percebe-se que há um crescimento de idosos nessa faixa etária em nossa sociedade (80 anos ou mais). Quando a renda foi analisado que 100% dos idosos da instituição eram aposentados (com renda mensal de um salário mínimo), como forma de pagamento e manutenção seus rendimentos eram revertidos para a instituição.⁹

Atendimento das instituições com os idosos quanto a necessidade do afeto familiar

Com relação ao papel das ILPIs na vida dos idosos e familiares, verificou-se que a instituição desempenha duas funções na vida do idoso, uma quando esta relacionada ao cuidado com o idoso, no qual se refere ao atendimento das necessidades ao qual tem diferentes graus de dependência e quanto aos programas voltados à diminuição e até mesmo a prevenção de morbidades. Já a segunda, esta relacionada ao aspecto vínculo e papéis sociais, seja no convívio do ambiente interno das ILPIs, ou seja, até mesmo com a comunidade.⁶

Muitas famílias buscam um ambiente que se revele melhor para o idoso do que o ambiente familiar, um local que ofereça cuidados, companhia e convivência com outros idosos. Algumas pesquisas mostraram motivos diversos para justificar a institucionalização do idoso. As mudanças no que se refere à estrutura familiar e social transformam também as formas de vínculo, que podem comprometer as funções de proteger e também de cuidar do idoso dependente para realizar as atividades diárias. Os conflitos familiares podem fazer com que o idoso se encaminhe para uma instituição de longa permanência, passando a ter esse local como um ambiente familiar. É possível compreender, o idoso tem suas experiências de vida, seus hábitos e seus costumes arraigados. Alguns idosos são desprovidos de família e apresentam maior probabilidade de institucionalização. Deve-se evidenciar que, em termos dos cuidados oferecidos aos idosos aponta à necessidade de se abordar a tríade Família-Instituição-Estado com o intuito de prover cuidados para essa população idosa dependente. Um ponto muito relevante a ser compreendido refere-se ao fato de que o idoso institucionalizado não deve ser entendido como alguém que nunca foi cuidado ou que nunca teve outras oportunidades de inserção e apoio. As Instituições de longa permanência procuram ofertar cuidados que ultrapassam a visão

assistencialista privilegiando a assunção de posturas que efetivamente compreendam os idosos como cidadãos.⁸

A Importância do atendimento dessas necessidades se torna algo mais visível e até mesmo indispensável quando os idosos apresentam algum tipo de dependência, tanto natural quanto patológica, essa condição de dependência para alguns idosos é uma realidade; além da necessidade de alimentação, higiene, repouso, os idosos precisam da ajuda de outras pessoas que atuam nessas instituições. Nas ILPIs eles recebem auxílio dos profissionais, o que pode ser algo considerado bom ou seu oposto, vai depender da perspectiva e até da característica pessoal do idoso.¹⁰

Entende-se que algumas instituições podem oferecer danos à saúde do idoso, e à medida que se envelhece, muitas tarefas do cotidiano se torna cada vez mais difícil de ser realizado nas ILPI, que por muitas vezes, a dependência é estimulada até mesmo pelos próprios cuidadores; por esses motivos a avaliação da capacidade funcional (CF) é extremamente relevante em aspectos gerontológicos quando estão relacionados à qualidade de vida desses idosos. A CF ela pode ser definida como uma dificuldade em algumas tarefas simples do cotidiano como banho, vestir-se alimentar-se e mobilidade, estando mais associada a um processo de doença do que uma incapacidade específica.¹¹

Embora a legislação vigente diga que como critério seja apenas a idade, independente do suporte familiar, para residir em uma ILPI, parece que ainda existe uma preferência por idosos independentes, já que são menos onerosos e exigem menos cuidados, uma vez que a maioria das instituições filantrópicas não admite idosos com demências, acamados ou com doenças orgânicas.⁵

A Rotina desses idosos institucionalizados geralmente é monótona e de baixa autonomia nas atividades e o convívio social limitado, geralmente com poucos familiares e amigos, isso contribui para a baixa estima e a perda da qualidade de vida. Com isso, nota-se que o envelhecimento trás a perda da autonomia e também a instituição não supre a busca de encontrar qualquer tipo de relacionamento íntimo, seja ele um companheiro ou alguém mais próximo com a qual o idoso possa compartilhar sua intimidade.¹²

Considera-se satisfatória a qualidade de vida dos idosos quando existe uma boa relação familiar, social, de condições materiais, de saúde. Porém é feita uma avaliação negativa quando os idosos são dependentes que tenham limitações funcionais, muitos são infelizes, possuem reduzidas redes sociais e quando são acometidos por doenças crônicas. Por essa maneira, as perdas do estado de saúde, redes sociais, relação familiar e essas limitações funcionais que influenciam diretamente a piora da qualidade de vida.¹²

Destaca-se que a maior parte das instituições de longa permanência procura oferecer um bom padrão de moradia aos idosos internados preservando os costumes, busca oferecer um suporte o mais adequado possível, principalmente aos idosos que não tem condições de manter um autocuidado foras das ILPIs, evidencia-se que a internação sirva como uma forma alternativa entre idoso e as famílias. As instituições buscam suprir a necessidade dos idosos em situações de pobreza e que não tenham um suporte familiar.⁸

Em relação às atividades oferecidas, contrariando o senso comum, observa-se que as ILPI filantrópicas apresentam varias atividades, apontando

dificuldades no que depende de estrutura física específica como academias, bibliotecas, salões de festa sendo essas mais frequentes em ILPIs privadas.⁵

Sabe-se que a importância de incentivar a participação dos idosos institucionalizados para diferentes atividades, principalmente aquelas que promovem a mobilidade, o equilíbrio e o encontro familiar para minimizar o sofrimento e pressupostos básicos para a independência funcional dos idosos.⁵

Alguns estudos apresentam que a atenção deva ser organizada de maneira integrada, e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, em uma lógica de rede desde a entrada ao sistema até os últimos dias de vida.¹⁶

Como o idoso compreende sua institucionalização

O processo de envelhecimento cabe destacar que a qualidade de vida está ligada à satisfação que o indivíduo sente no meio em que vive. Deste modo, o idoso buscará bem-estar, conforto nas relações amorosas e sociais, esta fortemente associada à qualidade de vida de manter sua autonomia, realizar tarefas e tomar decisões. Na percepção do idoso a saúde não está relacionada à inexistência de doenças e patologias, porém o fato de eles não notarem os sintomas que as mesmas provocam como é o caso de a maioria ser portador de alguma doença crônica, diabetes e hipertensão.¹³

Muitos idosos apresentam sentimentos negativos, como a solidão, abandono familiar, dependência e também improdutividade são desencadeadores de um estado doente, do qual surgem efeitos de dores pelo corpo. Alguns estudos apontaram que 60% dos idosos apresentavam graus de dependência para atividades de vida diária (AVD), estando às atividades mais comprometidas, por exemplo, o vestir-se, o banhar-se e a higiene pessoal.¹³

Acredita-se que o conjunto formado pela ausência dos filhos, o baixo poder aquisitivo, a morbidade, a dificuldade para realizar tais tarefas da vida diária, a distância ou a ausência familiar, pode levar o idoso ao isolamento social a institucionalização e a depressão.¹⁴

Compreende-se que o afastamento do familiar pode resultar em agravos à saúde dos idosos internados em instituições de longa permanência, muitos se sentem culpados, achando que o afastamento seja por sua culpa, isto propicia para surgimento de doenças, a exemplo da depressão que é uma doença comum entre esses idosos devido ao processo de envelhecimento, que por muitas vezes o abandono familiar, a perda dos papéis sociais, isto predispõe o idoso a entrar em um quadro depressivo.¹⁴

Ressalta-se que a grande maioria dos idosos faz uso de medicamentos diariamente, ingerindo em média de três ou mais tipos de medicamentos. A grande maioria dos idosos tem de duas a três doenças (as mais acometidas são Hipertensão Arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II e osteoartrose).¹⁴

Com a perda da capacidade funcional o idoso manifesta-se com a redução do comprometimento dos sentidos, o que tende a reduzir mais a qualidade de vida do idoso. Desta forma, fica evidente a importância do incentivo das relações sociais e afetivas nas instituições, junto a exercícios

físicos e atividades laborais e mantendo a manutenção da qualidade de vida do idoso institucionalizado.¹⁵

Considerações finais

Considera-se que o envelhecimento é uma das fases mais difíceis da vida do ser humano, o que leva a lidar com situações de difícil enfrentamento, das quais se acredita ser mais importante, pela ausência dos familiares, pela perda de sua autonomia gerando a necessidade de ser cuidado por outras pessoas, levando esses idosos a serem esquecidos e a internação em ILPI, tornando-se uma única saída.

Diante do exposto conclui-se, portanto que as instituições de longa permanência servem como um amparo ao idoso seja ele por vontade própria ou colocada pelos familiares, isso pela falta de tempo, de cuidado ou até mesmo por não quererem viver o resto da vida sozinho. Muitas das vezes o rompimento dos vínculos familiares não ocorre a partir da institucionalização, geralmente acontece em ápices anteriores. Algumas instituições existem com a finalidade de proporcionar a inserção do idoso na sociedade, promover cuidados necessários e uma vida digna na senilidade. Entretanto tal situação de afastamento ou mesmo o abandono do familiar, fica evidente o sentimento dos idosos, e dentre os mais encontrados é a culpa, a tristeza, a solidão acompanhada também do medo.

Muitas instituições encontram dificuldades nos cuidados, no entanto os profissionais tentam promover um ambiente acolhedor e que reabilite os indivíduos institucionalizados, porém não se resumindo em apenas ao tratamento medicamentoso, mas também em afeto, carinho, amor, e dedicação, trabalhar as necessidades do idoso tanto fisiológico, quanto o seu psíquico, o espiritual e o social inserindo a sociedade com ações que promovem o bem estar e que supra a necessidade do afeto familiar.

Referências

1. Gautério, DP; Santos, SSC; Pelzer, MT; Barros, EJ; Baungarten, L. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência, Rev. esc. enferm. USP vol.46 n°.6 São Paulo Dec. 2012
2. Martins, V.Z; Thun, C; Hansen, D; Brunelli, angela, V; Cosser, J; Arboit, E.L; ANDRADE, T; ROSSATO V. Doenças progressivas e atuais de idosos institucionalizados em lar de longa permanência identificado na assistência em saúde. Rev. XXII Seminário interinsti. de ens. Pesqu, e extensão. Rio grande do sul 2018.
3. Quadros, M.R.S.S.de, & Patrocínio, W.P. O cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência e em Centros-Dia. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(N.o Especial 19), Temático: "Abordagem Multidisciplinar do Cuidado e Velhice", pp. 77-97. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Junho 2015

4. Camarano, A.A; Kanso, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev. bras. estud. popul. vol.27 no.1 Rio de Janeiro. Jan./June 2010.
5. Lacerda, T.T.B de; Horta, N.C; Souza, R.M.C; Oliveira, T.R.P.R; Marcelino, K.G.S; Ferreira, N.F. Caracterização das Instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro; 20(6): 743-754. 2017.
6. Silva, B.T; Santos S, S.S.C. Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. Acta paul. enferm. [online]. vol.23, n.6, pp.775-781. ISSN 0103-2100. 2010.
7. IBGE, Agência nacional de notícias (Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017
8. Alves, S; Júnia, D; Scorsoloni C.F; Santos, M.A. Idosos em Instituições de Longa Permanência: Desenvolvimento, Condições de Vida e Saúde Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 26, núm.4, 2013, pp. 820-830 Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, Brasil 2013.
9. Pelegrin, A. K. A. P., Araújo, J. A., Costa, L. C., Cyrillo, R. M. Z., & Rosset, I. Idosos de uma instituição de longa permanência de Ribeirão Preto: Níveis de capacidade funcional. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, 15(4), 182-188. (2008).
10. Oliveira, J.M de; Rozendo, C.A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? Rev Bras Enferm. set-out;67(5):773-9.2014.
11. Oliveira, J.R.de; Rocha, J.P.R. Qualidade de vida e capacidade funcional do idoso institucionalizado. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), pp.343-353. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. (2014, setembro).
12. Júnior, G.S; Okun, M.F.P; Passos, K.G; Fernandes, R.C; Alonso, A.C; Belasco, A.G.S. Qualidade de vida de idosos residentes em instituições privadas. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(8):2113-9, ago., 2018
13. Roquete, F.F; Batista, C.C.R.F; Arantes, R.C. Demandas assistenciais e gerenciais das instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa (2004-2014) Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.20 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2017
14. Guths, J.F.S; Jacob, M.H.V.M; Santos, A.M.P.V dos; Arossi, G.A; Béria, J.U. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017; 20(2): 175-185 2017.

15. Santos, A.O; Andreotti, B.C; Freitas, V.P; Carmo, N.A do; Araujo, C.M de; Reis, L.A.dos. Qualidade de vida de idosos residentes em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática. Revista Enfermagem Contemporânea. Outubro;6(2):199-210. 2017

16. Veras, R.P; Oliveira, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1929-1936. ISSN 1413-8123, 2018.

06.TEOBROMINA, SUBSTÂNCIA ENCONTRADA NO CACAU¹

*Luciana Gifoni Peres²
Valmi Botelho Brandão³
Me. Antônio José de Rezende⁴*

Resumo

Os alcaloides nitrogenados da família metil xantina são derivados de bases púricas e das xantinas, as principais são a cafeína, teobromina e teofilina. Teobromina uma metil xantina bimetilada tem caráter menos básico que a cafeína podendo ser solubilizada em álcool, solventes orgânicos clorados e água podendo ser encontrada e isolada no cacau e derivados ou como resultado do metabolismo da cafeína, responsável por a sensação de bem-estar e prazer. Sendo que se têm estudos desde os anos de 1536 que os espanhóis utilizavam medicinalmente como tratamento de várias doenças. É um alcaloide natural muito ingerido e apresenta inúmeros efeitos farmacológicos em andamento em vários estudos desenvolvidos principalmente ação no sistema nervoso central. Para esse trabalho foi analisado amostras de chocolate em pó industrializado para verificar a presença desse composto e quantificado se realmente há quantidade pré-estabelecida em sua embalagem usou um padrão conhecido e foi comparado o resultado, através da espectrofotometria. Para quantificar as amostras foi usado o espectrofotômetro UV-Vis e para construção de uma curva de calibração, utilizou um padrão de teobromina em 5 concentrações diferentes. Foi desenvolvido em triplicatas para confirmação de análises, e fazer um comparativo de todos esses dados através de tabelas com média e desvio padrão.

Palavra-chave: ALCALOIDES. TEOBROMINA. CACAU.

Abstract

Nitrogenous alkaloids of the methyl xanthine family are derived from purine bases and xanthines, the main ones being caffeine, theobromine and theophylline. Theobromine A dimethylated xanthine, has a less basic character than caffeine and can be solubilized in alcohol, chlorinated organic solvents and water can be found and isolated in cocoa and derivatives or as a result of caffeine metabolism, responsible for the feeling of well-being, pleasure. Being that studies have been since the years of 1536 that the Spaniards used medicinally like treatment of several diseases. It is a very ingested natural alkaloid and has numerous pharmacological effects underway in several studies developed mainly action on the central nervous system. For this work, samples of industrialized chocolate powder were analyzed to verify the presence of this compound and quantified if there is actually pre-established quantity in its packaging used a known standard and the result was compared through spectrophotometry. To quantify the samples, the UV-Vis

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

² Discente do curso de Farmácia da FACESA

³ Discente do curso de Farmácia da FACESA

⁴ Docente do curso de Farmácia da FACESA

spectrophotometer was used and for the construction of a calibration curve, it used a theobromine standard in 5 different concentrations. It was developed in triplicates to confirm analyzes and make a comparison of all these data through tables with mean and standard deviation.

Keyword: ALKALOIDS. THEOBROMINE. COCOA.

Introdução

O chocolate é uma fantástica substância que a maioria das pessoas apreciam. O Brasil é responsável pela maior parte da produção mundial de chocolate devido ao clima e à localização geográfica⁽¹⁾. O cacau é um alimento altamente concentrado e é nele que se encontra a teobromina (2,2%).⁽¹⁾

A teobromina é o principal alcaloide do cacau, tem como fórmula molecular $C_7H_8N_4O_2$, Substância normalmente encontrada no fruto do *Theobroma cacao*, e por isso esse composto é normalmente encontrado no chocolate. Está presente também na semente do guaraná.⁽²⁾

A teobromina, *metil xantina* presente no cacau, está sendo pesquisada pela comunidade científica com grande interesse devido a sua ação benéfica a saúde. O que verificamos cada vez mais comum em produtos derivados do cacau a apresentação de porcentagem em cada produto sendo ele em pó ou em barra, e quanto mais tem, as suas propriedades são melhores.⁽¹³⁾

O consumo de chocolate vem aumentando a cada ano, ligado a questões emocional e psicológica, devido à grande carga de estresse do dia a dia corrido, a falta de tempo e excesso de expectativa da vida. Um grande aliado desses sintomas é a ingestão cada vez maior da sensação de bem-estar ligado à ação desse composto no sistema nervoso central.⁽¹³⁾

Alcaloide que nos últimos anos sendo muito estudada e de grande venda no mercado nacional e internacional, pois além de está presente no chocolate, está presente no metabolismo da cafeína, utilizado como termogênico nos dias de hoje.⁽¹³⁾

A origem da teobromina

Teobromina é uma substância da família dos alcaloides, que é encontrada em plantas de característica básica, porém pode ser encontrada em alguns fungos, bactérias e até mesmo de animais. É encontrada em sua fórmula as substâncias: nitrogênio, oxigênio, hidrogênio e carbono.⁽¹⁵⁾

A teobromina é o alcaloide principal encontrado no cacau na forma de grãos, esse alcaloide tem uma fórmula parecida a da cafeína, contudo, as reações são de maneira mais fraca diante a da cafeína.⁽¹⁵⁾

Os alcaloides tem uma característica de fácil reconhecimento de suas substâncias, pode notar-se que termina quase sempre com o sufixo -ina, como por exemplo cafeína (extraída do café), cocaína (da coca), morfina (da papoula) etc..⁽¹⁵⁾

A principal característica física dessa substância é que são basicamente sólidos brancos em seu estado livre, como óxidos ou como sais, em sua molécula tem entre 100 e 900 Dalton, e são de caráter terapêutico, usado em tratamentos naturais para analgésicos, neurodepressor, anestésicos, etc.⁽¹⁵⁾

A teobromina também faz parte a teofilina e a cafeína, ela é uma substância muito encontrada no fruto do cacau (*Theobroma cacao*), por este fato a encontra em

grande quantidade no famoso chocolate, mas essa substância também é encontrada no guaraná. As plantas com maior quantidade de teobromina são: *Theobroma Bicolor*, *Ilex Paraguariensis*, *Camellia Sinensis*, *Cola Acuminata*, *Theobroma Angustifolium*, *Paullinia Cupana*, *Coffea Arabica*..⁽¹¹⁾

No final do século IX foi descoberto a teobromina, e assim foi passada a ser usada em tratamentos como para edema, ataques de angina sifilítica, e angina degenerativa, para alguns tratamento vasculares também. Na atual medicina moderna, essa substância já é usada como um vasodilatador, ajudando eliminar a urina e estimular o coração, e acredita-se que no futuro será usado para curar o câncer, e essa ideia já foi patenteada.



Figura 1: forma química da Teobromina Fonte:http://lealchemyst.blogspot.com/2013/09/chocolate-tem-cafeina_18.html

Teobromina e seus efeitos

O alcaloide age como um vasodilatador que ajuda no fluxo do sangue nas veias, dilatando-as. Contudo, este efeito diminui a pressão arterial, e assim, diminui as chances de a pessoa adquirir uma doença cardíaca.

Um dos efeitos mais causados pela teobromina é a sensação revitalizante, revigorante. Pois é encontrado com maior facilidade no chocolate, por ser um alimento de mais fácil acesso ao consumidor, e existem outros benefícios como diurético, estimulante e relaxante. Recentemente estudiosos relataram que a boa gordura existente no cacau (HDL) está ligada a teobromina existente no fruto e não ao flavonoide.

O principal objetivo de criar este composto dessa substância, foi para ajudar na pressão jogada sobre o sistema circulatório. Os traços vasodilatadores dos alcaloides são esclarecidos para amansar o risco de hipertensão, angina de peito e outros estados variados do coração.

Para um melhor desempenho do corpo e uma resistência maior, consideram-se os efeitos vasodilatadores da teobromina essencial para essa produção. Essa ação é realizada com o intuito de aumentar com alta relevância a capacidade do corpo para aguentar atividade extremas por períodos longos. Por tanto, este efeito tem mais êxito em pessoas que estão em busca de emagrecer.

Outro benefício da teobromina é o fato que ela ajuda no alívio da tosse e nos problemas respiratórios, pois ela tem efeito terapêutico que alivia em ataques de tosse, o composto age diretamente no sistema nervoso acalmando a tosse, nota-se que essas propriedades terapêuticas são bem mais eficazes que as de uso para tratamento de narcóticos.

A substância alcaloide também atua na saúde mental, pois o vasodilatador ajuda a melhorar o fluxo sanguíneo no cérebro e sua oxigenação, assim prevenindo-

o de surgimento da matéria cinzenta. Isso colabora bastante com a prevenção de surgir problemas na cognição.

Além do mais, a teobromina possui ricas propriedades anti-inflamatório e antioxidante que agem nos radicais livres e em seus efeitos adversos.

É bem eficaz no tratamento de asma, pois promove um relaxamento muscular nos brônquios e limpa as vias respiratórias, as quais estão congestionadas para tornar mais fácil a respiração nas pessoas que sofrem desse mal.

Resultados científicos da teobromina

Como já foi dito a teobromina é um pó branco cristalino, é um alcaloide encontrado no cacau. O maior índice encontrado é no cacau escuro, entorno de 11g a mais que no cacau branco e ao leite. Quanto maior a qualidade do cacau maior a teobromina encontrada nele, a média encontrada de teobromina no cacau é de 20,4 mg em cada grão. ⁽⁵⁾

De acordo com Salva¹, a teobromina é menos prejudicial ao sistema nervoso que a substância da cafeína, pois atinge uma escala de serotonina no organismo e é muito usada como vasodilatador, ajudando na parte diurética e na instigação do coração.

Por um bom período foi realizada uma pesquisa, onde juntaram entorno de 152 mulheres e homens que estavam saudáveis para integrarem os testes a serem realizados, assim, foi pedido a eles que tomassem por dia 200 ml de uma certa bebida a qual eles não tinham conhecimento num período de 4 semanas. A bebida provavelmente teria cacau, sendo 150 ml de Teobromina e 325 ml de flavonoides e Teobromina pura. ⁽¹³⁾

Concluiu-se desta pesquisa que existe diferença em bebida pura contendo teobromina e a outra que tinha cacau. A primeira mostrou ter adição de 0,16 mmol/L no HDL em desvantagem nenhuma da segunda bebida. ⁽¹³⁾

A teobromina é também utilizada na área odontológica, foi feita uma pesquisa in vitro onde notaram que o estrato do cacau consegue dificultar a enzima glicosil transferase, que é o causador da criação de polissacarídeos extracelulares em cepas de *S. mutans*, *S. sanguis*, *A. naeslundii* e *A. viscosus*.

A deglutição de alimentos que possui cacau, consegue demonstrar uma dieta eficaz para a criação de polissacarídeos extracelulares. De acordo com Verma² e Amaechi³, a constituição da mineralização notada com teobromina afirmou a descrição de duas pesquisas passadas, as quais compararam com o flureto de sódio e concluíram que a teobromina realiza uma recristalização de laivos desmineralizada do esmalte. ⁽¹³⁾

Segundo Amaechi³, e Verma² et al. a remineralização observada com teobromina confirmou o relatório de dois estudos anteriores, em que a exposição regular de uma superfície desmineralizada do esmalte a teobromina, induziu uma recristalização de superfície e aumentou a dureza do esmalte comparado com fluoreto de sódio. Foi recentemente evidenciado que a teobromina é capaz de melhorar a remineralização de lesões de cárie in vitro. Os resultados dos estudos indicaram que a dureza da superfície do esmalte, referente ao grupo tratado com a teobromina, foram grandemente reforçados em comparação com o grupo de fluoreto.

Nakamoto et al. ⁽⁴⁾ diz em sua análise que, essa substância aumenta os cristais de hidroxilapatita, assim mostrando nas pesquisas in vitro, que o aumento da dureza causado pela mudança explicita na planície do esmalte contido teobromina.

Em relação a cárie foi claramente dito recentemente que a teobromina melhora as lesões as quais ela causa. As conclusões dos cientistas mostram que a parte superficial do dente passou a ficar mais duro com o tratamento feito com a teobromina em vez do tratamento com fluoreto. ⁽⁴⁾

Pesquisa relatam que o cacau não possui propriedades malélicas ao homem que causa efeitos colaterais adversos, experimentos científicos conclui que o extrato do cacau, café e chá impossibilitam a encima da glicosil tranferase de diversos estreptococos.

Alcalóides totais e teobromina

De acordo com Matissek et al. ⁽⁵⁾ (1997), a cafeína é encontrada no cacau em pequenas quantidades, podendo variar, de acordo com Zoumas et al. ⁽⁶⁾ (1980), de 0,08 a 0,35%. A teofilina é encontrada em menor quantidade. O alcalóide em maior quantidade no cacau é a teobromina, podendo variar de 1,46 a 2,66 % (Zoumas et al. ⁽⁶⁾, 1980; Lannes et al. ⁽⁷⁾, 1997).

Existe interesse crescente entre os profissionais da saúde no conteúdo de *metilxantinas* nos alimentos (Zoumas et al. ⁽⁶⁾, 1980). A teobromina juntamente com a cafeína e a teofilina são as *metilxantinas* mais presentes na natureza. São alcalóides naturais, largamente ingerido, e apresentam diversos efeitos farmacológicos em humanos (Kumazawa et al. ⁽⁹⁾, 1999; Stavric et al. ⁽⁹⁾, 1988).

A relevância das *metilxantinas* vem do fato das mesmas serem de ação estimulante do Sistema Nervoso Central (Kuribara et al. ⁽¹⁰⁾, 1993; Kuribara et al. ⁽¹¹⁾, 1992) o que venha ser cobiçável em alguns casos, como por exemplo, nos jovens que frequentam a escola, mas pode ser não cabível em bebês e crianças, fazendo com que os mesmos sintam irritação e insônia, já que são mais propícios a isso. Devido a irritações e insônia, tem que haver uma ingestão controlada de produto derivados do cacau, no contexto geral, essencialmente por crianças.

Além disso, há recente interesse concentrado na potencial toxicidade reprodutiva da teobromina, pois ela atravessa a barreira hemato-encefálica, podendo, supostamente, induzir má-formação fetal, afetando os genes vitais em desenvolvimento. O feto em desenvolvimento não desenvolveria enzimas para a destoxificação dessa *metilxantina*. Por esta e outras razões, a presença de teobromina no cacau limita o seu potencial como alimento nutritivo (Eteng et al. ⁽¹²⁾, 1997).

Zoumas et al. ⁽⁶⁾ (1980) analisaram o teor de teobromina em alguns alimentos derivados do cacau, como a massa de cacau, barras de chocolate, chocolate ao leite e no próprio cacau comercial e encontraram as concentrações de: 0,82 a 1,73% para massa de cacau, 0,36 a 0,63% para chocolate recheado, 0,14 a 0,19% para chocolate ao leite e 1,46 a 2,66% para cacau comercial.

Lannes et al. ⁽⁷⁾ (1997) encontrou teores de teobromina em coberturas brasileiras de chocolate ao leite e meio amargo que variaram de 0,2 a 0,4% e teores de alcalóides totais de 0,6 a 1,2%. Em barras de chocolate ao leite de procedência alemã, encontraram-se teores de teobromina que variaram de 0,21 a 0,28% e teores de alcalóides totais de 0,64 a 0,86%.

Teobromina em alimento

Existem vários alimentos que contêm a substância da teobromina, além do cacau, temos a noz-de-cola e o chá, contendo até 400 mg em cada 200 kcal. Outro alimento rico nessa substância é o guaraná, que possui 200 a 400 mg. ⁽⁶⁾

Em alguns pratos ditos não saudáveis pode-se encontrar em pouca quantidade dessa substância como no pudim de leite, agora no pudim de chocolate encontra-se entre 266 a 328 mg de teobromina a cada 200 kcal.

Agora em um preparo de calda de chocolate com menos calorias, a quantidade de chocolate encontrada é de 272 mg em cada 200 kcal. O que mais vemos nos mercados são deliciosos cookies de chocolate, neste se encontra em 189 mg a cada 200 kcal. ⁽⁶⁾

Em uma bebida preparada com chocolate quente contém 178 mg para cada 200 kcal. As bebidas lácteas de chocolate contêm 165 mg para cada 200 kcal. No entanto um bolo de chocolate possui 167 mg. ⁽¹⁰⁾

Um cookie feito com graham crackers, por exemplo, possui 150 mg, são bolachas característica dos EUA com um pouco de canela e gotas de chocolate, também contém Teobromina. Guloseimas preparadas a base de chocolates oferece em média 140 mg dessa substância.

Como pode-se notar a teobromina é uma substância muito importante para o ser humano, pois possui muitos benefícios, mesmo em alimento que são considerados não saudáveis e que engordam esta substância está presente, porém não se deve sair comendo tudo que contém teobromina, pois tem que olhar o que mais esses alimentos possuem em sua composição, e reparando se não são maléficos para a saúde.

Riscos do uso de teobromina

Como toda as coisa sempre tem o lado que não faz bem, no caso da teobromina ela pode ser considerada um veneno, sim, isso mesmo, mas não se preocupe, pois é somente nos animais, em relação ao ser humano não causa nenhum efeito adverso.

Nos animais, como cachorro e cavalo, ela faz muito mal, pois o animal não a digere com tanta rapidez, devido seu metabolismo funcionar de uma forma mais lenta, assim, causando envenenamento no bichinho, também procede de alguns efeitos que prejudicam o animal, como por exemplo, batimentos cardíacos baixos, desidratação, problemas digestivos, etc.

Conclusão

Concluiu-se com esta pesquisa, que a teobromina é uma substância muito rica, encontrada na fruta cacau. Ela pode ser usada para tratamento de diversas áreas do corpo, benéfica na manutenção da saúde cardíaca e na circulação sanguínea em geral. Da mesma forma, o alcaloide aumenta o poder do cérebro e impede o risco de desenvolver condições cognitivas. A substância também previne os sistemas respiratórios e imunológicos.

Como ela existe em grande quantidade no chocolate, nota-se o porquê da sociedade fazer tanto o uso, pois a teobromina existente no chocolate traz uma tranquilidade de vida ao consumidor.

A teobromina também pode-se notar que faz mal aos animais, levando-os até a morte, porém faz muito bem ao ser humano, podendo ser usada até em tratamento contra câncer.

Referências

- (1) Salva TJG. Relação entre os teores de teobromina e cafeína em grãos de café oriundos de cruzamentos entre cafeeiros mutantes ac e cultivares elites. IX Simpósio de Pesquisa dos Cafés do Brasil. Curitiba, Jun. 2015.
- (2) Amaechi BT, Porteous NB, Ramalingam K, Mensinkai P, Ccahuana Vasquez RA, Sadeghpour A. et. al. Remineralization of artificial enamel lesions by theobromine Carie Res. 2013;(4):399-405.
- (3) Verma A, Khurshid S, Parveen F, Khanna S, Pandey P. Remineralization: An approach towards conservation of tooth. Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences. 2015 Jul. 4(61):10713-19.
- (4) Nakamoto T, Simmons WB Jr, Falster AU. forming systems: Methods and products. United States patent US 6183711. 2001 Feb. 06.
- (5) MATISSEK, R. Evaluation of xanthine derivatives in chocolate – nutritional and chemical aspects. Z. Lebensm. Unters. Forsch., Munich, v. 205, n.3, p. 175- 184, 1997.
- (6) ZOUMAS, B. L.; KREISER, W. R.; MARTIN, R. A. Theobromine and caffeine content of chocolate products. J. Food Sci., Tokyo, v. 45, p. 314-316, 1980.
- (7) LANNES, S. C. S. Estudo das propriedades físicoquímicas e de textura de chocolates. São Paulo, 1997. 175p. (Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Universidade de São Paulo).
- (8) KUMAZAWA, T.; SENO, H.; PEN-LEE, X.; ISHII, A.; SUZUKI, K. W.; SATO, K.; SUZUKI, O. Extraction of methylxanthines from humans body fluids by solid-phase microextraction. Anal. Chim. Acta, Amsterdam, v.387, n.1, p.53-60, 1999.
- (9) STAVRIC, B. Methylxanthines: toxicity to humans III. Theobromine, paraxanthine and the combined effects of methylxanthines. Food Chem. Toxicol., Oxford, v.26, n.8, p.725-733, 1988.
- (10) KURIBARA, H. Enhancement of the behavioral toxicity induced by combined administration of ethanol with methylxanthines: evaluation by discrete avoidance in mice. J. Toxicol. Sci., Tokyo, v. 18, n.2, p.95-201, 1993.
- (11) KURIBARA, H.; ASAHI, T.; TADOKORO, S. Behavioral evaluation of psychopharmacological and psychotoxic actions of methylxanthines by ambulatory activity and discrete avoidance in mice. J. Toxicol. Sci., Tokyo, v. 17, n.2, p.81-90, 1992.

(¹²) ETENG, M. U.; EYONG, E. U.; AKPANYUNG, E. O.; AGIANG, M. A.; ARENU, C. Y. Recent advances in caffeine and theobromine toxicities: a review. *Plant Foods Hum. Nutr.*, Dordrecht, v.3, n. ?, p.231-243, 1997.

(¹³) <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n3/17>.

(¹⁴) <https://pt.wikipedia.org/wiki/Teobromina>

07. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O USO DE MEDICAMENTOS¹

Elem Modesto Feitosa de Sousa

Kelly Carolina Suterio Gomes

Me. Breno da Silva Abreu

Dra. Alice da Cunha Morales Alvares

Dra. Michelle Cristina Guerreiro dos Reis

Resumo²

Assistência farmacêutica se refere ao conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, individual ou coletiva, cuja essência é a promoção do uso racional de medicamentos. O objetivo deste artigo foi investigar os hábitos de consumo de medicamentos da população de determinadas drogarias de um município de Goiás e o tipo de assistência farmacêutica prestada pelos profissionais farmacêuticos nessas drogarias. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com caráter qualitativo e quantitativo. Foram entrevistados clientes da drogaria e farmacêuticos responsáveis por elas. A maioria dos clientes (55%) relatou utilizar medicamento com indicação clínica (receita), 65% dos clientes relataram já ter utilizado medicamento de forma incorreta, sendo a alteração na posologia o "erro" comum. Os clientes também foram questionados sobre ter conhecimento do que seja assistência farmacêutica, e a maioria (65%) revelou desconhecer esse tipo de assistência à saúde. Foram realizadas entrevistas com cinco farmacêuticos acerca de suas experiências sobre a assistência farmacêutica. Quando questionados sobre os critérios que utilizam para a indicação de medicamentos aos clientes foi relatado que seguem a resolução nº 585 de 2013, informaram também que é realizada a anamnese no cliente. Os dados encontrados sugerem que é necessário que os clientes sejam instruídos quanto a importância dessa assistência, pois de acordo com o encontrado a maioria desconhece o que é a assistência farmacêutica. Isso poderia ter impacto positivo na forma como os clientes usam os medicamentos, estimulando seu uso racional.

Palavras-chave: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. AUTOMEDICAÇÃO. USO DE MEDICAMENTO.

Abstract

Pharmaceutical assistance refers to the set of actions aimed at the promotion, protection and recovery of health, individual or collective, whose essence is the promotion of rational use of medicines. The objective of this article was to investigate the drug consumption habits of the population of certain drugstores in a city of Goiás and the type of pharmaceutical assistance provided by the pharmacy professionals in these drugstores. It is an exploratory, descriptive study with a qualitative and quantitative character. Clients of the drugstore and pharmacists responsible for them were interviewed. Most clients (55%) reported using medication with clinical indication (prescription), 65% of clients reported having used medication incorrectly, and the change in dosage was the common "error". Clients were also asked to know what

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

pharmaceutical care was, and the majority (65%) did not know about this type of health care. Interviews were conducted with five pharmacists on their experiences with pharmaceutical care. When questioned about the criteria they use for the indication of medicines to clients it was reported that they follow the resolution nº 585 of 2013, also informed that the anamnesis is carried out at the client. The data suggest that it is necessary for clients to be educated about the importance of this assistance, since according to the found, most are unaware of what pharmaceutical assistance is. This could have a positive impact on the way clients use drugs, stimulating their rational use.

Keywords: PHARMACEUTICAL CARE. SELF-MEDICATION. USE OF MEDICATION.

Introdução

A assistência à saúde tem como objetivo a prevenção e tratamento de doenças e pode ser prestada por profissionais de várias categorias como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas entre outros, trabalhando para o bem comum do paciente. Existem diversos tipos de assistência à saúde, dentre eles a assistência farmacêutica, entendida como ações destinadas a assegurar o auxílio terapêutico e farmacológico, melhoria e restauração da saúde, promoção e recuperação de saúde tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e promovendo o acesso e o seu uso racional. Essa assistência foi definida pela resolução 338/2004 do CNS/Ministério da Saúde^{1,2}.

No Brasil a assistência farmacêutica é prestada em drogarias, farmácias e hospitais. O Ministério da Saúde, na resolução n.17 de 2013 define como drogaria o estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais. Farmácia, segundo a mesma resolução, são estabelecimentos de manipulação de fórmulas magistrais e oficiais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos³. Neste contexto, as atribuições clínicas do farmacêutico são definidas na resolução nº 585 e a prescrição farmacêutica e regulamentada pela resolução nº 586 ambas de agosto de 2013 do Conselho Federal de Farmácia^{4,5}.

O profissional farmacêutico encontra-se em estabelecimento estratégico de amplo alcance à população, o que o torna um profissional importante na promoção do uso racional de medicamentos. Para isso é necessária uma área privativa para atendimento aos clientes, proporcionando ambiente adequado para a prestação do cuidado direto ao paciente⁶.

Vários são os hábitos da população quanto ao uso de medicamentos. Automedicação é definida como a utilização de medicamentos sem prescrição por profissional capacitado, com o objetivo de tratar ou aliviar sintomas. Entretanto, sem a indicação pelo profissional capacitado os medicamentos podem ser utilizados de forma inadequada, não considerando por exemplo qual dosagem, intervalo e tempo de utilização dessas substâncias⁷.

Nesse contexto, é crescente a preocupação com a prática da automedicação. Segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (Sintox) brasileiro, 28% das notificações de intoxicação são causadas por medicamentos utilizados sem a prescrição⁸. Estudos indicam que o uso de medicamentos sem orientação, pode acarretar consequências graves à saúde da população como reações adversas, diminuição da eficácia e dependência ao medicamento, além de

interações com outros medicamentos em caso de pacientes com mais de uma doença, que por sua vez podem agravar o quadro clínico do indivíduo^{9,10}.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo investigar os hábitos de consumo de medicamentos da população de determinadas drogarias de um município de Goiás e o tipo de assistência farmacêutica prestada pelos profissionais farmacêuticos dessas drogarias.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com caráter qualitativo e quantitativo. Este estudo obedece à resolução 466/2012 do CNS/MS e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Sena Aires (FACESA) sob parecer nº. 2870566.

O estudo foi realizado em drogarias do município de Valparaíso de Goiás, com capacidade de atendimento de 100 clientes por dia, com 19 horas de funcionamento diário, com quadro de funcionários composto por atendentes e farmacêuticos. Coleta de dados foi feita mediante aplicação de questionário estruturado dividido em dois tipos: o primeiro tipo continha 10 perguntas (sete fechadas e três abertas) relativas à assistência farmacêutica, aplicado aos farmacêuticos, o segundo tipo também continha 10 perguntas (todas fechadas) que investigaram os hábitos relativos ao uso de medicamentos e foram aplicados aos clientes frequentadores da drogaria. Os dados foram coletados no mês de setembro de 2018. Os critérios de inclusão foram, para os clientes: indivíduos que se dirigiram à drogaria procurando atendimento, de qualquer faixa etária e sexo. Já para os farmacêuticos os critérios foram: profissionais regularmente contratados pela drogaria para atuarem no atendimento aos clientes. Inicialmente realizou-se contato telefônico para agendamento da aplicação do questionário ao farmacêutico na própria drogaria. Os clientes foram convidados a participar do estudo no momento que se dirigiram a mesma à procura de atendimento.

A tabulação dos dados bem como a construção dos gráficos e tabelas para apresentação dos resultados foram feitos utilizando programa Microsoft Excel e Word. Os dados não foram analisados estatisticamente pelo tamanho reduzido da amostra (clientes e profissionais) caracterizando uma limitação do estudo.

Resultados

O estudo foi realizado em duas drogarias do município de Valparaíso de Goiás, a primeira drogaria possui em seu quadro de funcionários 4 atendentes e 2 farmacêuticos e a segunda possui 4 atendentes e 3 farmacêuticos.

A população estudada foi composta por farmacêuticos e clientes. Foram incluídos 5 farmacêuticos e 40 clientes. A maioria dos clientes participantes se encontrava na faixa etária entre 20 e 30 anos (37%), era do sexo feminino (55%), tinha apenas o ensino médio (48%). Dentre os farmacêuticos a maioria era do sexo masculino (80%), e apresentaram idade superior a 31 anos (80%). Dois profissionais possuíam pós-graduação (40%). A maioria dos farmacêuticos (80%) tinha mais de 6 anos de experiência na área. Os dados sociodemográficos dos participantes do estudo são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Variáveis	Cliente	Farmacêutico
Idade		
20-30	15 (37%)	1 (20%)
31-40	8 (20%)	2 (40%)
41-50	4 (10%)	2 (40%)
51-60	8 (20%)	-
> 61 anos	5 (13%)	-
Total	40 (100%)	5 (100%)
Gênero		
Feminino	22 (55%)	1 (20%)
Masculino	18 (45%)	4 (80%)
Escolaridade		
Fundamental	18 (45%)	-
Ensino médio	19 (48%)	-
Superior	3 (7%)	5 (100%)
Pós-graduação	-	2 (40%)
Experiência profissional na Assistência Farmacêutica		
Mais de 1 ano	-	1 (20%)
Mais de 6 anos	-	4 (80%)

Investigou-se os hábitos quanto ao uso de medicamentos dos clientes das drogarias pela aplicação de um questionário com perguntas relacionadas ao uso, mostrados na Tabela 2. A maioria dos clientes (55%) relatou utilizar medicamento com indicação clínica (receita), entretanto foi significativo o número de clientes que relataram fazer uso de medicamento sem a indicação clínica (45%). Eles revelaram também que a origem da recomendação do uso de medicamento é variada, mas a maioria (33%) relatou consultar um profissional farmacêutico para indicação do medicamento.

Quando os clientes foram questionados se procuraram orientação do farmacêutico quando tiveram dúvida sobre a prescrição médica a maioria (87%) respondeu que sim. O abandono do tratamento por falta de orientação e esclarecimento foi relatado por 55% dos clientes.

Considerou-se uso incorreto de medicamento a administração do mesmo que não seguiu as recomendações da prescrição técnica (bula) ou da indicação clínica (receita). Nesse contexto, 65% dos clientes relataram já ter utilizado medicamento de forma incorreta, revelando ser a alteração na posologia o "erro" comum. Os clientes também foram questionados sobre ter conhecimento do que seja assistência farmacêutica e também a maioria (65%) revelou desconhecer esse tipo de assistência à saúde. Esses dados são apresentados na tabela 2.

Tabela 02. Hábitos sobre o uso de medicamentos de clientes de duas drogarias no município de Valparaíso.

Variável	Cientes
Uso de medicamento	
Com indicação clínica (receita)	22 (55%)
Sem indicação clínica	18 (45%)
Total	40 (100%)
Na ausência da indicação clínica a quem solicita orientação?	
Farmacêutico	6 (33%)
Familiar/conhecido	5 (28%)
Outros profissionais de saúde	3 (17%)
Automedicação	4 (22%)
Total	18 (100%)
Quando há indicação clínica (receita)	
Houve esclarecimento sobre como usar o medicamento	18 (82%)
Não recebeu nenhum esclarecimento	4 (18%)
Total	22 (100%)
Procura orientação do farmacêutico quando há dúvida sobre a prescrição médica?	
Sim	35 (87%)
Não	5 (13%)
Total	40 (100%)
Abandono de tratamento por falta de orientação	
Sim	22 (55%)
Não	18 (45%)
Total	40 (100%)
Uso do medicamento de forma incorreta	
Sim	26 (65%)
Não	14 (35%)
Conhece o que é assistência farmacêutica?	
Sim	14 (35%)
Não	26 (65%)

Foi avaliada a assistência farmacêutica do ponto de vista dos profissionais capacitados para oferecê-la. Os farmacêuticos entrevistados relataram conseguir prestar assistência farmacêutica aos clientes da drogaria. São ações características desse tipo de assistência a orientação e o acompanhamento do tratamento. Essas ações foram relatadas como as mais executadas pelos farmacêuticos. Esses dados são mostrados na tabela 3.

Tabela 3. Percepção dos farmacêuticos relacionada à prestação da Assistência Farmacêutica.

Perguntas relacionadas à prestação da Assistência Farmacêutica	FARMACÊUTICO
Na realidade atual você consegue prestar uma assistência farmacêutica?	5 (100%)
Sim	-
Não	
Qual o tipo de atendimento mais prestado?	
Acompanhamento de tratamento	1 (20%)
Orientação de uso do medicamento	4 (80%)
Quais dificuldades encontradas para prestar a assistência farmacêutica?	4 (80%)
Entendimento ou aceitação do trabalho farmacêutico	1 (20%)
Tempo para prestar a assistência	
O cliente sabe informar sobre qual medicamento é prescrito para ele?	
Sim	1 (20%)
Não	4 (80%)

Foram realizadas entrevistas com cinco farmacêuticos acerca de suas experiências sobre a assistência farmacêutica. Quando questionados sobre os critérios que utilizam para a indicação de medicamentos aos clientes foi relatado que seguem a resolução nº 585 de 2013, informaram também que é realizada a anamnese no cliente. A anamnese é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde com o objetivo de seleção da terapia ou intervenções relativas ao cuidado à saúde, para garantir sua segurança e redação da prescrição e orientação mais coerente com a sua situação⁴. Os farmacêuticos informaram que a classe de medicamento mais indicada por eles foram: analgésicos, vitaminas e suplementos. O resultado da entrevista com os profissionais é mostrado Tabela 4.

Tabela 4. Opinião dos Farmacêutico sobre medidas para a melhoria da Assistência Farmacêutica

O que precisaria para a melhoria da assistência farmacêutica?	
Entrevistados	Resposta
01	É preciso, não ver o farmacêutico como um organizador de medicamentos ou um dispensador, mas agregar valor nas ações e aos serviços de saúde desenvolvidas pelos farmacêuticos;
02	A melhoria será alcançada através de políticas de conscientização por parte da população em conjunto com a orientação farmacêutica (atenção farmacêutica);
03	Em drogaria utilizamos a atenção farmacêutica;
04	Legislação;
05	Aperfeiçoamento dos serviços farmacêuticos.
Critérios utilizados para a indicação de medicamento para o cliente	
Entrevistados	Resposta

01	Os critérios previstos na resolução 585 é feito a anamnese do cliente, verificando a patologia e o que pode ser feito dentro da assistência
02	Uma anamnese e baseada por sintomas, verifica a possibilidade da indicação ou encaminhamento para um profissional da área competente
03	Os critérios previstos em resolução do CRF nº 586/13 artigos 5º ou seja medicamentos que não precisa de prescrição médica
04	Sintomas, ganho e perdas com o uso de medicamentos, em qualidade de vida
05	Anamnese, idade grau de doenças, hereditariedade, etnia e sintoma.

Qual a classe de medicamento mais indicado por você?

Entrevistados	Resposta
01	Analgésicos, vitaminas e suplementos;
02	Analgésico, antitérmico e vitaminas;
03	Antifúngicos, antimicóticos, anti-inflamatório, complexos vitamínicos, suplementos alimentares, analgésicos e antipiréticos;
04	Analgésicos e hipertensivos;
05	Antitérmicos; Analgésicos, antiespasmódico, mucolíticos e medicamentos fitoterápicos.

Discussão

Este estudo avaliou os hábitos de consumo de medicamento e o conhecimento sobre assistência farmacêutica de clientes de duas drogarias do município de Valparaíso. Também foi avaliado o tipo de assistência farmacêutica prestada através de entrevista com os farmacêuticos dessas drogarias.

A maioria dos clientes pertenciam a faixa etária de 20 a 30 anos, tinha apenas ensino médio e era do sexo feminino. Corroborando com esse dado, um estudo realizado por Costa-Junior e colaboradores, relatou que os serviços de saúde são mais procurados por mulheres¹¹.

A maioria dos clientes relatou utilizar medicamento com indicação clínica (receita), entretanto a maioria também informou abandonar o tratamento por falta de orientação e esclarecimento sobre a medicação e o tratamento. Estudo realizado pela Universidade Federal do Piauí, revelou que existe uma relação entre o tipo de enfermidade e o índice de abandono do tratamento, pois quanto mais grave for a enfermidade mais informações a respeito do tratamento o paciente irá buscar, isso pode ser visto como a forma que o paciente vê seu estado e compreende sua enfermidade.¹²

Neste estudo foi considerado como o uso incorreto de medicamento a administração do mesmo que não seguiu as recomendações da indicação clínica ou prescrição técnica. Sendo assim, a maioria dos clientes relataram já ter utilizando o medicamento de forma incorreta, revelando ser a alteração na posologia a prática mais comum. E de acordo com a pesquisa realizada por Muniz e colaboradores, os erros mais evidentes do uso impróprio de medicamentos, envolvem dose errada, frequência inadequada, período insuficiente ou demasiado de consumo, além de combinação inadequada com outros fármacos provocando interação indesejada¹³.

Com relação a prática da automedicação, 22% dos clientes entrevistados relataram ter praticado a automedicação sem a orientação por profissional capacitado. Resultado semelhante foi encontrado pelo artigo de revisão literária realizado por Soteiro e Santos, no qual demonstrou os principais fatores que tornam a automedicação uma prática cotidiana, sendo eles o impasse encontrado pela população ao acesso do sistema de saúde, em consequência a dificuldade em conseguir a receita médica e o acesso livre a informações pela rede mundial de computadores (internet)¹⁴. Com isso, um artigo apresentado no 8º Congresso de Extensão Universitária da UNESP, revelou que são diversas as explicações para a prática da automedicação. Sendo algumas delas: a facilidade de acesso a vários tipos de medicamentos isentos de prescrição encontrados em drogarias, o marketing envolvido na venda dos medicamentos e até mesmo o aspecto cultural envolvido. Entretanto, a prática da automedicação é um risco para o tratamento do paciente¹⁵.

Ballester e colaboradores mostraram em seu estudo que os pacientes gostariam de participar da decisão terapêutica. Sugere ainda que isso poderia influenciar na adesão do tratamento e melhorar a qualidade da assistência¹⁶.

Investigou-se o conhecimento dos clientes sobre a assistência farmacêutica, a maioria deles informou desconhecer este tipo de assistência. Ratificando este dado, um estudo feito em São Paulo por Bianca Schmid e colaboradores, cujo objetivo era estimar a proporção de automedicação em adultos de baixa renda e identificar fatores associados, relatou que a maioria dos participantes não sabiam do que se tratava essa assistência farmacêutica¹⁷.

A avaliação sobre a qualidade da assistência farmacêutica foi feita através das entrevistas com os farmacêuticos das drogarias visitadas. De acordo com os dados desses profissionais a maioria continha mais de 6 anos de experiência na área, entretanto poucos são os que possuíam pós-graduação, que por sua vez aumentam o conhecimento dos profissionais a respeito de suas práticas, dentre elas a assistência farmacêutica. Um relatório emitido pelo Conselho Federal de Farmácia, revelou que a experiência proporciona um melhor atendimento e que a maioria dos profissionais possuem 5 anos ou mais de experiência na área¹⁸.

Com relação ao questionamento de quais os critérios utilizados pelo farmacêutico para indicação de medicamentos, a maioria dos entrevistados relataram seguir a resolução nº 585 de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico. Um artigo realizado por Costa e colaboradores, mostrou que dentre os critérios para indicação de medicamentos por farmacêuticos, destaca-se à avaliação das necessidades do paciente por meio de análise dos sintomas e das condições individuais com o objetivo de escolher o medicamento e o aconselhamento adequado para cada indivíduo¹⁹.

Este estudo mostrou que os medicamentos mais indicados pelos farmacêuticos foram os analgésicos, as vitaminas e os suplementos. Esses medicamentos são de uma categoria chamada MI (medicamentos isentos de prescrição) que não exige a prescrição clínica para sua compra. São medicamentos considerados seguros se obedecidas às orientações da prescrição técnica, a bula. A atuação na promoção do uso racional de medicamentos é uma oportunidade de o farmacêutico desempenhar seu papel na sociedade com um serviço de farmácia de qualidade com acompanhamento e orientação farmacêutica¹⁴.

Os farmacêuticos entrevistados neste estudo relataram que a maior dificuldade encontrada para prestar a assistência farmacêutica foi o entendimento/aceitação pela população do trabalho desse profissional. Além disso, os farmacêuticos descreveram também que outro desafio encontrado para prática da assistência farmacêutica, se

deve a “sobrecarga” das funções administrativas. E de acordo com o estudo de Angonesi e Rennó, o farmacêutico não pode acumular outras funções como a gerência da farmácia ou drogaria, pois precisam estar disponíveis para o atendimento dos clientes. Se não houver outro farmacêutico na empresa, essas atividades administrativas, inclusive o registro da movimentação de medicamentos controlados, deverão ser delegadas para outros profissionais administrativos²⁰.

Considerações finais

Este estudo evidenciou os hábitos de consumo de medicamentos da população de determinadas drogarias de um município de Goiás e o tipo de assistência farmacêutica prestada pelos profissionais farmacêuticos dessas drogarias. Os dados encontrados revelam que é necessário que os clientes sejam instruídos quanto a importância dessa assistência, pois de acordo com o encontrado a maioria desconhece o que é a assistência farmacêutica.

Além disso, os farmacêuticos devem fazer um planejamento para acompanhar a farmacoterapia, dessa forma interagindo diretamente com o cliente, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida, para que dessa forma os problemas relacionados a prática de automedicação sejam minimizados.

Diante da importância que se reveste o tema e da necessidade de sua melhor compreensão, é necessário realizar mais estudos como este, para subsidiar a promoção do uso racional de medicamentos neste segmento populacional.

Referências

1. Franco TB, Júnior HMM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano; HUCITEC. 2004; 2º edição.
2. Brasil, ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde: resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0017_28_03_2013.html, acessado em: 05 de novembro de 2018.
4. Brasil, Conselho Federal de Farmácia: resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013.
5. Brasil, Conselho Federal de Farmácia: resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013.
6. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Rev. brasileira de ciências farmacêuticas. 2008; 44 (4): 601-612.
7. Domingues PMF, Galvão TF, Andrade KRC, Araújo PC, Silva MT, Pereira MG. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. Epidemiol. Serv. Saúde. 2017; 26 (2): 319-330.

8. Brasil, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da saúde, Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. 2018. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/no-brasil-37-crian%C3%A7as-e-adolescentes-s%C3%A3o-v%C3%ADtimas-de-intoxica%C3%A7%C3%A3o-ou-envenenamento-todos-os-dias>. acessado em: 05 de novembro de 2018.
9. Fernandes WS, Cembranelli JC. Automedicação e o uso irracional de medicamentos: o papel do profissional farmacêutico no combate a essas práticas. Rev. Univap, vol. 21, n. 37. 2015, 5-12.
10. Esher A, Coutinho T. Uso racional de medicamentos, pharmaceuticalização e usos do metilfenidato. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2017, 22(8):2571-2580.
11. Florêncio MDCJ, Couto MT, Maia ACB. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. Rev. Latinoamericano.2016, 97-117
12. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha, CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina. Departamento de Bioquímica e Farmacologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí. Campus Universitário Ministro Petrônio Portela. 2014, vol.18,n.2,pp.42-47.
13. Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. 2017, 20(3): 375-387.
14. Soterio KA, Santos MAS. A automedicação no Brasil e a importância do farmacêutico na orientação do uso racional de medicamentos de venda livre: uma revisão. 2016.
15. Diniz ACI, Alves GC, Furlan LC, Angelis BS, Rodrigues B, Albaricci CB, Castro CF, Alonso JD, Marin MT, Almeida AE. A importância da promoção do uso racional de medicamentos. 8ª Congresso de extensão universitária da UESP. 2015; SSN 2176-9761.
16. Ballester D, Gannam S, Bourroul MLM, Zuccolotto SMC. Avaliação da consulta médica realizada por ingressantes na residência de pediatria. Rev. Brasileira de educação médica. 2011; 35(3): 385-393.
17. Schimid B, Bernal R, Silva NN. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. Rev. Saúde pública. 2010; 44(6): 1039-1045.
18. Serafin C, Júnior DC, Vargas M. Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 44 p.: il.
19. Costa EA, Araújo OS, Penaforte TR, Barreto JL, Junior AAG, Acurcio FA *et al.* Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária a saúde, Brasil. Rev. Saúde pública. 2017; 51.

20. Angonesi D, Rennó MUP. Dispensação Farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. 2011, 16 (9) 3883-3891.

08.DEPRESSÃO PRÉ-PARTO EM ADOLESCENTES ENTRE 12 e 18 ANOS¹

Janaina Mendonça Silva²

Isaias Deolindo de Paula³

Me. Alexsandro Barreto Almeida⁴

Resumo⁵

O presente estudo tem por objetivo analisar a depressão Pré-parto em Adolescentes entre 12 e 18 anos e identificar os principais motivos que levam a adolescente a um quadro de depressão na gravidez e também elaborar medidas de prevenção e cuidado para a redução de casos de depressão pré-parto. A fase da adolescência é marcada por grandes mudanças psicológicas, sociais, físicas e sexuais essa fase é indicada pela transição da infância para a idade adulta. A grande maioria desses adolescentes acaba dando início da vida sexual muito cedo, até antes mesmo de chegar à maturidade social, emocional e econômica. A gravidez na adolescência tornou-se um problema de saúde pública, no qual acaba dificultando o futuro profissional da adolescente mãe. Trata-se de uma revisão de literatura. A coleta de dados foi realizada através de acesso a bancos de dados SCIELO, e MEDLINE. A coleta foi realizada em setembro a outubro de 2018.

Palavras-chave: DEPRESSÃO PRÉ-PARTO. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA. ADOLESCÊNCIA. COMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ.

Abstract

The objective of the present study was to analyze prepartum depression in adolescents between 12 and 18 years of age and to identify the main reasons that lead adolescents to a pregnancy depression and to develop prevention and care measures to reduce cases of depression prepartum. The phase of adolescence is marked by great psychological, social, physical and sexual changes this phase is indicated by the transition from childhood adulthood. The vast majority of these adolescents end up starting the sexual life very early, even before they reach social, emotional and economic maturity. Adolescent pregnancy has become a public health problem, in which it ends up hindering the future career of the adolescent mother. This is a literature review. Data collection was performed through access to SCIELO, and MEDLINE databases. The collection was carried out in September to October of 2018.

Keywords: PREPARTUM DEPRESSION. ADOLESCENT PREGNANCY. ADOLESCENCE. COMPLICATIONS IN PREGNANCY.

Introdução

A fase da adolescência é marcada por grandes mudanças psicológicas, sociais, físicas e sexuais essa fase é indicada pela transição da infância para a idade adulta. A grande maioria desses adolescentes acaba dando início da vida sexual muito cedo,

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

³ Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

⁴ Docente da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

⁵ Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

até antes mesmo de chegar a maturidade social, emocional e econômica.¹

A gravidez na adolescência tornou-se um problema de saúde pública, no qual acaba dificultando o futuro profissional da adolescente mãe. Vale lembrar, que nem toda gravidez na adolescência é indesejada, pois muitas vezes pode sim, ser uma gravidez desejada. A gravidez não desejada está diretamente ligada a problemas psicológicos, devido a este fato, a depressão pré-parto é um grande fator de risco para uma gravidez indesejada.¹

A depressão pré-parto é pouco falada, isso acaba dificultando o seu diagnóstico e colabora para que a mulher ainda sofra preconceito, outro fator que dificulta o diagnóstico da depressão pré-parto é, os sintomas que também são muito parecidos com o da própria gravidez. Sintomas como; cansaço, tristeza, irritabilidade, alterações no apetite, insônia, redução no peso podem aparecer tanto na gravidez quanto na depressão pré-parto.⁸

Os cuidados que os profissionais de saúde devem ter com a paciente é desde a primeira consulta do pré-natal, orientar e aconselhar a gestante e também ficar atento aos sinais e sintomas de uma possível depressão durante a gravidez.⁴

Desta forma, tivemos como objetivo principal, avaliar os principais motivos que levam a adolescente a um quadro de depressão ainda nos primeiros momentos da gravidez e como objetivos secundários, identificar problemas na gravidez da adolescente, observar a dificuldade dos profissionais no diagnóstico da depressão pré-parto e elaborar medidas de prevenção para a redução de casos de depressão pré-parto.

Materiais e métodos

O presente estudo foi realizado através de revisão de Literatura, pesquisando artigos científicos que abordassem o assunto, em questão na biblioteca virtual, SCIELO, MEDLINE. A coleta de dados foi realizada em setembro a outubro de 2018, como critério de inclusão utilizaram-se artigos que descrevessem sobre a depressão em adolescentes grávidas com idades entre 12 a 18 anos, os artigos foram pesquisados entre 1999 a 2018 utilizou-se para busca os seguintes descritores, Depressão pré-parto, Gravidez na adolescência, Adolescência, Complicações na Gravidez. Os critérios de exclusão foram artigos que não abordassem o assunto, a respeito do tema, e artigos que, apesar de falar sobre a depressão em adolescentes grávidas, não possuem enfoque em analisar a depressão Pré-parto em Adolescentes entre 12 e 18 anos e os principais motivos que levam a adolescente a um quadro de depressão na gravidez e artigos que estavam em língua estrangeiras.

Resultados e discussões

Os resultados obtidos com base na coleta de dados possibilitaram o desenvolvimento de propostas para promover uma melhoria continua nos processos existentes. E elaborar medidas de prevenção para a redução de casos de depressão pré-parto.

Segue abaixo um quadro onde estão relacionados os principais artigos selecionados para a reflexão do tema aqui proposto citando o autor, título da obra o ano de publicação e o objetivo proposto por esses estudos.

Quadro-1 informativo dos artigos estudados para análise de tema proposta.

Nome do Autor	Título da obra	Ano de publicação	Objetivo proposto
----------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------

Zucchi, et al	Depressão na gravidez e prematuridade	1999	Objetivo: Avaliar a ocorrência de partos prematuros com relação a depressão na gravidez.
Souza, et al	O aborto entre adolescentes	2001	Objetivo: Estudar as características epidemiológicas do aborto entre adolescentes internadas em um hospital geral de referência, submetidas à curetagem, no município de Feira de Santana.
Freitas, et al	Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida	2002	Objetivo: Determinar a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida e variáveis psicossociais.
Goldenberg, et al	Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil	2005	Objetivo: Relatar resultados de Adolescentes grávidas em Monte Claro- MG
Zingal, et al	Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?	2005	Objetivo: Avaliar riscos de depressão pós-parto e meios de prevenção.
Pereira, et al	Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde	2009	Objetivo: Estimar a prevalência da depressão em adolescentes grávidas e identificar os principais fatores de risco.
Guanabens, et al	Gravidez na Adolescência: um Desafio à Promoção da Saúde Integral do Adolescente	2010	Objetivo: A avaliar as complicações relacionadas à gravidez na adolescência, por meio de uma revisão sistemática.
Bolela, et al	Coexistência de ansiedade e depressão na gravidez em casais cujas mulheres são primíparas	2012	Objetivo: Apresentar resultados de um estudo efetuado sobre a prevalência da ansiedade e da depressão gestacionais de modo a despertar a necessidade de intervenção psicológica com relação a estes transtornos.

Azevedo, et al	Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura	2014	Objetivo: Avaliar as complicações relacionadas à gravidez na adolescência, por meio de uma revisão sistemática.
Lau, et al	Características sociodemográficas, obstétricas, morbidades pré-natais e sintomas depressivos perinatais: um estudo prospectivo de três ondas	2018	Objetivo: Investigar o padrão de sintomas depressivos perinatais, e determinar as relações entre características sociodemográficas, fatores obstétricos, morbidades pré-natais, condições pós-natais e sintomas depressivos.

Os artigos revisados tiveram seus conteúdos categorizados. A seguir, serão apresentados e discutidos os eixos de análise.

Gravidez na adolescência

Na adolescência acontecem grandes mudanças, e essa fase é considerada como uma transição da vida infantil para a adulta, no qual ocorre um período de grande instabilidade emocional e alterações corporais. A maioria dos adolescentes dá início à maturidade sexual antes de alcançar a maturidade emocional e social e até mesmo uma independência econômica. Em meio a várias informações de jornais, internet e etc., promovidos pelas mídias, acabam incentivando os adolescentes a darem início a vida sexual de forma precoce que, na falta de conhecimentos dos métodos contraceptivos, pode resultar em uma gravidez ainda na adolescência, seja desejada ou não.¹

Segundo alguns estudos, as fases de iniciação das práticas sexuais variam de um país para outro. No Brasil, cerca de 64% dos adolescentes do sexo masculino e 13% do sexo feminino de 15 a 17 anos de idade, tem uma vida sexual ativa. Tendo em vista estes fatos que, o uso de preservativos inadequado por casais muito novos ou da falta de prevenção com anticoncepcionais podem trazer o risco eminente de uma gravidez precoce e indesejada.⁶

Segundo alguns artigos mostram que 18% das adolescentes de baixa renda são mães e famílias com renda acima de cinco salários mínimos, a proporção não chega a 1%, desta forma é correto afirmar que mães com baixa renda são mais propensas a terem filhos, estando diretamente ligado ao índice de baixa escolaridade, pelo fato de que a mãe acaba abandonando os estudos pelo fato de estar grávida, tornando-se um ciclo vicioso.

A gravidez na adolescência apresenta um expressivo número de casos, um problema de saúde pública, no qual acaba dificultando o futuro profissional. Vale lembrar, que nem toda gravidez na adolescência é de certa forma indesejada, pois a estudos que comprovam que a gravidez na adolescência pode ser benéfica. Desta forma observa-se que a gravidez na adolescência pode ser um fator de risco para algumas adolescentes ser diagnosticada com depressão na gestação e ao mesmo tempo pode ser um fator benéfico para outras, pelo fato de muitas gestantes se sentirem isoladas, e até mesmo deprimidas, portanto o fato de estar grávida pode fazer com que a jovem tenha uma nova perspectiva de vida, cuidando e passando ao

bebê todo o seu amor. Embora este fato seja verídico e comprovado, não é um caso comum e todos os outros estudos relatam apenas que a gravidez precoce e indesejada, traz grandes fatores de riscos.¹

A gravidez na adolescência ocorre de forma precoce no qual a adolescente ainda não está preparada fisicamente e emocionalmente, podendo ocasionar grande risco para a saúde. Fatores relacionados à pobreza, como dependência financeira, baixa renda, baixa escolaridade, desemprego; ser solteira; ausência de apoio social, como o conjugal e o familiar; eventos estressantes, como conflitos nos relacionamentos; gravidez não desejada e antecedentes psiquiátricos podem contribuir significativamente para um quadro de depressão durante a gravidez.²

Depressão em adolescentes grávidas

A maioria das pessoas nem imaginam que um momento tão especial da vida de uma mulher, a gravidez, é possível que a futura mãe sofra de depressão pré-parto. Ao contrário da depressão pós-parto, a depressão que faz com que a gestante sofra durante a gravidez, e pouco falada, contribuindo para uma série de outros problemas para a saúde da mãe e do bebê. Hoje a depressão é um grande problema de saúde pública que atinge cerca de 154 milhões de pessoas no mundo todo, sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homens. A gestação é o período de maiores ocorrências de transtornos mentais na gestante, no qual a depressão é o transtorno mais frequente. Segundo estudos, cerca de 20% das gestantes apresentam depressão, sendo que grande parte dessas mulheres não são diagnosticada e tratada corretamente.^{1,2,5}

Depressão é um estado mental mórbido caracterizado pela diminuição ou perda de interesse ou prazer pela vida gerando prostração, com inibição de comportamentos como nas relações sociais, falar, andar, e excitação de outros como na fuga esquivada, irritabilidade, dificuldade para responder aos estímulos do dia-a-dia, pedidos de ajuda e ideias suicidas com frequência.^{3,4,8}

No período da gravidez, a depressão pode causar problemas não só à saúde da mãe, como também pode levar grandes riscos à saúde e ao desenvolvimento do feto como a prematuridade, o baixo peso ao nascer, doenças respiratórias e outros problemas. A gestante pode ficar susceptível ao uso de drogas lícitas e ilícitas, conseqüentemente o feto poderá desenvolver um quadro de desnutrição e até mesmo levará ao aborto. A presença da depressão pré-parto é mais comum em gestantes adolescentes do que em gestantes adultas.^{9,10}

Durante a gravidez, surgem diversas mudanças corporais que acabam deixando as gestantes muito sensíveis é um período sensível para a existência de sintomas depressivos por causa das profundas alterações psicossociais e fisiológicas. Segundo estudos, relatam que 23,8% das mulheres grávidas sofrem de sintomas depressivos entre o primeiro trimestre de gestação.⁹

Superação da depressão pré-parto

Toda e qualquer mulher tem o direito de receber um tratamento adequado, principalmente no período da gravidez, o que contribui bastante para a prevenção do quadro de depressão e como tratá-lo adequadamente quando existente. Para melhorar o atendimento das gestantes, o profissional de saúde deve ser treinado para orientar a gestante de maneira correta e saber qual atitude correta a ser tomada no acompanhamento pré-natal, assim como quais são os direitos da mulher e do recém-nascido.^{2,7,8}

O profissional de saúde que é responsável pela realização da consulta da gestante, deve estar atento aos sinais e sintomas de uma possível depressão durante a gravidez. Tristeza profunda, irritabilidade, desânimo, falta de energia, falta de apetite, insônia são alguns dos sintomas da depressão pré-parto assim como os outros tipos de depressão⁴.

Considerações finais

Considera-se que o número de casos de gravidez na adolescência é enorme, podendo ser uma gravidez indesejada ou não, e que a gravidez pode até ser uma solução para algumas jovens, os principais motivos observados para chegar a esta conclusão foram, que por conta da gravidez, a mãe adolescente não se sente mais sozinha e sua vida passa ter significado e sentido, neste momento, a adolescente grávida, ganha um importante status e encontra um sentido em sua vida, já que terá valor na vida de alguém. Porém, conforme os resultados obtidos, a maioria dos estudos fala mais a respeito dos riscos que a gravidez indesejada pode ter em relação a “depressão pré-parto” que, por mais que seja conhecida, é um tema não muito discutido.

Constatou-se que os principais motivos que levam a gestante adolescente a ter depressão pré-parto é a falta do apoio familiar, que muitas das vezes, ao invés de auxiliar a adolescente em um momento tão delicado, acabam optando por julgá-la pelo fato ocorrido; o abandono do parceiro, a solidão, problemas financeiros, paralisação dos estudos e a própria gravidez indesejada são outros fatores que contribuem para que a adolescente tenha depressão durante a gravidez. Além disso, percebemos que a depressão pré-parto se não diagnosticada e tratada de forma correta e adequada pode levar a uma gestação com grandes problemas tanto para a mãe, quanto para o feto, como por exemplo; má formação do feto, a desnutrição, a prematuridade e até mesmo um aborto, no caso da mãe pode desenvolver grandes problemas psicológicos, dentre eles, a depressão no período da gestação, pode ser um dos principais problemas psicológicos. Também podemos observar a importância dos profissionais de saúde, tendo uma visão holística nas consultas de pré-natal para poder orientar, encaminhar a gestante para um psicólogo, se for necessário; conseguir identificar sinais e sintomas da depressão pré-parto e, além disso, diferenciar eles, dos sintomas da gravidez, que em muitas ocasiões são bem parecidos, planejar formas de prevenção e tratamento da depressão, também é essencial para as gestantes adolescentes. Desta forma podemos destacar que, todos estes elementos mencionados, podem junto, contribuir para uma possível redução de casos de adolescentes com depressão na gravidez.

Referências

1. GOLDENBERG P, FIGUEIREDO MCT, SILVA RS. Gravidez na adolescência: pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1077-1086, jul-ago, 2005 2005.
2. PEREIRA PK, LOVISI MG, LIMA LB, LEGAY LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. Rev. Psiq. Clí. 2010. Rev. Psiq. Clín. 2010;37(5):216-22

3. FREITAS GVS, BOTEGA NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. Rev. Assoc Med Bras 2002; 48(3): 245-9 2002.
4. BOLELA M. Coexistência de ansiedade e depressão na gravidez em casais cujas mulheres são primíparas. “Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde” 2012.
5. AZEVEDO WF, DINIZ MB, FONSECA ESVB, AZEVEDO LMR, EVANGELISTA CB. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. Einstein. 2015;13(4):618-26 2015.
6. SOUZA VLC, CORRÊA MSM, SOUZA, SL, BESERRA, MA. The abortion among adolescents. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.9 n°.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2001
7. ZUCCHI M. Depressão na gravidez e prematuridade: aspectos epistemológicos da investigação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(1):89-97, jan-mar, 1999.
8. ZINGA DP, SHAUNA D; BORN L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Revista Brasileira de Psiquiatria. 2005.
9. YING L, THA PYAI H, HO KDK. Características sociodemográficas, obstétricas, mórbidas pré-natais e sintomas depressivos perinatais: um estudo prospectivo de três ondas. 2018.
10. GUANABENS MFG , GOMES AM, MATA ME, REIS ZSN. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. Ver. Bras. Educ. Médica. 2012.

09.CONSTIPAÇÃO INTESTINAL INFANTIL E A ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA¹

Úrsula Maria Carneiro de Araújo²

Michele de Oliveira Matos³

Anna Gabriella e Silva⁴

Dr. Ronney Jorge de Souza Raimundo⁵

Resumo⁶

A constipação intestinal, ou a prisão de ventre, como é conhecida popularmente, é um distúrbio e pode ser definida quando a frequência de defecação é inferior a três vezes por semana. O objetivo desse artigo é trazer informações sobre a constipação intestinal infantil, de forma mais clara e objetiva, dados sobre a quantidade de crianças afetadas, índices, mas prevalentes, classificações, sendo aguda ou crônica, e enfatizando a fisioterapia, como um método eficaz e de grande valia de tratamento. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa em que se optou pelo método da revisão literária, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino- Americana em Ciência de Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e Google Acadêmico.

Palavra-chave

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL. MASSOTERAPIA E INFÂNCIA.

Abstract

Constipation, or constipation, as it is popularly known, is a disorder and can be defined when the frequency of defecation is less than three times a week. The aim of this article is to provide information about childhood intestinal constipation, more clearly and objectively, data on the number of children affected, indexes, but prevalent, classifications, being acute or chronic, and emphasizing physiotherapy as an effective and of great value of treatment. This is a qualitative study in which the method of literary review was chosen, through the Virtual Health Library (VHL), in the databases LILACS (Latin American Literature in Health Science), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and Academic Google.

Keywords

INTESTINAL CONSTIPATION. MASSOTHERAPY AND CHILDHOOD.

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Discente do Curso de Fisioterapia. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.

³ Discente do Curso de Fisioterapia. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.

⁴ Orientadora Docente da Fasesa, Fisioterapeuta, Especialista em Docência na Educação Superior.

⁵ Coorientador, Fisioterapeuta, Mestrado e Doutorado em Ciências da Educação da Saúde pela UNB, Docente na Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

⁶ Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

Introdução

A constipação intestinal ou a prisão de ventre, como é conhecida popularmente, é um distúrbio que pode ser definida quando a frequência de defecação é inferior a três vezes por semana. Porém, pode-se ter constipação intestinal mesmo evacuando diariamente: não só por frequência, mas outras modificações integram o quadro.¹ Que podem ser caracterizados por sintomas como, evacuação incompleta, dores abdominais, desconforto, dores fortes ao evacuar, mal-estar, sangramento em torno das fezes e escape fecal.

A constipação intestinal vem se tornando muito comum na infância.² E afeta as crianças não somente pelos itens acima, mas podendo variar, como desmame, alimentação pobre em fibra, treinamento ao uso do banheiro, início de escola e mudança de ambiente para a criança. Em caso de crianças menores que não tem a possibilidade de relatar estes sintomas podem ser consideradas crianças constipadas além das fezes endurecidas, o esforço ao tentar eliminar as fezes e dor com choro ao tentar realizar o movimento intestinal.

A constipação intestinal pode ser classificada quanto ao seu tempo de duração; aguda ou crônica, ou quanto a sua etiologia podendo ser orgânica ou funcional. A constipação crônica na infância pode ser distribuída em duas categorias: funcional e secundária a distúrbios intestinais e extra intestinais. A maioria dos casos se engloba na constipação crônica funcional. A constipação crônica funcional foi definida como sendo a expulsão de fezes ressecadas ou em címbalos há pelo menos 30 dias e/ou menos que 3 evacuações semanais na criança já desmamada. Em alguns casos, a constipação crônica pode ser reconhecida a partir das suas complicações, principalmente o escape fecal e a dor abdominal recorrente. Crianças maiores e adolescentes podem mencionar a sensação de esvaziamento retal incompleto após as evacuações ou, ainda, desistências frequentes quando tentam evacuar.³

Na maioria dos casos, na constipação aguda, não se observa nenhum desequilíbrio intestinal e o prognóstico é melhor que nos casos crônicos.⁴ Um episódio agudo de constipação pode seguir-se a uma mudança de dieta ou ambiente, um período febril, um período de desidratação ou de repouso na cama.⁵

A constipação intestinal é um problema frequente na infância, e constitui-se da queixa principal em 3% das consultas pediátricas do cotidiano.⁶ A dificuldade que as possui em defecar afeta crianças de todas as faixas etárias, porém o índice mais alto está entre um a cinco anos de idade.⁷ Cerca de 60% das crianças iniciam o quadro no primeiro ano de vida.⁸ Na infância, a maior causa de constipação é a crônica funcional, compondo 95% de todos os casos.⁹

O distúrbio da constipação intestinal encontra-se comum na faixa etária pediátrica. Suponha-se que uma em cada dez crianças, poderão ter constipação intestinal em alguma fase da vida. No Brasil, estudos mais recentes de prevalência de constipação intestinal em escolares, em sociedade de baixa renda e em unidade básica de saúde, mostraram valores elevados, variando de 17,5% a 38,4%.^{8,10}

Existem alguns tratamentos para combater a constipação intestinal, que entre eles estão, inserir alimentos com fibra nas refeições diárias da criança, ingestão de água e alimentos que contêm líquido, medicação como o conhecido laxante, porém, de acordo com a prescrição médica, modificação de comportamento, que seria, os pais incentivar a criança a se sentar no vaso sanitário, explicando a importância da evacuação de acordo com a linguagem da criança.

A terapia deve ser apropriada à gravidade do problema e à idade da criança, tendo como objetivo aliviar ou eliminar os sintomas já instalados e prevenir ou minimizar a ocorrência de suas complicações.³ O tratamento cirúrgico se restringe aos pacientes com alterações congênitas, como a doença de Hirschsprung, ou a raros casos de pseudo-obstrução que podem ocorrer em portadores de deficiências neurológicas.¹¹

Dentre as diversas modalidades de tratamento para a constipação intestinal, a fisioterapia vem se tornando muito eficaz, como a massagem terapêutica, principalmente a abdominal, é considerada de grande valor, pois, quando bem empregada, constitui-se em método simples, não invasivo, eficaz, de baixo custo, sem muitas contraindicações e sem maiores efeitos deletérios. Este procedimento age sobre o sistema nervoso parassimpático, responsável por estimular a motilidade do trato gastrointestinal, acelerando o trânsito do bolo fecal.¹²

O tratamento fisioterapêutico visa em fortalecer os músculos que realizam o movimento da propulsão fecal, de acordo com a musculatura abdominal e diafragmática, assim, estimulando a contração dos músculos do assoalho pélvico e os músculos do esfíncter anal.

O propósito do tratamento é alcançar uma situação em que as evacuações sejam diárias e sem sofrimento.¹³ Melhorando a qualidade de vida da criança, e beneficiando ainda mais a sua infância.

O objetivo desse artigo é trazer informações sobre a constipação intestinal infantil, de forma mais clara e objetiva, dados sobre a quantidade de crianças afetadas, índices, mas prevalentes, classificações, sendo aguda ou crônica, e enfatizando a fisioterapia, como um método eficaz e de grande valia de tratamento. Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica, baseado em pesquisas e estudos que abordam o assunto prestado.

Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa em que se optou pelo método da revisão literária para alcance do objetivo proposto evidenciando a efetividade da massagem abdominal como recurso no tratamento da constipação intestinal infantil.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se as palavras chaves encontrada pelos descritores de Ciências da Saúde “constipação intestinal”, “massoterapia” e “infância”. Foram realizado busca pela internet, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino- Americana em Ciência de Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e Google acadêmico. Os critérios de inclusão para a realização desse artigo foram: os artigos escritos na língua portuguesa, publicados entre os anos de 1976 a 2014. Foram excluídos artigos que abordassem constipação intestinal em idosos, artigos que não favorecia e não estava de acordo com o tema da pesquisa. E priorizamos aqueles que mais se correlacionavam de acordo com o tema do artigo abordado.³ A pesquisa ocorreu entre os meses de junho a setembro de 2018.

Para investigação dos artigos foram utilizadas três etapas, inicialmente utilizou-se o descritor constipação intestinal, que foram encontrados 12 artigos e 1 artigos com massagem terapêutica, foram identificados 23 artigos nos bancos de dados LILACS, SCIELO e Google Acadêmico. Vale ressaltar que, após a leitura aprofundada desses artigos, 10 deles foram excluídos por não atender aos critérios de inclusão. Dessa forma, a amostra final foi composta por 13 trabalhos científicos.

Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
Artigos descritos na língua portuguesa e inglesa;	Artigos que abordassem constipação intestinal em idosos;
Artigos publicados entre os anos 1976 a 2014;	Artigos que não favorecia com o tema da pesquisa.
Artigos indexados nos bancos de dados LILACS, SCIELO e Google acadêmico.	

Resultados e discussão

Autor	Objetivo	Método	Resultado	Conclusão
Ambrogini Jr O, Miszputen SJ, Rodriguez TN 2012. ¹	Foi feita revisão da definição, mecanismos e causas da constipação funcional.	Os meios diagnósticos foram apresentados, bem como realçada a importância de investir e excluir as numerosas causas de constipação secundária. As medidas terapêuticas foram divididas em gerais, tipo de dieta e especializadas, compreendendo laxantes e outras alternativas.	Foram apresentadas as diferentes categorias de laxantes e discutido seu uso e os efeitos adversos que podem provocar.	Ficou estabelecido que a terapia mais efetiva para a constipação por distúrbio defecatório funcional é o biofeedback. Já para o distúrbio defecatório por causa mecânica e nos casos de constipação refratária por trânsito lento a alternativa terapêutica é a cirurgia.
Júnior B, Batista UO, Silva LTA, Garboggini LR, Fonseca LR, Fonseca MLV. 2012 ²	Avaliar a frequência da constipação em crianças com Hiperatividade da Bexiga Isolada (HBI) e sem queixas miccionais.	Para avaliação da constipação, utilizando o critério Roma III, Bristol Stool Chart e Escala Visual Analógica (Faces).	Foi observada estatística significativa nos resultados referentes aos itens uso de postura de retenção, presença de dor e esforço, massa fecal no reto e fezes grandes que entopem o vaso.	Crianças com HBI têm mais chance de apresentar constipação quando comparadas com crianças sem sintomas miccionais.
Morais MB, Maffei HVL 2000. ³	Revisar os conhecimentos atuais sobre impacto, fisiopatologia, apresentação	Foram utilizados revisão bibliográfica eletrônica na base de dados do Medline-	A constipação crônica na infância apresenta elevada prevalência. A	Avaliação especializada e exames subsidiários devem ser indicados de

	clínica e tratamento da constipação crônica em Pediatria.	Bireme, artigos recentes de revisão e publicações prévias dos autores.	fisiopatologia envolve a interação de múltiplos fatores: dieta pobre em fibras, desmame precoce, episódios de evacuação dolorosa, comportamento de retenção fecal, distúrbio da motilidade intestinal e predisposição genética.	acordo com as características clínicas individuais e quando a evolução clínica não é satisfatória.
Clayden GS.1976 ⁴	É compartilhar algumas dessas experiências e definir alguns dos recursos nas histórias e o exame clínico que indica a necessidade de uma ênfase particular na gestão.	O manejo da constipação crônica na infância tem uma série de problemas e desafios para o pediatra. Raramente é claro desde o primeiro contato com a criança e família se fatores físicos ou psicológicos são primordiais.	Uma intrincada trama de um certo número de primária, secundária, física e psicológica fatores.	Evidência de má alimentação, fluidos ou ingestão de fibras pode ser obscurecido pela criança que faz regime de alimentação, mas passando fezes secas e duras como resultado do deficiência de fluido.
Loening-Baucke V.1993 ⁵	É descrever os sintomas de constipação crônica em bebês e crianças mais velhas; apresentar o diagnóstico diferencial, os algoritmos para o avaliação dessas crianças e o tratamento da constipação.	O exame físico deve incluir um exame retal e neurológico. Nenhum orgânico específico causa pode ser encontrada na maioria das crianças.	Relatar o resultado do tratamento, porque constipação em crianças muito jovens e crianças mais velhas difere da constipação em adultos.	A maioria dos pacientes se beneficiará de um programa concebido para limpar as fezes, para evitar acumulação e promover hábitos intestinais regulares.

Loenning-Baucke V.1996 ⁹	Estudar a prevalência de constipação intestinal crônica funcional na infância, em uma unidade básica de saúde.	Trata-se de um estudo transversal descritivo, de prevalência, com entrevista estruturada, respondida pelos responsáveis que acompanhavam as crianças. A entrevista foi parcialmente adaptada de um questionário aplicado em estudo realizado com alunos de medicina, os quais respondiam eles próprios às questões.	Para as 84 crianças constipadas, foi inquirida a idade de início da constipação intestinal, sendo que em 30 (46,9%) a constipação intestinal teve início antes de um ano de idade.	A abordagem do conjunto de alterações relacionadas à eliminação das fezes determinando um critério para o diagnóstico da constipação intestinal crônica funcional mostrou-se adequada para a avaliação de sua prevalência na amostra estudada
Bigélli RHM, Fernandes MIM, Galvão LC 2004. ¹⁰	Apresentar uma revisão sobre a constipação intestinal na criança, analisando as principais características clínicas bem como sua abordagem diagnóstica e terapêutica.	Revisão bibliográfica atualizada e experiência da Unidade de Gastroenterologia do Departamento de Pediatria.	O diagnóstico, na maioria dos casos, pode ser feito através de dados de história clínica e exame físico cuidadoso dos pacientes. O tratamento deve ser direcionado à causa básica, necessitando, na maioria dos casos, mudanças dietéticas e comportamentais.	O diagnóstico da constipação intestinal deve ser precoce, pois interfere no sucesso terapêutico, que depende de uma adequada alimentação e do condicionamento do esfíncteriano.
Braz MM, Real AA, Kelling BI, Stallbaum JH, Pozzebon NM, Dias SD, Bock THO, Pivetta HMF, 2013 ¹²	Investigar os efeitos da massagem abdominal sobre a constipação intestinal	Dentre as diversas modalidades de tratamento para a constipação, a massagem terapêutica, principalmente a abdominal, é considerada de grande valia.	Os efeitos da massagem sobre a frequência das evacuações, diminuição da dor abdominal e do uso de laxativos.	A massoterapia mostra-se uma alternativa eficaz para o tratamento da constipação intestinal.

De acordo com Ambrogini-Jr, Miszputen e Rodriguez, mudança de rotina alimentar, por compromissos familiares, sociais ou profissionais, devido à rotina não tem tempo de ir ao banheiro. Junto com isso vem forma correta de sentar no vaso sanitário e indisponibilidade de banheiro. Para crianças e adultos ao se sentar no vaso sanitário sempre tem que ter um apoio para melhorar a pressão abdominal.

No estudo de Júnior, Batista, Silva, Garboggini e Fonseca et al, crianças com hiperatividade da bexiga contraem muito o assoalho pélvico para evitar a perda de urina ou até mesmo segura para não ir ao banheiro. Sabe-se que a contração da musculatura várias vezes ao dia, pode estimular a constipação intestinal.

O presente estudo de Morais e Maffei as crianças com constipação crônica, com ou sem agravos muitas dessas crianças se beneficiam com precioso plano de tratamento, aderindo à terapia apropriada de cada caso priorizando a gravidade e a idade da criança com o objetivo aliviar e eliminar os sintomas, de forma que possa controlar minimizar ou até prevenir as suas complicações decorrentes a constipação intestinal.

Avaliando o estudo Clayden, conclui que mesmo que a esfínter interno relaxa obtendo repostas positivas sem percussões e tranquilidade reforça ainda mais seus defeitos. Loening-Baucke, durante várias pesquisas descobriram que a constipação crônica em crianças pode prevalecer por muitos anos, e de extrema importância à criança ter acompanhamento para prevenir a constipação no passar dos anos. No estudo Loening-Baucke o aumento de crianças com dificuldade de evacuar todo o conteúdo fecal e elevado, com a diminuição da expulsão incompleto ocasionado a constipação intestinal.

Já Bigélli, Fernandes, Galvão, relatam que o tratamento pode ser por formas clínicas, tratamento psicológico ou cirúrgico. O tratamento clínico e realizado na prevenção no acúmulo das fezes utilizando as fibras dietéticas, regulando o tempo e o funcionamento do intestino.

Braz, Real , Kelling, Stallbaum, Pozzebon, Dias, Bock, Pivetta et al, abordam sobre a prevalência massagem abdominal promovendo o alívio da constipação intestinal, caracterizados pelo seguintes fatores: aumento na frequência das evacuações reduzindo as dores abdominais e na redução da utilização de laxantes.

Conclusão

Por meio da pesquisa foi possível avaliar primeiramente, a escassez de estudos recentes sobre a constipação intestinal infantil, por esse motivo, vale ressaltar que a pesquisa também foi composta por artigos mais antigos. E se faz necessário mais pesquisas e estudos sobre o assunto.

De acordo com a pesquisa, a constipação intestinal não se enquadra somente na diminuição de defecação, mas existem sintomas que a também se engloba. O índice de crianças que sofrem com os sintomas cresce cada vez mais, e a fisioterapia vem sendo cada dia mais reconhecida pela sua eficácia, realizando terapias não invasiva, com baixo custo e não prejudiciais a saúde, e diminuindo o uso de drogas, como o conhecido “laxante”.

Referências

1. Ambrogini-Jr O, Miszputen SJ, Rodriguez TN. Constipação intestinal funcional crônica. In: Atualização Terapêutica de Prado, Ramos e Valle: Diagnóstico e Tratamento, 24^a ed, Artes Médicas, São Paulo, 2012, pp. 409-12.
2. Júnior B, Batista UO, Silva LTA, Garboggini LR, Fonseca LR, Fonseca MLV <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/browse?type=author&value=Fonseca%2C+Maria+Luiza+Veiga+da>. Constipação Intestinal em Escolares com Hiperatividade da Bexiga Isolada , 2012.
3. Morais MB, Maffei HVL, Constipação intestinal, 2000 by Sociedade Brasileira de Pediatria, 2000.
4. Clayden GS. Constipation and soiling in childhood. Br Med J 1: 515-517, 1976.
5. Loening-Baucke V. Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment and longterm follow up. Gut 34: 1400-1404, 1993b.
6. Loening-Baucke V. Chronic constipation in children. Gastroenterology 1993;105:1557-64.
7. Hatch TF. Encopresis and constipation in children. Pediatr Clin North Am 35: 257-280, 1988.
8. Assumpção I, A criança com constipação intestinal, novembro de 2014.
9. Loening-Baucke V. Encopresis and soiling [review]. Pediatr Clin North Am 1996;43:279-98.
10. Bigélli RHM, Fernandes MIM, Galvão LC, Constipação intestinal na Criança, Medicina, Ribeirão Preto, 2004.
11. Junqueira JCF, Calçado AC, Gracia J, Guerra SP, Carvalho SR, Valladares AB Constipação Intestinal Crônica na criança e adolescente, 2009.
12. Braz MM, Real AA, Kelling BI, Stallbaum JH , Pozzebon NM, Dias SD, Bock THO, Pivetta HMF Efeitos da Massagem sobre a constipação intestinal: uma revisão sistemática; julho 2013.
13. Cardoso AL, Constipação e cólicas na infância: causas e manejo terapêutico 2013.

10.A INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DAS DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA¹

*Samara Emanuela Coelho da Silva²
Karen Luany da Silva Santos³
Dr. Ronney Jorge de Souza Raimundo⁴*

Resumo⁵

A Articulação Temporomandibular (ATM) é formada por um conjunto de estruturas anatômicas que estabelecem uma ligação entre o osso temporal e a mandíbula. Essa articulação é suscetível a variações patológicas originando desordem como a disfunção temporomandibular. Disfunção Temporomandibular (DTM) é definido pela alteração patológica que prejudica a articulação temporomandibular (ATM), tendo potencial de afetar os músculos mastigatórios e sistema estomatognático. A intervenção fisioterapêutica visa amenizar a dor musculoesquelética, reduzir inflamação e espasmos, ganhar ou manter a amplitude de movimento, recuperar a função do sistema mastigatório e promover a reeducação do paciente para melhorar a qualidade de vida. Objetivo: Desta forma o objetivo desse estudo foi analisar as evidências científicas sobre o tratamento fisioterapêutico na desordem temporomandibular. Métodos: Foram realizadas buscas eletrônicas nas bases de dados PubMed, Lilacs e Scielo a fim de identificar os artigos científicos indexados e publicados nos anos de 2011 a 2018. Foram selecionados 20 artigos após análise utilizou-se 11. Resultados: Os resultados obtidos neste estudo, nota-se que os recursos fisioterapêuticos trazem bons resultados em paciente com DTM, reduzindo a dor e aumentando a amplitude de movimento. Conclusão: Conforme os resultados apresentados neste estudo, conclui-se que os recursos fisioterapêuticos trazem bons resultados em paciente com DTM.

Palavra-chave: ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR. FISIOTERAPIA. TRANSTORNOS DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.

Abstract

Introduction: The Temporomandibular Joint (TMJ) is formed by a set of anatomical structures that establish a connection between the temporal bone and the mandible. This joint is susceptible to pathological variations leading to disorder such as temporomandibular dysfunction. Temporomandibular dysfunction (TMD) is defined by the pathological alteration that impairs the temporomandibular joint (TMJ), having potential to affect the masticatory muscles and the stomatognathic system. The physiotherapeutic intervention aims to ameliorate musculoskeletal pain, reduce inflammation and spasms, gain or maintain range of motion, recover the function of

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Acadêmico de Fisioterapia. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.

³ Acadêmico de Fisioterapia. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.

⁴ Fisioterapeuta. Doutorado em ciências da saúde UnB. Docente da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.

⁵ Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

the masticatory system and promote the re-education of the patient to improve the quality of life. **Objective:** In this way the objective of this study was to analyze the scientific evidences about the physical therapy treatment in the temporomandibular disorder. **Methods:** Electronic searches were carried out in PubMed, Lilacs and Scielo databases to identify the scientific articles indexed and published in the years 2011 to 2018. Twenty articles were selected after analysis and 11 were used. **Results:** The results obtained in this study , it is noted that the physiotherapeutic resources bring good results in patients with TMD, reducing pain and increasing range of motion. **Conclusion:** According to the results presented in this study, it was concluded that the physiotherapeutic resources have good results in patients with TMD.

Keywords: TEMPOROMANDIBULAR JOINT. PHYSIOTHERAPY. TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDERS.

Introdução

A Articulação Temporomandibular (ATM) é formada por um conjunto de estruturas anatômicas que estabelecem uma ligação entre o osso temporal e a mandíbula. Devido à articulação dupla do côndilo do osso temporal a ATM executa movimentos de rotação e translação. A ATM funciona de maneira simultânea entre a oclusão dental, equilíbrio neuromuscular e a própria articulação, por apresentar duas articulações interligadas à mandíbula. Essa articulação é suscetível a variações patológicas originando desordem como a disfunção temporomandibular.¹ A Disfunção Temporomandibular (DTM) é definida pela alteração patológica que prejudica a articulação temporomandibular (ATM), tendo potencial de afetar os músculos mastigatórios e sistema estomatognático.²

Esses distúrbios atingem o equilíbrio dinâmico das estruturas, originando uma serie de sinais e sintomas como dor facial, dor nos músculos da mastigação, limitação da abertura da boca, bruxismo, ruídos na ATM, desconforto articular, zumbido, vertigem, dores irradiadas da cabeça até o pescoço e cefaleia.¹ A DTM afeta grande parte da população mundial, apresentando maior domínio em indivíduos na faixa etária entre 20 e 40 anos, com maior predominância em mulheres.³ Pesquisas epidemiológicas mostraram que mais de 60-70% dos indivíduos possuem um ou mais sinais e sintomas da DTM.⁴ A fisioterapia entra como um dos tratamentos mais utilizados para indivíduos portadores de DTM.⁵

A intervenção fisioterapêutica visa amenizar a dor musculoesquelética, reduzir inflamação e espasmos, ganhar ou manter a amplitude de movimento, recuperar a função do sistema mastigatório e promover a reeducação do paciente para melhorar a qualidade de vida. Os recursos fisioterapêuticos empregados no tratamento dessa desordem, destacam-se mobilização articular, técnicas de liberação miofascial, eletroterapia, termoterapia cinesioterapia e massagem terapêutica.⁶ Além disso possui recursos alternativos que auxiliam no tratamento, tais como acupuntura e dry needling.⁷ O objetivo desse estudo foi analisar as evidências científicas sobre o tratamento fisioterapêutico na desordem temporomandibular.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão sistemática de artigos científicos. A busca e análise dos artigos ocorreram nos meses de junho a agosto de 2018. As bases de dados de literatura científica foram PubMed (U.S. National Library of Medicine), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino-Americana e de Caribe

em Ciências da Saúde (LILACS). Foram selecionados 20 artigos, após análise utilizou-se 11 artigos.

Para a busca dos artigos priorizou-se como critério de inclusão o período de publicação entre 2010 e 2018 de artigos nos idiomas português e inglês e como critério de exclusão os artigos repetidos, artigos publicados antes do ano de 2010, artigos não acessível em texto completo, resenhas e artigos que não abordaram o tema desse estudo. Os descritores utilizados foram "temporomandibular joint disorders", "articulação temporomandibular", "fisioterapia", "temporomandibular joint", "transtornos da articulação temporomandibular" selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME).

Discussão

Conforme os resultados obtidos na literatura científica, pode-se observar que os recursos aplicados pela fisioterapia no tratamento da disfunção temporomandibular revelou resultados eficazes. Freire et al.⁶ Realizou um estudo com o objetivo de analisar os efeitos a curto e médio prazo, de uma abordagem fisioterapêutica multimodal conforme diagnóstico e à gravidade do distúrbio. Foram selecionados 24 indivíduos sendo 21 do sexo feminino e 3 do sexo masculino com DTM, para avaliar foi utilizado o Critérios de Diagnóstico para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC / TMD).

Foram realizadas 10 consultas, uma por semana com duração de 50 minutos, o tratamento consistiu em ultrassonografia (Ibramed, modelo Sonopulse III 1 e 3 MHz) de 3 MHz em modo contínuo com intensidade de 1,3 W / cm², por 3 minutos na área da ATM e músculos masseteres, bilateralmente, em pacientes que apresentavam dor crônica, US de 3 MHz pulsada com intensidade de 0,5 W / cm², durante 3 minutos em pacientes com quadros clínicos agudos, liberação miofacial, alongamentos, termoterapia, técnicas de terapia manual, exercícios de mandíbula, instrução para autoatendimento e exercícios domiciliares. Como resultado obtiveram redução e ausência de diagnósticos em todos os subgrupos. A fisioterapia gerou efeitos positivos, em curto e médio prazo, sobre os sintomas e sinais clínicos, com a expressão da disfunção ou redução da gravidade nos pacientes tratados.

Prieba et al.² avaliou a estabilidade dos efeitos terapêuticos de um programa de fisioterapia multimodal, comparando os sinais e sintomas de DTM e o limiar de dor, após o tratamento e após período de follow-up de dois meses. Foram selecionados 25 participantes de ambos os sexos, com diagnóstico de DTM, obtido pelo instrumento de Critérios de Diagnóstico para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC / TMD), na ficha foi analisada, presença de ruídos articulares, sensação dolorosa das regiões musculares e articulares, os valores de limiar doloroso à pressão em 16 músculos avaliados bilateralmente: temporal anterior, médio e posterior, masseter superior, médio e inferior, esternocleidomastóideo e trapézio superior. Para a avaliação do limiar de dor, utilizou-se o algômetro de pressão - Dinamômetro Force Dial® FDK/FDN. O tratamento iniciou-se com ultrassom terapêutico, liberação miofascial, terapia manual, exercícios de alongamento e neuromusculares, além de orientações de autocuidado e de exercícios domiciliares, durante 10 sessões. Após o tratamento foram comparados os dados da avaliação. Dois meses após o término do tratamento com a avaliação das mesmas variáveis no período de follow-up, a fim de analisar a preservação dos efeitos obtidos no tratamento de acordo com a avaliação do RDC/TMD. 96% dos pacientes evoluíram, deixando de apresentar algum diagnóstico

de DTM para o grupo sem diagnóstico, quando avaliados imediatamente após o tratamento, e apenas um dos 25 avaliados permaneceu com o diagnóstico inicial. Sendo assim, a intervenção da fisioterapia se apresentou efetiva e com efeito duradouro no tratamento desses pacientes.

Franco et al.⁸ selecionou uma paciente do sexo feminino, 35 anos, o diagnóstico foi através da ficha de avaliação fisioterapêutica que teve como critério a anamnese e exames físicos de inspeção, palpação e amplitude de movimento ADM. Notou-se presença de deslocamento de disco com redução na ATM esquerda, dor muscular no masseter direito e ausência de dor durante os movimentos cervicais, normalidade nos movimentos de protrusão e lateralidade esquerda e direita. Os recursos utilizados foram laser de baixa intensidade (LLLT) de arsenieto de gálio (AS-GA), seguindo os seguintes parâmetros: 4 J para área da articulação de forma pontual e 8 J na área muscular na forma pontual e varredura, com distância de 1 mm, com modo pulsátil, 1 min. por ponto (Physiolux Dual-Bioset®), alongamento passivo nos músculos trapézio e esternocleidomastoideo, relaxamento facial com técnicas de deslizamento, Orientação para exercícios caseiros complementares de alongamento ativo da musculatura cervical (extensores, flexores e laterais da cabeça e pescoço) e manutenção do uso noturno da placa oclusal mio-relaxante.

O tratamento consistiu em 10 sessões realizadas 1 vez por semana. Após o término do tratamento realizou uma reavaliação durante 15, 30 e 60 dias. Apresentou como resultado uma redução gradual da sensação dolorosa relatada pela paciente por meio da EAV, alívio dos sintomas dolorosos foi de 20 % por sessão, alcançando valor 0 (zero) nas últimas semanas. Esse resultado se manteve estável por 60 dias após o término do tratamento. Os resultados alcançados demonstraram que o protocolo de tratamento estabelecido foi efetivo para aliviar os sintomas de artralgia e de tensão muscular apresentados neste relato de caso.

Viana et al.⁹ realizaram um estudo com objetivo de avaliar a aplicação de um protocolo de fisioterapia na qualidade de vida de indivíduos com DTM. Participaram do estudo 60 indivíduos separados em dois grupos, grupo experimental 30 pessoas e grupo controle 30 pessoas. O tratamento fisioterapêutico com ultrassom contínuo frequência de 3MHz, intensidade de 0,6 W / cm², por 3 minutos, mobilização articular, manobras preparatórias pompage na coluna cervical e cinesioterapia foram utilizadas nos indivíduos do grupo experimental juntamente com o tratamento odontológico durante 10 sessões e o grupo controle recebeu apenas tratamento odontológico. Com base nos resultados alcançados, percebe-se que a intervenção fisioterapêutica foi eficaz para melhoria da qualidade de vida de pacientes portadores de DTM.

Torres et al.¹⁰ realizou um estudo com objetivo de averiguar e analisar a atuação da odontologia e da fisioterapia no tratamento das DTMs. Foram selecionados dez pacientes aleatoriamente e formado dois grupos com cinco pessoas. Para avaliação utilizou-se a escala visual analógica de dor (EVA) e a versão brasileira do Questionário McGill de Dor (Br-MPQ). O tratamento fisioterápico foi feito num total de 10 sessões durante 50 minutos com aplicação de Tens (pulso quadrado bifásico simétrico, 100 Hz, 80 µs, intensidade no limiar agradável individual de cada paciente) por 25 minutos, ultrassom (pulsado: 50%, frequência de 1 MHz, potência 4 W) por cinco minutos em cada articulação, massagem na face com desativação de pontos-gatilhos de dor e manobras de alongamento e relaxamento cervical. Após as 10 sessões do tratamento fisioterapêutico, nenhum dos pacientes foram diagnosticado com DTM severa, apenas 40% como DTM moderada e 60%

DTM leve. Observando a dor inicial e final, nota-se uma redução de 96,5% no tratamento fisioterapêutico e de 30,9% no tratamento odontológico.

Borin et al.¹¹ realizou um estudo que avaliou a utilidade da acupuntura no nível dor e na gravidade da DTM. O diagnóstico foi feito pelo Critério de Diagnóstico para Pesquisa de Desordens Temporomandibulares (RDC-TMD) elaborado por Dworkin e Le Resche. Participaram do estudo 40 pessoas do sexo feminino entre 20 e 40 anos separada em dois grupos, cada grupo possuindo 20 integrantes. O grupo acupuntura efetuou intervenção com acupuntura duas vezes na semana; e controle, que não efetuou tratamento. Após as cinco semanas de tratamento houve diminuição significativa no nível de dor (P = 0,000) e na gravidade da DTM pelos Índices Craniomandibular (P = 0,004) e de Fonseca (P = 0,000). A eficácia da acupuntura foi evidenciada pela melhora no nível da dor e na gravidade da DTM. Não houve melhora nos integrantes do grupo controle. O tratamento de fisioterapia com a técnica de acupuntura evidenciou ser eficaz na diminuição do nível de dor e na gravidade da DTM no grupo acupuntura.

Conclusão

Conforme os resultados apresentados neste estudo, conclui-se que os recursos fisioterapêuticos como o ultrassom, laser, terapias manuais, exercícios terapêuticos e acupuntura trazem bons resultados em paciente com DTM, reduzindo a dor e aumentando a amplitude de movimento, confirmando a importância da fisioterapia como recurso de tratamento.

Resultados

Tabela I

Descrição dos estudos selecionados que utilizaram técnicas fisioterapêuticas para o tratamento das desordens temporomandibulares.

Estudo	Amostra	Intervenção fisioterapêutica	Resultado
Freire, Nardi, Boufleur, Chiodelli, Pasinato e Corrêa ⁶	24 voluntários, sendo 3 do sexo masculino e 21 do sexo feminino. Com média de idade de 34,5±16,3.	Ultrassonografia, infravermelho, liberação miofacial e alongamento, técnicas de terapia manual, exercício de mandíbula.	Houve redução do número diagnóstico em todos os subgrupos e ausência de diagnóstico em 47,1% dos voluntários.
Priebe, Antunes e Corrêa ²	20 mulheres e 5 homens, média idade 31,6 anos.	Ultrassom terapêutico, liberação miofacial, terapia manual, exercícios de alongamento.	76% apresentaram ausência de diagnóstico de DTM.
Franco, Zamperini, Salata, Silva Junior e Camparis ⁸	Uma paciente do gênero feminino de 35 anos.	Alongamento passivo, laser, relaxamento facial com técnicas de deslizamento.	Houve redução gradual da sensação dolorosa por meio da EVA.
Viana, Olegario, Viana, Silva, Santos e Carvalho. ⁹	60 pacientes com idade média de 18 e 70 anos.	Ultrassom, mobilização articular, manobras preparatórias pompage	Concluiu-se que a aplicação de um protocolo de fisioterapia

		na coluna cervical e cinesioterapia ativa.	foi capaz de melhorar a QV dos pacientes com DTM.
Torres, Campos, Fillipini, Weigert e Vecchia ¹⁰	10 pacientes com idade média de 34,3 anos com DTM.	Tens, ultrassom, massagem na face, manobras de alongamento e relaxamento cervical.	Após o tratamento, nenhum dos participantes foi classificado como DTM severa, 40% moderada e 60% leve.
Borin, Corrêa, Silva e Milanesi ¹¹	40 mulheres com idade entre 20 e 40 anos.	Acupuntura	Houve melhora no nível de gravidade pelo Índice Craniomandibular e pelo Índice de Fonseca.

Referências

1. Pelicioli M, Myra RS, Florianovicz VC, Batista JS. Tratamento fisioterapêutico nas disordens temporomandibulares. Rev. dorvol.18no. 4São PauloOct./Dec.2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170129>.
2. Priebe M, Antunes AGF, Corrêa ECR. Estabilidade dos efeitos da fisioterapia na disfunção temporomandibular. Rev. dorvol.16no.1São PauloJan./Mar.2015. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150002>.
3. Rodrigues CA, Magri LV, Melchior MO, Mazzetto MO. Avaliação do impacto na qualidade de vida de pacientes com disfunção temporomandibular. Rev. dorvol.16no.3São PauloJuly/Sept.2015. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150036>.
4. Aldiérís A, Pesqueira, Paulo RJ Zuim, Douglas R. Monteiro, Paula Do Prado Ribeiro, Alcício R. Garcia. Relação entre fatores psicológicos e sintomas de DTM em estudantes universitários de graduação. Acta odontol.latinoam.vol.23 no.3 Buenos Aires dic.2010.
5. Girard J, Parkman K, Nat C. The Effects of Dry Needling on Temporomandibular Disorder: A Systematic Review. Review Article Published: 26 Feb, 2018
6. Freire AB, Nardi AT, Bouffleur J, Chiodelli L, Pasinato F, Corrêa ECR. Abordagem fisioterapêutica multimodal: efeitos no diagnóstico e gravidade da disfunção temporomandibular. Fisioter.mov.vol.27 no.2 Curitiba abril / junho 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.027.002.AO07>.
7. Porporatti AL, Costa YM, Barbosa JS, Bonjardim LR, Conti PCR. Protocolos de acupuntura para o tratamento da disfunção temporomandibular. Rev. dorvol.16no.1São PauloJan./Mar.2015. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150011>.
8. Franco AL, Zamperini CA, Salata DC, Silva EC, Junior WA, Camparis CM. Fisioterapia no tratamento da dor orofacial de pacientes com disfunção

temporomandibular crônica. Rev Cubana Estomatol.48n.1Ciudad de La Habanaene.-mar.2011.

9. Viana MO, Olegario NBC, Viana MO, Silva GPF, Santos JLF, Carvalho STRF. Efeito de um protocolo de fisioterapia na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com disfunção temporomandibular. Fisioter.mov.vol.29 no.3 Curitiba julho / setembro2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.029.003.A008>.

10. Torres F, Campos LG, Fillipini HF, Weigert KL, Vecchia GFD. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. Fisioter. Mov., Curitiba, v. 25, n. 1, p. 117-125, jan./mar. 2012

11. Borin GS, Corrêa EC, Silva AMT, Milanesi JM. Acupuntura como recurso terapêutico na dor e na gravidade da desordem temporomandibular. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.18, n.3, p. 217-22 , jul/set. 2011

11.DESCARTE DOMICILIAR DE MEDICAMENTOS E DE INSTITUIÇÕES GERADORAS DE RESÍDUOS DA ÁREA DA SAÚDE¹

Maria Isabel Serena dos Santos Silva Castro²

Gislene de Oliveira Marques Juvino³

Dr. Rodrigo Marques da Silva⁴

Fernando Oliveira de Souza⁵

Resumo⁶

Objetivo: Este artigo tem como objetivo verificar como é feito o descarte de medicamentos domiciliar e de instituições geradoras de resíduos da área da saúde, verificar o impacto na natureza quanto há um descarte incorreto dos medicamentos, relatar as fontes de informações mais utilizadas para o conhecimento correto do descarte e identificar quais órgãos são responsáveis pelo descarte de medicamentos. O descarte de medicamentos em locais inapropriados ou até mesmo reutilizados após o vencimento é um problema de saúde pública e pode causar tanto problemas ambientais, quanto físicos. Desta forma percebe-se a importância desse estudo e a necessidade da informação para que a população faça o descarte correto desses medicamentos.

Palavra-chave: DESCARTE DE MEDICAMENTOS. FÁRMACOS VENCIDOS. AUTOMEDICAÇÃO.

Abstract

Objective: This article aims to verify how the disposal of household drugs and health-generating waste institutions is carried out, to verify the impact on nature when there is an incorrect disposal of medicines, to report the sources of information most used for the knowledge correct disposal and identify which organs are responsible for the disposal of medicines. Disposal of medicines in inappropriate or even reused areas after expiration is a public health problem and can cause both environmental and physical problems. In this way we can see the importance of this study and the need for information so that the population can dispose of these drugs correctly.

Keyword: DISCLOSURE OF MEDICINES. DRUGS AGAINST. AUTOMEDICATION

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, GO, Brasil

³ Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, GO, Brasil

⁴ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, GO, Brasil

⁵ Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, GO, Brasil.

⁶ Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

Introdução

A ANVISA relata que os consumidores de medicamentos descartam cerca de 30 mil toneladas do mesmo a cada ano no Brasil (1). Os descartes de medicamentos são feitos de várias formas, nas farmácias, hospitais, distribuidoras e outros serviços de saúde, os fármacos em desuso são submetidos há uma disposição final específica, porém nas residências o descarte é feito geralmente no lixo, vaso sanitário e pia (2).

Os fármacos vencidos ou sem utilização que são descartadas nos vasos e pias não sofrem alterações do metabolismo do corpo e por consequência disto, adentram nas estações de tratamento de esgoto em sua fórmula inalterada (3). Outras formas de disposição destes medicamentos no esgoto, são provenientes da excreção após a administração e da remoção através do banho, o que também acaba contaminando o ambiente (4). Os medicamentos quando inseridos no meio ambiente, causam mudanças moleculares e metabólicas nos seres humanos e animais ali presentes (5).

O descarte errado desses fármacos principalmente na rede de esgoto e no lixo comum podem contaminar rios, oceanos, solos, e até mesmo os lençóis freáticos, e essas diversas substâncias em exposição há situações adversas podem se transformar em substâncias tóxicas, interferindo no equilíbrio do ecossistema como, por exemplo, causando o surgimento de bactérias mais resistentes e mutações em animais (6).

Durante muito tempo, os serviços de saúde e as indústrias foram grandes geradoras de resíduos e não atribuíam o correto destino para os mesmos, já que havia uma necessidade de regulamentação para que houvesse o destino adequado (7). A maioria dos estados do Brasil possui um lixão onde é despejado o lixo e nesses locais possuem catadores que consomem medicamentos em desuso ou vencidos provenientes do mesmo, o que pode levar a graves problemas ao usuário como exemplo a manifestação de reações adversas, entre outros (8).

Considera-se necessário que se tenha uma atenção importante voltada para essa prática de descarte de medicamentos domiciliar, como também a informação para a população para que se possam minimizar os efeitos que já temos e que podem piorar se não houver uma mudança em curto prazo.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que envolve publicação dos resultados de pesquisa, a partir de estudos influenciados sobre essa questão.

Para ser considerada uma pesquisa a revisão literária, deve seguir o mesmo rigor da pesquisa primária. Com base nesse aspecto para a revisão, foram consideradas as fases da mesma como a identificação do problema e o objetivo da pesquisa, a pesquisa de literatura foi realizada com foco sobre o tema a ser estudado, a avaliação dos dados foi extraída das fontes primárias e as características da amostra.

A busca pela literatura ocorreu em artigos como biblioteca virtual em saúde (BVS), SCIELO, LILACS e MEDLINE. Os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde sobre: Descartes de medicamentos domiciliar e de instituições geradoras de resíduos da área da saúde. Foram usados como critérios de exclusão: Artigos repetidos, não acessíveis em texto completo e artigos de reflexão de opinião.

Revisão literária descarte de medicamentos

Com o avanço tecnológico os fármacos tornaram-se um importante instrumento para o campo da saúde o que torna os medicamentos o principal recurso para a medicina. Os medicamentos então são caracterizados tanto como objeto científico quanto como um bem de consumo (9). Como bem de consumo os fármacos são produzidos em grandes proporções e são acessíveis e utilizados por indivíduos de qualquer classe e faixa etária (10).

Os medicamentos são importantes para cura de diversas doenças servindo também para prolongamento da vida, mas quando eles são utilizados de formas erradas ou quando usados para fins contrários pode ocorrer deles trazerem malefícios à saúde do indivíduo.

O descarte de fármacos é um problema que ocorre no mundo todo. A maioria da população e principalmente os proprietários de drogarias não sabem o que fazer com seus medicamentos vencidos que estão em suas prateleiras e em quase todas as ocasiões esses fármacos são envolvidos no lixo comum, e os que são de propriedades líquidas são descartados no vaso sanitário ou pia.

Os medicamentos que são descartados no lixo ou no meio ambiente podem provocar doenças crônicas e até mesmo a morte por conta dos seus efeitos tóxicos. Quando se obtém uma quantidade maior do que a necessária de medicamentos os mesmos ficam guardados, ou até mesmo são reutilizados por outras pessoas. Alguns desses medicamentos podem estar sendo utilizados com o prazo de validade passado e acabam fazendo mal ao indivíduo contrariando a sua proposta que seria a recuperação da saúde do mesmo (11). A cultura Brasileira de automedicação e a facilidade de aquisição de tais medicamentos acabam gerando um acúmulo de fármacos nas residências, alguns medicamentos como antitérmicos, analgésicos, entre outros como também medicamentos de uso controlado como antibióticos acabam sendo guardados por sobras de algum tratamento e que provavelmente ficaram guardados até que eles fiquem inapropriados para o uso (1).

Contaminação do meio ambiente pelo descarte inadequado de medicamentos

O lixo comum é uma porta de entrada para contaminação no meio ambiente. Quando esses resíduos são levados para um aterro sanitário que não possui uma boa estrutura, como mantas impermeabilizadoras que possam evitar que os resíduos presentes adentrem no solo, os mesmos podem chegar ao lençol freático em altas concentrações até maiores aos que chegam ao esgoto (12).

Um efeito causado por contraceptivos jogados fora inadequadamente é a perturbação hormonal. Vários estudos mostram que existem alterações no sistema endócrino das tartarugas, moluscos e peixes. Algumas espécies de peixes apresentaram o hermafroditismo e até mesmo ocorreu de alguns apresentarem a feminilização por completo isso por conta de eles entrarem em contato com o 17 β -estradiol mesmo sendo em baixas concentrações, o que nos mostra que essas substâncias quando presentes nos resíduos domésticos e tratamento de esgoto trazem um impacto negativo em várias espécies de animais (12).

As formas utilizadas para o tratamento de esgoto são deficientes em questão de remoção dos fármacos dos dejetos (13), pois a forma utilizada não é eficaz para que ocorra a remoção total dos micropoluentes como os medicamentos (14). A degradação desses fármacos nas estações de esgoto diminui os efeitos desses compostos, porém não removem totalmente os mesmos, o que pode gerar metabólitos que não são conhecidos e que continuam contaminando o ambiente (15).

A remoção desses resíduos poderia ser assegurada através de métodos avançados com a ozonização, osmose, ultrafiltração, carbono ativado entre outros (16). Porém esses métodos são caros e seria necessária uma implantação em grande escala, e para isso é preciso uma avaliação das condições econômicas para que possa se tornar viável (17,12).

O risco que esse tipo de contaminação das águas limpas sendo elas poucas ainda existentes, frente a uma numerosa população, e os efeitos tóxicos que elas trazem e geram no ecossistema e no ser humano, nos mostra quão importante e o quanto se faz necessário que haja uma crescente pesquisa nessa área (3).

Papel da vigilância sanitária e ambiental no descarte de medicamentos e formas corretas de descarte.

No Brasil os órgãos responsáveis pela normatização dos descartes dos medicamentos são o Ministério do Meio Ambiente e o Ministério da Saúde, os mesmos devem mostrar formas corretas de descarte para os envolvidos em atividades que geram resíduos para que eles possam dar o correto final para estas substâncias. Porém até o momento os processos de descartes não estão claramente definidos e há uma falta na orientação técnico-científica disposta na legislação Brasileira (18).

O órgão que é responsável pelos descartes dos medicamentos é a ANVISA-Agencia Nacional de Vigilância Sanitária que exige através da RDC 306/04 que as empresas prestadoras de serviços de saúde formem um plano de gerenciamento de resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS), no entanto para o consumidor dos medicamentos não possui normas em relação ao descarte do mesmo (19).

Existem alguns programas de recolhimento desses medicamentos feitos por hospitais, farmácia de rede pública ou privadas, que disponibilizam alguns locais de recebimento onde a população pode descartar os fármacos vencidos ou que não estão mais sendo utilizados. É realizado de forma segura e gratuita, uma medida que evita o descarte desses fármacos em esgotos e lixos comuns. Depois que esses medicamentos são entregues as essas farmácias e hospitais estes são armazenados até que a empresa especializada recolha para dar o destino final, sendo por incineração ou em aterros de resíduos perigosos (20 21,22).

O método ambientalmente mais seguro é a incineração desses resíduos. Essa forma consiste em um processo de degradação térmica que reduz o peso e volume através da combustão controlada desses fármacos. A incineração causa a inativação dos resíduos ativos dos medicamentos desta forma este método se torna um aliado para a preservação do meio ambiente (18). Faz-se necessário medidas que colem medicamentos da população, pois eles propiciam o uso racional desses fármacos e

reduzem o descarte inadequado que se tornam poluentes ao meio ambiente.

Discussão

Visto que o descarte inadequado de medicamentos é um problema que ocorre no mundo todo e pode causar contaminação no meio ambiente trazendo assim malefícios a saúde do indivíduo, existe uma necessidade de informação para a população e principalmente os proprietários de drogarias que em sua maioria não sabem o que fazer com os seus medicamentos vencidos e acabam descartando os mesmos em lixos comuns. Estudos demonstram que diversas substâncias, não são removidas por completo durante o processo de tratamento de esgotos, contribuindo de forma acentuada para a contaminação ambiental (3). É de responsabilidade do gerador de resíduos de saúde sendo ele público ou privado, elaborar um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) para que ocorra um destino adequado para os resíduos (20 21,22). Porém em relação ao consumidor dos medicamentos infelizmente não possuem normas em relação ao descarte dos mesmos.

Conclusão

Observou-se que a população não possui uma preocupação em relação ao descarte de medicamentos inadequados e muitos não possuem a ciência da gravidade dessa prática e a consequência que esse descarte de resíduos em locais que não são preparados para recebe-los trás ao solo e conseqüentemente aos animais, plantas, e até mesmo os seres humanos.

Se faz necessário que haja uma legislação mais rigorosa para as instituições privadas e públicas, que não cumprem com as normas de descarte de medicamentos, como também há uma necessidade de um olhar mais aprofundado para esse problema, que deve ser discutido com toda população para prevenção e recuperação do meio ambiente.

O tema explanado veio para contribuir no meio científico com mais estudos sobre descartes de medicamentos.

Esta pesquisa expressa algumas limitações, dentre os quais: Poucos artigos que relatam sobre os descartes de medicamentos domiciliar e de instituições geradoras de resíduos da área da saúde. Desta forma sugere-se que sejam feitas novas pesquisas de descarte de medicamentos, desde os descartes dos resíduos em geral como também sobre a sua conservação até o descarte.

Referências

1. CARNEIRO, F. **Descartar medicamentos vencidos ainda é problema**. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo. Disponível em: Acesso em: 26 nov. 2011.
2. Bueno CS, Weber D, Oliveira KR. **Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS**. Ver Ciênc Farm Básica Apl. 2009; 30(2):75-82.
3. Daugton CG. **Cradle-to-cradle stewardshii of drugs for minimizing their environmental disposition while promoting human health. II**. Drug disposal, waste

reduction, and future directions. *Environ Health Pespect* 2003; 111(5); 775- 785.

4. Glassmeyer ST, Hinchey EK, Boehme SE, Daugh-ton CG, RUHOY IS, Conerly O, Daniels RL, Lauer L, McCarthy M, Nettesheim TG, Sykes K, ThompsonVG. **Disposal practices for unwanted residential medications in the United States.** *Environ Internat*2009; 35(3): 566-572.

5. Santos LH, Araújo AN, Fachine A, Pena A, Delerue-Matos C, Montenegro MC. **Ecotoxicological aspects related to the presence of pharmaceuticals in the aquatic environment.** *J Hazard Mater.* 2010; 175(1-3): 45-95.

6. EICKHOFF, P; HEINECK, L.J. (2009). **Gerenciamento e destinação final de medicamentos: uma discussão sobre o problema.** *Revista Brasileira de Farmácia*, v. 90, n. 1, p. 64-68.

7. Magalhães SMS, Mol MPG. **Medicamentos como problema ambiental.** In: Acurcio FA, organizador. *Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoconomia.* Belo Horizonte:coopmed; 2013.

8. ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medicamentos Descarte de medicamento:** Responsabilidade Compartilhada. Disponível em: <http://pisast.saude.gov.br:8080/descartemedicamentos/apresentação-1>. Acesso em: 13 nov.2011.

9. Renovato, R. D. (2008); “**O uso de medicamentos no Brasil:** uma revisão crítica”. *Rev.Bras. Farm.*, 9(1), 64-69.

10. Proença, P. N. P. (2011); **Resíduos de medicamentos:** estudo de caso sobre comportamentos, atitudes e conhecimentos. Dissertação de Mestrado em Cidadania Ambiental e Participação. Universidade Aberta, Porto. [Data de consulta: 07 janeiro 2014]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/1893>.

11. CARVALHO, Eduardo Viviani de; FERREIRA, Elena; SANTOS, Luciano Mucini, Carmenlucia. **Aspectos legais e toxicológicos do descarte de medicamentos.** *Revista Brasileira de Toxicologia*, v. 22, n. 1-2, p. 1-8, 2009.

12. Awad OI, Travers GE, Mousa SA. **Drug disposal:** current recommendations and environmental concerns. *Int J Pharm Res.* 2010; 2(4): 1-6.

13. Fent K, Weston AA, Caminada D. **Ecotoxicology of human pharmaceuticals.** *Aquatic Toxicol.* 2006; 76(2):122-59.

14. Ponezi NA, Duarte MCT, Claudino MC. **Fármacos em matrizes ambientais.** Revisão. Universidade Estadual de Campinas. 2008.

15. Santos LH, Araújo AN, Fachini A, Pena A, Delerue-Matos C, Montenegro MC. **Ecotoxicological aspects related to the presence of pharmaceuticals in the aquatic environment.** *J Hazard Mater.* 2010; 175(1-3): 45-95.

16. Bound JP, Voulvoulis N. **Household disposal of pharmaceuticals as a pathway for aquatic contamination in the United Kingdom.** Environ Health Perspect. 2005; 113(12): 1705-11.
17. Fent K, Weston AA, Caminada D. **Ecotoxicology of human pharmaceuticals.** Aquatic Toxicol. 2006; 76(2): 122-59.
18. FALQUETO, Elda; KLIGERMAN, Débora Cynamon; ASSUMPÇÃO, Rafaela Facchetti. **Como realizar o correto descarte de resíduos de medicamentos?** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.3283-3293, 2006. Disponível em: Acesso em: 01 junho 2012.
19. Kleydson Vinicius Vaz, Marcílio Mendes de Freitas, Julyene Zorzett Cirqueira. **Investigação sobre a forma de descarte de medicamentos vencidos.** Cenariumpharmaceutico, ano4, n°4, Maio/nov.2011, issn.1984-3380.
20. Pinto VB [homepage Internet]. Programa de devolução segura de medicamentos e o gerenciamento de resíduos. 2011 [Acesso em 20 Jan 2013]. Disponível em: <http://www.hospitaissaudaveis.org/pdf/6B%20Vanusa%20Barbosa%20Pinto.pdf>
21. Pipponzi C [homepage Internet]. **Programa Descarte Consciente.** 2011 [Acesso em 20 Jan 2013]. Disponível em: http://189.28.179:8080/descartedemedicamentos/acoes-realizadas//160_painel-de-descarte-de-medicamentos/Microsoft%20PowerPointe%20-%20Apresentacao%20Droga%Raia%Modo%20%20Compatibilidade.pdf/View
22. Sesi [homepage Internet]. **Programa papa-pílula coleta de medicamentos vencidos** [Acesso em 20 Jan 2013]. Disponível em: <http://www.papapilula.com.br/>

12. DESENVOLVIMENTO DE CÁRIE E EROSÃO EM CRIANÇAS COM ASMA¹

*Renata Santos Coimbra²
Dra. Rosana Regina de Saldanha³*

Resumo⁴

A asma é uma doença muito comum entre as crianças brasileiras e vem a cada dia aumentando gradativamente.¹ Alguns autores indicam a asma como uma doença favorável para o surgimento de problemas dentários, como cáries e erosões. O intuito do trabalho é esclarecer e informar a partir das literaturas publicadas o desenvolver de cada uma das doenças citadas e a ligação existente entre elas, pois devido às várias opiniões ainda não se tem uma informação concreta sobre o assunto e apenas medidas profiláticas são adotadas.² O estudo foi realizado a partir de artigos publicados no período de 2001 e 2016, que relatam de alguma forma as doenças citadas a cima e suas ligações, utilizando – se a base de dados scielo (Scientific Electronic Library Online).

Palavras-chave: ASMA. CÁRIE. EROSÃO.

Abstract

Asthma is a very common disease among Brazilian children and comes every day gradually. Some authors point out as a disease favorable to the emergence of such problems and caries and erosions. The purpose of the work is to clarify and inform from published literature the development of each of the mentioned diseases and the existence of a connection between them, because the differences are not yet concrete information on the subject and only the prophylactic action are adopted. 2 The study was carried out from a year 2001 and 2016, which report the existence of some diseases associated to its use, using a scientific database (Scientific Electronic Library Online).

Keywords: ASTHMA. CARIES. EROSION.

Introdução

A asma é uma doença crônica que ocorre devido a inflamação das vias respiratórias, o que resulta em dificuldade de respirar e produção de muco, e sem tratamento pode inflamar cada vez mais as vias brônquicas.³ As crianças são alvos principais dessa doença e a cada dia que passa são acometidas mais cedo, o que acarreta, sintomas e tratamentos longos e cansativos, mas necessários para o controle da doença.² Embora não exista uma definição exata para a causa dessa doença, alguns fatores são fortes indicativos para o aumento epidemiológico. Fatores genéticos são uma das grandes causas, mas os fatores externos, como

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Discente da Faculdade Sena Aires

³ Mestrado em Ciências Biológicas (Biologia Molecular) pela Universidade de Brasília (2000) e Doutorado em Patologia Molecular pela Universidade de Brasília (2009).

⁴ Créditos: este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

ambiente e alimentação estão cada vez mais envolvidos em processos patológicos respiratórios.⁴

De acordo com estudos a maior parte da população asmática é constituída por crianças, uma preocupação que já se tornou um problema global de saúde. Considerada uma doença crônica geralmente reversível, por um longo período de tempo foi tratada apenas como emergência, deixando de lado as medidas preventivas, geralmente por falta de informação, estrutura e até mesmo consciência da gravidade da patologia.⁵ Os tratamentos indicados geralmente eram os mesmos para todos os pacientes a base de corticoides e bronco dilatadores, terapêutica usada sempre em casos de emergência para amenizar as crises respiratórias. A busca por uma melhor qualidade de vida entre os asmáticos, principalmente nas crianças tem mobilizado cada vez mais avanços no estudo da doença, onde o foco está em uma terapêutica preventiva, para que as crises sejam amenizadas e cada vez mais raras, evitando assim as patologias secundárias que se agregam a asma.⁶

Objetivo

Esse artigo é uma revisão literária que objetiva compreender e expor os estudos feitos com crianças que tem como base a asma e as doenças bucais, com foco nas cáries e erosões, destacando os pontos que podem ou não serem causadores de tais patologias.

Métodos

Este estudo consiste em uma revisão da literatura sobre a pré-disposição de crianças asmáticas a cáries e erosões dentárias. Foram estabelecidos critérios de inclusão com base no assunto abordado, artigos de revisão literária e artigos de estudo de caso no período de 2007 a 2016. Foram usados a base de dados scielo. Os descritores utilizados foram 'asma', 'cárie', 'erosão'. Foram incluídos estudos com crianças entre 5 e 15 anos que indicam possíveis influências da asma sobre a cárie e a erosão, bem como os medicamentos usados para o controle da mesma. Foram excluídos estudos com adultos e com crianças que possuíam outras patologias junto a asma.

As crianças com asma crônica necessitam sem dúvida de mais atenção em relação ao tratamento aplicado no controle da doença, reações adversas estão cada vez mais comum nesse meio, e os resultados são preocupantes. As crianças acometidas com essa doença são reféns de medicamentos e longos tratamentos o que pode levar a outros fatores importantes em relação a saúde. A cárie dentária e a erosão são doenças graves e de grande importância pública, embora muitos outros pontos acusam a causa dessas doenças em crianças asmáticas, a própria doença e seus tratamentos levantam questões que devem ser lidas com mais atenção. Apesar dos estudos não serem o bastante para dados estatísticos, existem muitos deles que exploram as possibilidades das reações causadas pela asma, sejam pelo tratamento ou por sintomas da doença.

Resultados e discussão

Há algum tempo que alguns autores ligam a asma a outras doenças, e uma das últimas polêmicas em relação a essa união de patologias está direcionada a cárie e erosão dentária em crianças asmáticas. A cárie é conhecida mundialmente como uma doença crônica, transmissível e bacteriana, mas apesar das bactérias fazerem o processo inicial da cárie, elas não são as únicas causadoras. As placas bacterianas são responsáveis pela fermentação da glicose, sacarose e frutose,

produzindo a partir daí ácidos como o láctico, acético e outros, fazendo com que a superfície do dente fique com o pH desequilibrado provocando a dissolução do fosfato de cálcio que compõe o esmalte dentário. Essa desmineralização não é um processo final, o organismo humano tem capacidade de equilíbrio e pode fazer com que esse processo destrutivo seja reversível. O aporte de fluoreto adequado e o tampão salivar são processos que podem equilibrar e fazer com que o processo de mineralização seja possível.⁷

Tratamento da asma

Embora a asma afete pessoas de todas as idades, a condição costuma ser mais desesperadora quando acomete as crianças. Isso acontece, porque nessa faixa etária a asma pode ser desenvolvida por inúmeros fatores, como por exemplo processos alérgicos. A doença costuma ser muito sintomática e deixar a criança bastante desgastada, com uma forte rotina de reincidência e persistência dos sintomas. O intuito do tratamento é um só que todos que convivam com a doença de perto possam adquirir uma “melhor qualidade de vida”, uma proposta que apesar de simples nem sempre é possível quando se trata da asma. A oferta de tratamentos longos a base de medicamentos que previnam a doença é uma medida que pode trazer para essa criança uma vida normal ou semelhante a isso quando se trata de funcionalidade, mas embora seja uma alternativa promissora nem sempre é possível para todos.⁸

Estudos feitos em países desenvolvidos como Estados Unidos mostraram que a classe social é um divisor de águas quando se trata de prevenção da doença. As crianças mais pobres têm uma maior reincidência em consultas de emergências que crianças de classe social melhor, esse mesmo estudo mostrou que essas crianças não faziam uso de nenhum medicamento de prevenção. O que leva diretamente para o uso desordenado e desorganizado da medicação emergencial.⁹

Os adultos e as crianças compartilham por igual os sintomas da asma, o que afeta mais as crianças são os efeitos colaterais que os tratamentos medicamentosos podem trazer com eles.⁸⁻⁹

Como os avanços da medicina a farmacoterapia vem se tornando cada dia mais promissora, a asma pode e está sendo controlada a cada dia. O que a literatura sugere é que tanto os medicamentos de uso emergencial, quanto os de uso preventivos, podem vir a ter efeitos colaterais que afetam a saúde bucal.¹⁰

Erosão dentária

A erosão dentária é a perda gradual e irreversível do esmalte e da dentina que sofre ação química de ácidos, e ao contrário da cárie ela não está associada a bactérias. A erosão pode ser extrínseca e intrínseca; a intrínseca é quando os dentes entram em contato com os ácidos estomacais, já a extrínseca é causada por vários fatores externos, como alimentos ácidos, bebidas e por medicamentos. O presente estudo procurou identificar e interligar a erosão dentária com os medicamentos de tratamento da asma crônica.¹¹

O uso prolongado de alguns medicamentos agonistas de B2 como, salbutamol, e formoterol, que atuam no receptor adrenérgico beta 2 relaxando o músculo liso e dilatando os brônquios interfere no fluxo salivar e ainda pode causar relaxamento da musculatura lisa do estômago causando refluxo gastroesofágico, que são basicamente ácidos extremamente erosivos aos dentes.¹²

Estudos feitos com medicamentos esteroides na forma inalada mostram uma questão importante sobre a saúde bucal. Os esteroides são medicamentos que

agem de forma rápida no local da inflamação e por isso são muito recomendados por médicos especialistas em doenças respiratórias. O uso de medicamentos por inalação tem um aproveitamento pouco satisfatório em relação a absorção, pois cerca de 70% da inalação é acoplada na orofaringe quando usados sem auxílio de espaçadores. Uma questão importante que deve ser enfatizada, pois alguns levantamentos mostraram que eles podem deprimir o sistema imunológico, por causar alguns tipos de reações adversas, como diminuição da saliva, interferência no ph e até alteração da flora bacteriana oral, reações essas que estão diretamente ligadas as doenças periodontais, principalmente as estudadas neste artigo.¹²

Relação cárie x asma

Existe ainda uma grande divisão entre os autores, pois essa associação entre a asma e a cárie divide muitas opiniões. Alguns estudos feitos em crianças de 3 a 6 anos mostraram uma diferença significativa no desenvolvimento de cárie, as crianças com asma tiveram uma maior prevalência de cárie do que as crianças sem asma. Os autores explicam que a asma por si só não é a culpada pela incidência de carie em crianças e sim a forma como a doença é tratada.¹³

Apesar do tratamento da asma apresentar sugestões para o desenvolvimento de cárie e erosões através da farmacoterapia, alguns autores sugerem que a própria doença pode trazer com ela os sintomas, como respiração pela boca e diminuição da saliva, que de forma gradativa pode acometer a saúde bucal, causando cáries e erosões.¹⁴

Um estudo feito em 2009 mostrou que crianças com asma podem desenvolver onze vezes mais defeitos no esmalte do dente do que crianças consideradas normais, e também chamou atenção para as com sintomas mais severos e recorrentes. Observou que o número de cáries está diretamente ligado ao grau da doença, pois quanto mais recorrente, mais defeitos no esmalte do dente são observados.¹⁻¹⁴

O processo normal da respiração é através das fossas nasais, para que a respiração passe a ser efetuada pela boca algo de anormal tem que estar acontecendo no organismo, algum fator físico, alguma patologia que não deixe o ar inspirado ser o suficiente.¹⁵

Esse processo anormal de respirador oral é um grande problema para a saúde bucal, pois ao respirar pela cavidade oral a saliva tende a diminuir e com isso o ph também diminui afetando o esmalte do dente. Nos testes foram identificados que a cada 16 crianças com sintomas de respiração oral 10 apresentavam-se com cárie, o que torna a suspeita verdadeira, pois crianças asmáticas tendem a ter uma prevalência maior de cárie que as crianças saudáveis, apesar de os números não serem o suficiente para dados estatísticos.¹⁵⁻¹⁶

Os *Streptococcus mutans* são bactérias que estão a frente dos processos cariogênicos, pois de acordo com estudos realizados em crianças que sofrem da síndrome da respiração oral, devido ao mecanismo da boca aberta foi encontrada uma quantidade maior de bactérias nessas crianças quando comparadas com crianças que não sofriam da síndrome. Isto leva a enfatizar a importância um cuidado maior com essas crianças em relação a higiene e tratamentos dentário.¹⁶

A saliva é um fluido aquoso, transparente, que é secretado pelas glândulas salivares diretamente na cavidade bucal. São inúmeras as funções da saliva, entre elas a defesa dos dentes e a regulação do ph da boca em torno de 6,9 através dos tampões salivares. Os tampões salivares e fluxo salivar estão interligados e são um importante método de defesa contra a cárie.¹⁷ As crianças asmáticas tendem a ter

esse processo de tamponamento diminuído, devido a má oclusão por meio de obstrução das vias aéreas e estando desta forma susceptíveis a infecções e gengivites orais que podem levar a cárie.¹⁸

Prevenção de cáries e erosões em crianças asmáticas

A incidência de cáries em crianças varia de 12% a 46% segundo dados epidemiológicos, uma questão bastante preocupante. De acordo com alguns autores as crianças asmáticas possuem uma prevalência maior na questão cariogênica, o que teoricamente leva ao fato de que as mesmas teriam que ter um cuidado maior na questão de prevenção da cárie, uma vez que prevenir é o melhor remédio.¹⁹ Estudos mostram que a falta de informação ainda é muito grande em relação a alguns cuidados que merecem uma atenção redobrada. Medicamentos para crianças geralmente tem um percentual maior de sacarose que pode chegar a 62% nos xaropes. Os asmáticos sejam crônicos ou em crise são candidatos ao uso desses xaropes. O problema é o uso noturno, no meio do sono, depois de ter feito a higiene bucal; essa prática teria firmemente que vir acompanhada de uma rotina de higiene bucal após o uso desses medicamentos o que provavelmente evitaria algumas cáries ao decorrer do tratamento.²⁰ Apesar das suspeitas em relação aos medicamentos de uso desorganizado, não se tem um dado científico da incidência de cárie por este motivo, uma vez que hábitos alimentares e de higiene bucal são cruciais para o desenvolvimento da mesma.

Considerações finais

Os resultados dos estudos são na verdade inconclusivos, não existe de fato nada que comprove ou que determine as causas das cáries e erosões em crianças asmáticas, foram feitas várias pesquisas sobre o tema, mas não se observou nenhum fato isolado do efeito dos medicamentos usados nos tratamentos da asma. A cárie como uma doença multifatorial, que pode ser causada de inúmeras maneiras deixa o estudo ainda mais difícil, uma vez que impossibilita o isolamento de uma só causa.

O que ocorre é uma divisão de opiniões entre vários autores, uma vez que não se têm estudos mais avançados e aprofundados que possam comprovar essas suspeitas.

Em contrapartida os estudos existentes sevem como base para um melhoramento da rotina dessas crianças, informativo para as famílias e até mesmo para profissionais que os acompanham, em especial a interdisciplinaridade entre medicina e odontologia, uma vez que de acordo com os artigos a prevenção, o cuidado e a mudança de hábitos podem sim fazer toda diferença no resultado final.

Referências

1. GUERGOLETTE, Rodrigo Pelisson et al. Prevalência do desenvolvimento de defeitos no esmalte dentário em crianças e adolescentes com asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 4, p. 295-300, 2009.
2. FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio et al. DOENÇAS BUCAIS E ASMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2014.

3. MORAES, Lílian SL et al. Fatores de risco, aspectos clínicos e laboratoriais da asma em crianças. *J Pediatr*, v. 77, n. 6, p. 447-454, 2001.
4. FIORE, Renata Wagner et al. Variação na prevalência de asma e atopia em um grupo de escolares de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *J pneumol*, v. 27, n. 5, p. 237-42, 2001.
5. ECHEVERRÍA, Sonia et al. Prevalencia de caries temprana de la infancia en niños con enfermedades respiratorias crónicas. *Revista chilena de pediatría*, v. 83, n. 6, p. 563-569, 2012.
6. ANDRADE CAMPANHA, Silvia Márcia; SILVEIRA FREIRE, Lincoln Marcelo; FERNANDES FONTES, Maria Jussara. O impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Revista Cefac*, v. 10, n. 4, 2008.
7. COSTA, Ana Luísa; XAVIER, Teresa. Implicações da asma na saúde oral infantil. *Acta Pediatr. Port., Lisboa*, v. 39, n. 6, p. 260-265, 2008.
8. DE MOURA, José Augusto Rubim; CAMARGOS, Paulo Augusto Moreira; DE BLIC, Jacques. Tratamento profilático da asma. *Jornal de pediatria*, v. 78, n. Supl 2, p. S141, 2002.
9. CHATKIN, Moema et al. Asthmatic children's risk factors for emergency room visits, Brazil. *Revista de saude publica*, v. 34, n. 5, p. 491-498, 2000.
10. PAGANINI, MÔNICA. INFLUÊNCIA DO GRAU DE SEVERIDADE, TEMPO DE MANIFESTAÇÃO E FARMACOTERAPIA DA ASMA BRÔNQUICA NA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE, PH, FLUXO E CAPACIDADE TAMPÃO SALIVAR DE CRIANÇAS RESIDENTES EM LONDRINA-PR. 2007.
11. JAIN, Manish et al. Prevalence of dental erosion among asthmatic patients in India. *Archives of Oral Research*, v. 5, n. 3, 2009.
12. SANTOS, Nilton CN et al. Efeitos relacionados ao uso do esteróide inalado na saúde periodontal que o médico precisa conhecer. *R. Bras. Alerg. Imunopatol., São Paulo*, v. 30, n. 6, p. 220-226, 2007.
13. MUSTAFÁ, Amina Muhamad Mota et al. Síndrome do respirador bucal e suas implicações na cavidade oral com foco na gengivite e cáries: uma revisão de literatura. *Journal of Orofacial Investigation*, v. 2, n. 1, p. 15-21, 2015.
14. BAKOR, Silvia Fuerte et al. Demineralization of teeth in mouth-breathing patients undergoing maxillary expansion. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, v. 76, n. 6, p. 709-712, 2010.
15. FILHO, Ernesto Nascimento et al. A respiração bucal é fator de risco para cárie e gengivite?. *Rev. bras. alerg. imunopatol*, v. 26, n. 6, p. 243-249, 2003.

16. KOGA, Cristiane Yumi et al. Influência da síndrome do respirador bucal na presença de estreptococos do grupo mutans e imunoglobulinas anti-streptococcus mutans na saliva. **Rev. odontol. UNESP**, v. 25, n. 2, p. 207-216, 1996.
17. PORCARO BRETAS, Liza et al. Fluxo salivar e capacidade tamponante da saliva como indicadores de susceptibilidade à doença cárie. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 8, n. 3, 2008.
18. VASCONCELOS, Flávia Maria Nassar; VIEIRA, Sandra Conceição Maria; COLARES, Viviane. Erosão dental: diagnóstico, prevenção e tratamento no âmbito da saúde bucal. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 14, n. 1, p. 59-64, 2010.
19. LOSSO, Estela M. et al. Severe early childhood caries: an integral approach. **Jornal de pediatria**, v. 85, n. 4, p. 295-300, 2009.
20. BALBANI, Aracy Pereira Silveira; STELZER, Lucilena Bardella; MONTOVANI, Jair Cortez. Excipientes de medicamentos e as informações da bula. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, p. 400-406, 2006.

13.ASTROCIDOMA INFANTIL GRAU II E O DEFICIT DA MÍMICA FACIAL¹

Me. Carla C. Tomazoli Santos²

Chadya Samia Soares Pacondes de Mirand³

Deborah Gomide Lopes⁴

Elenn Christine Avelino de Lima⁵

Resumo⁶

O astrocitoma é um tipo de câncer no cérebro que se origina dos astrófitos, células do cérebro que rodeiam as células nervosas dando suporte aos neurônios, caracterizado pelo seu baixo grau de malignidade, são tumores cerebrais de origem astrocitárias, que são a forma mais comum de neoplasias na infância, responsável por aproximadamente 20% dos tumores intracranianos dessa faixa etária.⁸ Também são conhecidos como gliomas, envolvendo uma série de tumores intracranianos, possuem um alto nível de complexidade devida a inúmeros tipos celulares envolvidos e podem ser subdivididos em difusos ou focais que se referem a tumores que se originam nas células gliais (oligodendrócitos, astrócitos, micróglia e endimárias). São classificados de grau I, a IV com uma variação em seu teor de malignidade do menor para o maior.⁹ O estudo de revisão literária foi baseado na plataforma de busca Scielo. Objetivando sistematizar dados colhidos, vinculando categorias teóricas provenientes de autores com relatos clínicos.

Palavra-chave: ASTROCIDOMA. DEFICIT MIMICA FACIAL. NEOPLASIA DO SISTEMA NERVOSO.

Abstract

The Astrocytoma is a type of brain cancer that originates from astrófitos, brain cells that surround nerve cells supporting the neurons, characterized by low grade of malignancy, your are brain tumors of origin astrocitárias, which are the most common form of cancer in childhood, responsible for approximately 20% of all intracranial tumors of this age group. 8 are also known as gliomas, involving a series of intracranial tumors, have a high level of complexity due to numerous cell type involved and can be subdivided into focal or diffuse that refer to tumors that originate in the cells glial (oligodendrocytes, astrocytes, microglia, and ependymal). Are classified as grade I, IV with a variance in your level of malignancy from smallest to largest. The study of literary review was based on the Scielo search platform. In order to systemize data collected by linking theoretical categories from authors with clinical reports.

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Orientadora Docente da FACESA, Graduada em Fisioterapia, Mestre em Ciências da Saúde – UnB

³ Coorientadora, Graduada do curso de Fisioterapia Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

⁴ Acadêmica do Curso de Fisioterapia Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

⁵ Acadêmica do Curso de Fisioterapia Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

⁶ Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

Keywords: ASTROCYTOMA. DEFICT MIMICA FACIAL. NERVOUS SYSTEM NEOPLASM.

Introdução

Os astrocitomas difusos correspondem aos chamados astrocitomas grau II pela OMS (Organização mundial de saúde) e são de baixo grau de malignidade. São tumores celulares, heterogêneos, geralmente pouco delimitados e infiltrativos, que apresentam de várias formas nucleares, sem sinais de mitoses, proliferação endotelial e necrose, que são anaplasias, e podem ocorrer em qualquer parte do SNC.¹

Os gliomas envolvem uma serie de tumores, sendo os astrocitomas mais comuns que se origina dos astrofilos, que por sua vez são células que envolvem as células nervosas que dão suporte aos neurônios.¹

Foram classificados 4 tipos de grau de malignidade do astrocitoma, sendo eles; grau I que pode ser considerado curável sem a chance de reincidência é o o astrocitoma pilocítico juvenil cerebelar; grau II é menos benigno que o primeiro, mas pode ser retirado apenas com cirurgia; grau III e mais agressivo, é chamado de astrocitoma anaplásico, e pode ser retirado com cirurgia; grau IV o tipo mais agressivo de tumor cerebral, conhecido também por glioblastoma multiforme, raramente e retirado com cirurgia.¹

A classificação da OM representa uma escala de malignidade, considerando o comportamento clínico e biológico das neoplasias, o perfil genético e o prognóstico dos tumores, influenciando a escolha de terapias, incluindo protocolos de radioterapia e quimioterapia.¹

Os primeiros passos para o diagnóstico de um tumor cerebral são a história clínica e o exame neurológico. A partir da suspeita, o diagnóstico de câncer no cérebro é feito por meio de exames de imagens, como radiografia e a tomografia que tem maior sensibilidade para avaliar estruturas como o lobo temporal e a fossa posterior, além de não expor a criança a radiação precocemente, são exames de grande importância para a decisão cirúrgica.

Para identificar o tipo e o grau do tumor, é feita uma análise anatomopatológica de tecido retirado por uma biopsia, se ela for exequível. E feito uma análise de punção lombar para análise do liquor para avaliar a necessidade da cirurgia é o risco que o paciente poderá ser submetido. O tratamento convencional para esse tipo de tumor é baseado em remoção cirúrgica completa da massa tumoral, associado ao uso de quimioterápicos e posteriormente radioterapia.

Todo esse processo vem acompanhado de sequelas neurológicas. Então é incluso o tratamento fisioterapêutico para fins de reabilitação e melhora da qualidade de vida. São realizados exercícios ativos, passivos, ativo-assistido ou ativo-livre (dependendo da condição física do paciente); exercícios de reeducação postural, como reequilíbrio de tronco para adultos e controle de cabeça e tronco para crianças; exercícios de fortalecimento muscular e de incentivo respiratório para a prevenção de complicações respiratórias.

Revisão

Os astrocitomas grau II originam-se a partir de precursores – astrócitos tipo 1 ou células da linhagem O2A. Provavelmente mutações do p53 e perda da heterozigose do cromossomo 17p sejam passos importantes para a gênese desses

tumores. Astrócitosprotoplasmáticos são encontrados com frequência no córtex e núcleos da base, enquanto os astrócitos fibrilares são mais encontrados na substância branca, próximos a estruturas vasculares.¹

A distinção entre astrocitomasfibrilares (mais frequentes) e os protoplasmáticos é feita com base na presença de fibrilas neurogliais, associadas com os astrocitomas fibrilares. Ambos são difusos e infiltrativos, expressando proteína glial fibrilar acídica(GFAP) na imunohistoquímica.¹

Quadro clínico: Em todo tumor do SNC, a localização do tumor difere os sintomas, tais como os principais entre eles sendo: crises epilépticas (disfunção temporária de um conjunto de neurônios de parte do cérebro (crises focais) ou de área mais extensa envolvendo os dois hemisférios cerebrais (crises generalizadas), cefaleia (dor de cabeça), sinais de hipertensão intracraniana (aumento da pressão dentro crânio causada pelo aumento do tamanho do cérebro ou da quantidade de líquido), decorrente do efeito expansivo ou de hidrocefalia (aumento anormal do fluido cefalorraquidiano dentro da cavidade craniana), e déficits focais (perda de movimento, sensação ou função em um local específico do corpo). A forma de apresentação dos sintomas costuma ser lenta e insidiosa.

Tumores localizados no Lobo Frontal do cérebro podem causar sintomas como alterações da personalidade e do comportamento (perda da inibição, riso e choro impulsivos, euforia, apatia, crises de agressividade ou de irritabilidade, confusão mental, estados de compulsão e delírios), dificuldade de planejamento e de organização, desorientação de tempo e espaço, dificuldade para andar, perda de olfato, dificuldade de reconhecimento visual de objetos e déficits de reconhecimento de partes do corpo (agnosia), alterações da fala (apraxia, afasia), distúrbios motores (perda de força muscular em braços ou pernas, o que é conhecido como hemiplegia; diminuição de força em músculos da face – paresia ou paralisia facial (perda da motricidade e função dos músculos faciais); alteração ou perda da coordenação motora).²

Todo esse processo vem acompanhado de sequelas neurológicas. Então é incluso o tratamento fisioterapêutico para fins de reabilitação e melhora da qualidade de vida. São realizados exercícios ativos, passivos, ativo-assistido ou ativo-livre (dependendo da condição física do paciente); exercícios de reeducação postural, como reequilíbrio de tronco para adultos e controle de cabeça e tronco para crianças; exercícios de fortalecimento muscular e de incentivo respiratório para a prevenção de complicações respiratórias.

Impacto cirúrgico na mímica facial

A mímica facial possibilita a transmissão de expressão de sentimentos e pensamentos. A deficiência dos movimentos faciais limita a integração e interação do ser humano com seu próximo e com o meio.³ A recuperação dos movimentos faciais favorecem o reequilíbrio psíquico e a reintegração do indivíduo ao seu ambiente de convívio. As referências necessárias para a correta função dos músculos da face vêm do córtex motor favorecendo a contração para expressar movimentos da face. Esta região se localiza na porção lateral e inferior do córtex pré-motor e do córtex motor primário,³

As informações geradas pelo córtex motor percorrem pelo tronco cerebral através do trato corticobulbar, ligando com o trato corticoespinal (ou piramidal), percorrendo pelo joelho da cápsula interna ao chegar à porção média da ponte, as fibras do trato corticonuclear se ramificam do trato corticoespinal conduzindo ao núcleo facial.³

As lesões que prejudicam a função motora facial pode suceder desde níveis mais superiores, no córtex cerebral, até as porções terminais, em contato com a musculatura da mímica. A divisão das paralisias faciais periféricas ou centrais, podem ser classificadas de acordo com a localização da lesão em relação ao núcleo facial, se dividindo em supranucleares, nucleares e infranucleares.³

As lesões supranucleares são caracterizadas por déficit funcional predominante dos músculos inferiores da face. Estas lesões dificilmente promovem paralisia facial isolada, comprometendo outras regiões do corpo como a língua, dedos e mãos, devido à proximidade das regiões corticais de representação e das fibras do trato corticonuclear.³

As lesões nucleares se caracterizam por exibir paralisias faciais completas, remetendo os músculos superiores e inferiores da face. As lesões pontinas que incidem sobre o núcleo facial geralmente estão relacionadas a alterações associadas com as estruturas adjacentes. O núcleo do abducente (VI par craniano), o núcleo trigeminal (V par craniano), os núcleos vestibulares e cocleares (VIII par craniano), assim como os tratos corticoespiniais, espinotalâmicos e fibras do sistema simpático, se localizam em grande proximidade do núcleo facial e regularmente apresentam algum grau de disfunção frente às lesões intrapontinas.³

As lesões infranucleares se manifestam com quadros de paralisia completa. O diagnóstico é relacionado pelas disfunções, como perdas auditivas, vertigens, redução do lacrimejamento, perda da gustação dos dois terços anteriores da língua e diminuição da salivação. Lesões do ângulo pontocerebelar e do meato acústico interno exibem distúrbios vestibulococleares, como perdas auditivas e tonturas, podendo ou não ocorrer alterações cerebelares.³

Discussão

Os tumores do sistema nervoso central (SNC) representam a segunda forma de câncer mais comum em crianças e a principal neoplasia sólida na infância nos EUA, ocorrendo em torno de 21,3% de todas as crianças com doenças malignas, com incidência anual de 2,5 casos por 100.000. Estima-se que, no mundo inteiro, cerca de 8 a 15% das neoplasias pediátricas são representadas por esse grupo, sendo o mais frequente tumor sólido pediátrico. Nos países em desenvolvimento, constituem o terceiro tipo de câncer mais incidente em crianças.

Em Fortaleza (CE), a incidência ajustada para a idade no período entre 1998 e 2002 foi de 1,3 casos por 100.000 crianças menores de 18 anos, correspondendo a uma incidência anual de 0,26 casos por 100.000. Isso representa 11% de todos os diagnósticos de câncer pediátrico, ocupando o terceiro lugar entre os grupos de neoplasias infantis, abaixo apenas de leucemias (30%) e linfomas (15%).⁴

Um terço desses tumores é diagnosticado antes dos 3 anos de idade. Meninos são mais afetados que meninas, dependendo do tipo neoplásico e da idade do paciente. A incidência de tumores está aumentando progressivamente, e a sobrevida melhorou pouco em relação às outras neoplasias.⁴ Apesar de os tumores representarem a segunda neoplasia mais comum na infância, são as causas mais comuns de mortalidade (30%) por câncer na juventude e a segunda maior causa de mortes de crianças a partir do 1º ano de vida, sendo superada apenas pelos acidentes.⁴ Houve um declínio de 1,1% ao ano da mortalidade relacionada aos tumores de SNC de 1975 a 1995 nos EUA. Autores brasileiros não encontraram redução de mortalidade em crianças diagnosticadas com tumores cerebrais no período de 1980 a 1998. Em Fortaleza, relatou-se uma discreta

redução de 1,3 para 1,1 óbitos por 100.000 habitantes quanto à taxa de óbitos por tumores cerebrais em menores de 15 anos entre os períodos de 1980 a 1982 e de 1995 a 1997.⁴

Importância da fisioterapia na paralisia facial

O tratamento da paralisia facial periférica requer abordagem médica, fisioterapêutica e fonoaudiológica. A fisioterapia é indispensável com o objetivo principal de restabelecer o trofismo, a força e a função muscular.⁶

O tratamento fisioterapêutico visa, através de exercícios programados de mímica facial, massagens, restabelecer o tônus, promover alongamento da musculatura contraída e prevenir sequelas e sincinesias. Fato muito importante é que não deve ser realizada fisioterapia através de eletroestimulação, pois esta pode promover hipertonia da musculatura e aparecimento de sincinesias, mesmo com apenas uma sessão.⁵

As sincinesias podem estar relacionadas com os recursos da fisioterapia sem supervisão e eletroestimulação. Esta é uma sequela atribuída à hiperexcitabilidade nuclear facial ou à regeneração aberrante das fibras nervosas.⁶

Devem ser utilizadas a estimulação com massagens rápidas e exercícios de mímica facial para melhorar a simetria facial.⁶

Os recursos e técnicas fisioterapêuticas exercem um papel fundamental na recuperação ou minimização destas complicações, porém, a recuperação da função do nervo facial depende da etiologia, idade do paciente, comprometimento neuromuscular, tipo de lesão, nutrição do nervo e tratamento instituído.⁷

Considerações finais

Pode-se considerar a partir dos artigos consultados nesta revisão literária, que o déficit da mímica facial é uma das principais sequelas do astrocitoma infantil de grau II. Outros sintomas como: crises epiléticas, cefaleia, sinais de hipertensão intracraniana, hidrocefalia e déficits focais. Este artigo mostra que a apresentação clínica depende muito do local de origem do tumor

Conclui-se que com um tratamento adequado com um profissional da saúde incentivador, tratando com todos os cuidados necessários pode-se reverter o quadro de parestesia facial e os demais sintomas que podem acometer o portador da patologia, e que ainda buscamos mais evidências científicas para o tema debatido, contribuindo para novos estudos de casos assim para com pesquisas científicas.

Referências

Araujo, O.L. Trindade, K.M. Trompieri, N.M. Fontenele, J.B. Felix, F.H.C. Análise de sobrevida e fatores prognósticos de pacientes pediátricos com tumores cerebrais. *Jornal de Pediatria*. Setembro/Outubro de 2011.

Dib, G.C. Kosugi, E.M. Antunes, M.L. Paralisia Facial Periférica. *Grupo Editorial Moreira Jr.* 2003, 110-7.

Garanhani, M.R. Cardoso, J.R. Capelli, M.G. Ribeiro, M.R. Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo retrospectivo. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2007, 73(1)

Lazarini, P.R. Fernandes, A.M.F. Custódio, S.E.V. Brasileiro, V.S.B. Paralisia Facial Periférica por comprometimento do tronco cerebral - A propósito de um caso clínico. Rev. Bras Otorrinolaringol. 2002, 68(1), 140-4.

Malheiros, S.M.F. Stávale, J.N. Franco, C.M.R. Braga, F.M. & Gabbai, A.A. Astrocitomas Difusos de Baixo Grau de Malignidade. Rev. Neurociências 1998, 6(2): 75-80.

Nilvânia Pereira. Fisioterapia na reabilitação da paralisia facial periférica. Folha Saúde. 06 de agosto de 2013.

Paulo Sanematsu. Minha Vida[homepage na internet]. Astrocitoma: sintomas, tratamentos e causas [acesso em 05 de outubro de 2018]. Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/astrocitoma>.

Portal da Afasia [homepage na internet]. Causas da Afasia: Tumor Cerebral [acesso em 14 julho 2018]. Disponível em: <http://www.afia.com.br/linguagem-e-afia/causas-da-afia-tumor-cerebral>.

Santos, C.C.T. Miranda, C.S.S.P. Silva, K.J.M. Astrocitomas Infantil Grau II em região frontal estudo de caso.

14. ENFERMAGEM FRENTE AO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA¹

Lisvânia dos Santos²
Me. Alexandro Barreto³

Resumo⁴

Objetivo: Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem na técnica do cateterismo vesical de demora.

Método: Trata-se de um estudo literário, com característica qualitativa e descritiva, na quais foi realizado um levantamento do referencial teórico em periódicos de plataformas científicas como: Biblioteca virtual de saúde (BVS), Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDEF (base de dados de enfermagem), em um período entre 2006 a 2016.

Resultados: As principais razões para a utilização do cateter vesical estão retenção urinária por obstrução uretral devido à hiperplasia benigna da próstata, bexiga neurogênica onde a pessoa carece de controle da bexiga devido a uma doença cerebral da medula espinal ou dos nervos.

Conclusão: Ao saber que a cateterização uretral é uma técnica invasiva que envolve a inserção de um cateter através do meato urinário para © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. a bexiga, a fim de estabelecer uma drenagem temporária caminho, permanente ou intermitente, a partir deste para o exterior diagnosticamente e/ou terapêutico.

Palavras-chave: CATETERISMO. CDV. ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM. INFECÇÃO RENAL.

Introdução

A sonda vesical de demora (SVD) é um cateter ou tubo de material flexível que é inserido na bexiga para coletar a urina, utilizado tanto em homens como em mulheres e, desta forma, é possível aliviar ou eliminar a retenção de urina, temporária ou permanentemente. Também pode ter outras funções, como controlar a quantidade de urina removida por um paciente ou irrigar ou lavar a bexiga ⁽¹⁾.

O cateterismo vesical pode ser usado nos casos de retenção urinária por medicamentos e lesões neurológicas da bexiga. Qualquer uma dessas causas pode ser um problema sério e pode ser fatal se não for tratada imediatamente, a incapacidade de esvaziar a bexiga pode causar retenção urinária, com consequente pressão retrógrada

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, GO, Brasil.

³ Me. Alexandro Barreto. Docente da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, GO, Brasil.

⁴ Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

sobre os rins e insuficiência renal. A colocação de um cateter urinário restaura o fluxo da bexiga e diminui a pressão da bexiga, em geral, a drenagem do cateter é coletada em uma bolsa onde a quantidade de urina pode ser medida ⁽²⁾.

O cateterismo vesical pode ser diagnóstico ou terapêutico, as sondas podem ser colocadas terapêuticamente para descomprimir a bexiga em pacientes com retenção urinária aguda ou crônica devido à obstrução infravesical ou bexiga neurogênica, também pode ser necessário em pacientes com hematúria, acompanhada pela irrigação da sonda para remover sangue e coágulos de sangue da bexiga. A infecção do trato urinário é o tipo mais comum de infecção nosocomial ^(2,3,4), entre 15 e 25% dos pacientes tratados em hospitais de cuidados agudos e mais de 85% dos pacientes em terapia intensiva são portadores de um cateter urinário. Além disso, 20% dos pacientes internados em residências geriátricas, 15% das lesões na medula espinhal e uma porcentagem desconhecida de pacientes ambulatoriais são portadores transitórios de um cateter vesical ⁽⁴⁾.

As complicações de curto prazo no cateter incluem infecção do trato urinário, pielonefrite aguda e bacteremia, geralmente assintomática. Na sonda vesical de demora, além dos anteriores, outras complicações são adicionadas, como obstrução do cateter, formação de cálculos, infecções periurinárias locais, pielonefrite crônica, insuficiência renal e câncer de bexiga ^(4,5). A infecção urinária é comum após a SVD e aparece em 3 a 10% dos pacientes, por dia de permanência da sonda, embora muitas infecções estejam limitadas à bacteriúria assintomática, que em alguns casos ocorrem pielonefrite, bacteremia e sepse urinária. A ocorrência de doença grave ou morte é real, está comprovado que as infecções nosocomiais do trato urinário prolongam as admissões hospitalares por mais dias e triplicam a taxa de mortalidade em pacientes ⁽⁵⁾.

Para que o cuidado do paciente portador de SVD seja adequado, seguro e abrangente, a equipe de enfermagem deve possuir ferramentas eficazes que o garantam, por um lado, devem demonstrar conhecimento e compromisso com o treinamento contínuo, atualizar esse conhecimento e estar apto a desenvolver modificações para melhorar o cuidado de enfermagem prestado, responsabilizando-se pelo correto registro e continuidade dos cuidados, nos quais dados como a indicação médica, a data de inserção da sonda, suas características ou as características da urina coletada ⁽⁶⁾.

A presente pesquisa tem como objetivo identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem na técnica do cateterismo vesical de demora. Os enfermeiros devem conhecer e saber utilizar perfeitamente os recursos materiais disponíveis e devem seguir os padrões de limpeza e higiene estabelecidos para manter condições assépticas.

Método

Trata-se de um estudo de caráter literário, com característica qualitativa e descritiva, na qual foi realizado um levantamento do referencial teórico em periódicos de plataformas científicas como: Biblioteca virtual de saúde (BVS), Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (base de dados de enfermagem), em um período entre 2006 a 2016. A escolha dos artigos se deu através das obras de vários autores que encontram os fomentos necessários para a elaboração deste trabalho, objetivando principalmente encontrar as respostas mais significativas na literatura para ajudar a entender, a

enfermagem frente ao cateterismo vesical de demora.

Tendo como critério de inclusão, artigos disponíveis gratuitamente nas bases de dados citadas disponíveis publicados em português em um período de 2006 a 2016 e como critério de exclusão artigos que não atenderem o grau de informações necessárias para a elaboração da pesquisa, apresentando as mesmas informações. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: Cateterismo; CDV; assistência Enfermagem, infecção renal.

Resultados

O cateterismo vesical se remota aos anos de 1929, quando Frederick Eugene Basil Foley projeta o primeiro cateter vesical com um balão para fazer hemostasia após cirurgias vesicoprostáticas. Em 1930 Frederick desenvolveu uma sonda para drenar continuamente a urina, que permaneceria na bexiga do paciente sem a necessidade de suturas ou outro tipo de fixação, isso foi feito com base no cateter de hemostasia ⁽⁷⁾.

O sistema renal é responsável por manter o equilíbrio eletrolítico, o equilíbrio ácido-base, a pressão arterial, eliminar o excesso de líquidos, eliminar substâncias tóxicas, entre muitas outras funções, as citadas, estão diretamente relacionadas à necessidade de eliminação da urina que também pode ser afetada por inúmeras razões, sendo essencial o uso do cateter vesical ⁽⁸⁾.

As principais razões para a utilização do cateter vesical estão retenção urinária por obstrução uretral devido à hiperplasia benigna da próstata, bexiga neurogênica onde a pessoa carece de controle da bexiga devido a uma doença cerebral da medula espinal ou dos nervos, pós-cirúrgica para evitar a distensão da bexiga, no pré-operatório de preparação de esvaziar completamente da bexiga para manter a descompressão durante determinados procedimentos cirúrgicos ^(8,9), para determinar a quantidade de urina residual na bexiga após a micção, controlando a hemodinâmica criticamente do paciente, manter constante drenagem de urina para recolher amostras estéreis, em alguns pacientes incontinentes na urina ejetado inevitavelmente contaminada cirurgia para permitir a cura do trato urinário após a cirurgia e para introdução de medicamentos para fins exploratórios ou terapêuticos, entre outros ⁽⁹⁾.

O cateterismo vesical é uma técnica invasiva que consiste na introdução de uma sonda na bexiga através do meato uretral, a fim de estabelecer um caminho de drenagem, temporário, permanente ou intermitente, da bexiga para o exterior para fins de diagnóstico e/ou terapêutico. Existem vários tipos de cateterismo, cateterização permanente em longo prazo, maior que 30 dias no caso de pacientes crônicos, que necessitam de programação para alterar a sonda. Cateterismo permanente de curta duração, com duração inferior a 30 dias e em casos de patologias agudas e cateterismo intermitente, que é realizado a cada certo tempo em geral a cada 6 a 8 horas e é utilizado em casos específicos. A instalação de um cateter vesical requer muita habilidade e conhecimento para evitar complicações e afetar o conforto e o bem-estar do paciente ⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Sonda vesical de demora (SVD) está indicada em doentes com retenção urinária ao evacuar a bexiga permanente é necessária quer para permitir a cura do trato urinário após a cirurgia, bem como para irrigação da bexiga se hematúria ou administrar a medicação ou qualquer tipo de obstrução que dificulte a micção espontânea, e em pessoas com grave comprometimento psicomotor e mau prognóstico de qualidade de

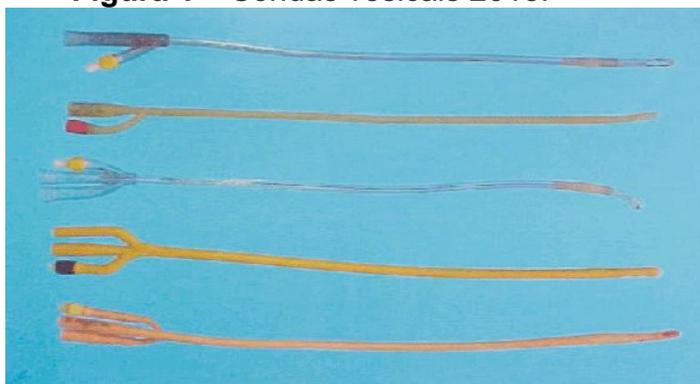
vida ⁽¹⁰⁾.

Há pelo menos dois tipos de sonda para a realização do cateterismo vesical de demora, cateter de Foley ou de Owen, dos quais existem dois tipos de látex, de duas vias para adultos e para crianças caracterizadas por uma extremidade da ponta distal resistente e fechadas traumática, com dois orifícios laterais na extremidade proximal, duas vias, uma com a diurese ligação universal com válvula Luer e bolsa de coleta, vêm em um único pacote estéril com identificação do produto e data de validade. O uso de diferentes tipos de sonda pode variar dependendo da patologia que o paciente apresenta e de suas características físicas. Os calibres mais utilizados são 14 e 16 FR, para mulheres, 18-20 FR para homens e calibre B para pediatria ⁽¹¹⁻¹²⁾.

O cateterismo uretral pode ser diagnóstico ou terapêutico. As sondas podem ser colocadas terapêuticamente para descomprimir a bexiga em pacientes com retenção urinária aguda ou crônica devido à obstrução infravesical ou bexiga neurogênica. Também pode ser necessário em pacientes com hematúria, acompanhada pela irrigação da sonda para remover sangue e coágulos de sangue da bexiga ⁽¹²⁾. Como método de diagnóstico, eles servem para obter amostras não contaminadas de urina para testes microbiológicos, medem a diurese em pacientes graves ou durante procedimentos cirúrgicos ou o volume residual após a evacuação quando métodos não invasivos, como o ultrassom, não estão disponíveis ⁽¹²⁻¹³⁾.

O cateterismo vesical de demora baseia-se na colocação asséptica de uma sonda na bexiga urinária através do meato uretral. Um tubo de látex ou silicone cuja consistência depende de sua composição. O tamanho da sonda vesical é calibrado em unidades que medem a circunferência externa. Os cateteres da bexiga têm um ou mais orifícios na parte distal. Podem ter 1, 2 ou 3 rotas diferentes (Figura 1) as sondas unidirecionais são geralmente rígidas e são usadas para cateterismo intermitente. As sondas de 2 vias são usadas para sondagem permanentes e a segunda é usada para inflar o balão com água destilada para fixá-lo ⁽¹⁴⁾.

Figura 1 – Sondas vesicais 2018.



Fonte: TÉCNICAS BÁSICAS DE ENFERMAGEM, (2016).

A primeira maneira leva um guia para facilitar a introdução. Em bebês prematuros e bebês pequenos, o fio-guia pode ser removido antes de sondar para minimizar o risco de causar um falso caminho. Em sondas de três vias, a terceira via é usada para irrigar a bexiga continuamente ⁽¹⁵⁾.

Como já mencionado o cateterismo vesical é uma técnica invasiva, asséptica e comum no ambiente hospitalar, que consiste em introduzir uma sonda através da uretra até a bexiga para fins diagnósticos e/ou terapêuticos. A equipe de enfermagem é responsável por realizar a técnica e, portanto, deve conhecer o material a ser utilizado, a técnica adequada de sondagem e como mantê-la com o cuidado de enfermagem adequado, abrangendo também a formação dos pacientes e/ou familiares no manejo do cateter, além disso, é essencial que se adote as medidas preventivas necessárias contra as muitas complicações associadas no manuseio inadequado ⁽¹⁶⁾.

Atualmente, um dos principais objetivos da equipe de enfermagem é restaurar a autonomia das pessoas em relação à eliminação urinária, minimizando os riscos que comprometem seu estado de saúde, enfatizando a prevenção de complicações. É essencial ter ferramentas que ajudem o profissional enfermeiro a conhecer as técnicas de manuseio adequadas durante o período de cateterismo vesical e estabelecer indicadores que garantam uma avaliação de qualidade. Desta forma, é possível melhorar a eficiência do procedimento, reduzir os riscos de infecções, reduzir a permanência hospitalar, os custos econômicos e proporcionar benefícios, especialmente para os pacientes e o estado de saúde em que se encontram ⁽¹⁷⁾.

O dispositivo utilizado para realizar a técnica é o cateter vesical, mediante técnica com um risco muito alto de produzir infecção urinária, por isso é necessário que a técnica de colocação seja completamente asséptica estéril, cujo objetivo principal a evacuação total ou parcial da bexiga, realizada tanto para fins terapêuticos como para diagnóstico e pode ser intermitente ou permanente, dependendo da indicação médica que corresponda a cada caso em particular ⁽¹⁸⁾.

O enfermeiro está encarregado de realizar o cateterismo vesical em condições normais, por isso é essencial ter conhecimento sobre a técnica e as variações que existem entre pacientes do sexo masculino, feminino ou infantil. Da mesma forma, é responsável pela sua manutenção e remoção e pela prevenção de complicações que o cateterismo pode causar aos pacientes com cateter ⁽¹⁹⁾.

Discussão

A prática da enfermagem como disciplina profissional é por natureza e paradigmática, entendendo isso como atos de assistência, apoio ou facilitadores que são direcionados para outro ser humano ou grupo com necessidades reais ou potenciais, a fim de melhorar ou aliviar as condições da vida humana. O objetivo principal do exercício e requer uma rede de fatores que incluem teoria, ética, técnica, recursos, conhecimento científico, pessoas, relacionamentos e meio ambiente para sua correta realização ⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

O cuidado com a saúde e a vida, são valores éticos fundamentais da equipe de enfermagem, responsabilidade a se ter em mente ao direcionar uma unidade de cuidado onde as necessidades de cada paciente e equipe responsável devem ser individualizadas e responder de forma assertiva, sendo-se importante padronizar os procedimentos para que o profissional de serviço atenda às suas necessidades de maneira justa e responsável ⁽²⁰⁾.

Sendo a equipe de enfermagem fundamental para a recuperação do paciente, atualmente, a qualidade do cuidado direto pelo profissional enfermeiro tem sido afetada pelas múltiplas funções e responsabilidades atribuídas, que aumentam em quantidade,

mas não em proporção ao recurso humano para desenvolvê-las, o que pode gerar um impacto negativo no atendimento e segurança do paciente, razão pela qual deve ser levado em conta que uma melhor qualificação do recurso humano, aumentá-lo de acordo com a complexidade dos serviços^(20,21), uma melhor distribuição de responsabilidades e atividades e uma boa estruturação dos serviços ou processos em que o pessoal de enfermagem participa, seriam de grande benefício para o paciente e seus acompanhantes, para a equipe de enfermagem, para a equipe de saúde e, portanto, para a instituição⁽²¹⁾.

A equipe de enfermagem permanece 24 horas por dia no atendimento ao paciente, no intuito de identificar as necessidades do mesmo e atendê-las. Oportunamente essa é a parte da equipe de saúde que o profissional adequado faz-se o conhecimento, avaliação e prática contínua do paciente que certamente dirá se um procedimento utilizado no paciente é o mais adequado ou requer ajuste⁽²²⁾.

Mediante as informações coletadas sobre a percentagem de adesão aos protocolos ou cateterismo vesical de instrução e aplicação de produtos sanguíneos definido no objeto de estudo IPS, a fim de padronizar a sua implementação, reduzir o risco e melhorar a eficiência dos cuidados por enfermeiras na realização dos referidos procedimentos nos serviços de internação médica cirúrgica de adultos, se houver medidas específicas de adesão ao manejo do cateter vesical após a inserção, a fim de evidenciar o cuidado e / ou manejo por parte do pessoal de Enfermagem para estabelecer ações de melhoria e contribuir para a redução dos riscos de infecção por cateter vesical⁽²³⁾.

Existem várias técnicas no manuseio da sonda vesical de demora, no entanto, quando uma determinada técnica é mencionada na literatura, nem sempre é claro o que exatamente se refere. Além disso, sob o mesmo termo, pode-se achar que as práticas diferem, a título de esclarecimento, as diferentes técnicas são apresentadas a seguir⁽²⁴⁾.

Técnica estéril, usada apenas nas salas de cirurgia e em situações de diagnóstico. A técnica estéril implica que todo o material é estéril e a colocação da sonda é realizada com batas, luvas estéreis, etc. Técnica asséptica, quando o conceito é mencionado, é feita referência ao cateter estéril, desinfecção dos genitais/higiene e luvas estéreis⁽²⁵⁾.

Técnica limpa, esta técnica é usada apenas por pacientes ou cuidadores no ambiente doméstico. Em alguns países, a técnica limpa só é usada se uma técnica asséptica não for possível^(26,27), por exemplo, devido à disfunção cognitiva ou incapacidade funcional. O cateterismo vesical pode reduzir a incidência de complicações. A estratégia mais eficaz para reduzir a infecção do trato urinário associada ao cateterismo é evitar o cateterismo desnecessário e a imediata remoção do cateter após a indicação ter sido aprovada⁽²⁸⁾.

Todos os pacientes submetidos a cateterismo vesical de demora estão expostos à infecção, para não favorecer, o enfermeiro sendo o profissional atuante no cuidado a saúde e da integridade do paciente. Os cuidados de enfermagem ao paciente com sonda vesical de demora tende a seguir uma série de procedimentos chamados de técnica de manutenção. Observando-se periodicamente a permeabilidade da sonda, a fixação do tubo de drenagem do paciente calculando a mobilidade do mesmo para evitar puxar^(28,29,30), lave a área com sabão e água uma vez ao dia e enxague com solução fisiológica, lave bem os detritos acumulados no cateter próximo ao meato urinário, girar este em seu eixo longitudinal para evitar aderências, lavar a sonda quando necessário para mantê-la

permeável, segundo técnica asséptica, indicar ao paciente para manter a bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga, para evitar infecções de refluxo, mantenha a bolsa de coleta presa ao suporte para evitar traumas⁽³¹⁾.

Evitar desligamentos da sonda desnecessários desde que se podem utilizar sistemas de drenagem fechado, a não ser contraindicado estimular a ingestão de líquidos de dois a três litros por dia, para aumentar o fluxo urinário e evitar o risco de infecção, a limpeza do períneo exaustivamente a cada 12 horas para avaliar os indicadores de infecção do trato urinário, determinar o aparecimento de infecção da uretra. O enfermeiro deve sempre aluir a ocorrência de infecção da uretra e certificando-se de que não há secreção em torno da sonda⁽³²⁻³³⁾.

Os enfermeiros geralmente contribuem com uma perspectiva individual de qualidade na prática clínica, a reivindicação legítima não é outra senão fazer a coisa certa e da maneira correta. Por vez os pacientes também contribuem com uma perspectiva individual, apresentando atributos de assistência de qualidade adequada comunicação interpessoal com profissionais, para que os mesmos demandem competência técnica⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Conclusão

Logo é notório que o presente estudo trouxe grandes contribuições para o campo da enfermagem, principalmente nos quesitos de técnicas ao manuseio de cateterismo vesical. Foi possível verificar que a maioria dos profissionais de enfermagem não aderem os protocolos de segurança e as técnicas ao manusearem o cateterismo vesical de demora.

O tema explanado veio para contribuir no meio científico com mais estudos sobre técnicas de sondagem vesical e cuidados de enfermagem ao paciente cateterizado. Ao saber que a cateterização uretral é uma técnica invasiva que envolve a inserção de um cateter através do meato urinário para a bexiga, a fim de estabelecer uma drenagem temporária caminho, permanente ou intermitente, a partir deste para o exterior diagnosticamente e/ou terapêutico.

Ao restringir o estudo, pode se fazer um maior aprofundamento do tema proposto de maneira que garanta uma minuciosidade de informações, já que tudo é feito com mais cautela garantindo uma maior segurança e qualidade ao trabalho. Em contrapartida, o conhecimento adquirido fica limitado, tendo o pesquisador que mergulhar em novas fontes para poder saber mais sobre outros conteúdos.

É plausível que sejam feitas novas pesquisas não se restringindo apenas aos discentes de enfermagem, mas dos cursos de ensino superior em geral, verificando o conhecimento e as técnicas ao manusear cateteres vesicais de demora. Além disso, pode ser feita mais pesquisas que contribuem tanto para universitários como para profissionais de enfermagem, a fazer uso das técnicas assépticas estéreis e seguir os protocolos de enfermagem, a fim de, diminuir a morbidade e mortalidade causada por infecções nosocomiais no manuseio inadequado do cateterismo vesical de demora.

Referências

1. Ribeiro, R. G., Santos, A. P. F., de Oliveira, F. M., dos Santos, K., & de Assis Godinho, E. M. cateterismo vesical de demora. *Ano XIII, Vol. 13, nº 14, maio, 2011*

Governador Valadares-MG Periodicidade: anual ISSN 1676-3734, 50. Acessado em, 28 de Abril de 2018. Disponível em<http://www.univale.br/central_arquivos/arquivos/facs_2011.pdf#page=51>.

2. Coelho, E. F., VELLAME, L. D. M., Coelho Filho, M. A., & LEDO, C. D. S. (2006). Desempenho de modelos de calibração de guias de onda acopladas a TDR e a multiplexadores em três tipos de solos. *Revista brasileira de ciência do solo*, 30(1), 23-30. Acessado em, 28 de Abril de 2018. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbcs/v30n1/a03v30n1.pdf>>.

3. Contrin, M., Margareth, S., Lobo, A., & Longui, D. H. (2009). Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 21(3), 276-282. Acessado em, 29 de Abril de 2018. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3>>.

4. Pupulim, J. S. L., & Sawada, N. O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista latino-americana de enfermagem*, 10(3), 433-438. Acessado em, 29 de Abril de 2018. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13353>>.

5. de Oliveira Conterno, L., Lobo, J. A., & Masson, W. (2011). Uso excessivo do cateter vesical em pacientes internados em enfermarias de hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1089-1096. Acessado em, 30 de Abril de 2018. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a09>>.

6. Iranilda Queirós, M., Bastos Cipriano, M. A., Lavinias Santos, M. C., & Moreira Leitão Cardoso, M. V. L. (2011). Infecções urinárias e uso de cateter vesical de demora em unidade pediátrica. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(2). Acessado em, 30 de Abril de 2018. Disponível em<<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027975006.pdf>>.

7. Mazzo, A., Godoy, S., Alves, L. M., Costa Mendes, I. A., Trevizan, M. A., & Leite Rangel, E. M. (2011). Cateterismo urinário: facilidades e dificuldades relacionadas à sua padronização. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(2). Acessado em, 02 de Maio de 2018. Disponível em<<http://www.redalyc.org/pdf/714/71419104016.pdf>>.

8. de Campos Pereira Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2005). O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. *Acta Paulista de enfermagem*, 18(3). Acessado em, 05 de Maio de 2018. Disponível em<<http://www.redalyc.org/pdf/3070/307026606008.pdf>>.

9. Homenko, A. S., Lelis, M. D. S., & Cury, J. (2003). Verdades e mitos no seguimento de pacientes com cateteres vesicais de demora. *Sinopse de urologia*, 7(2), 35-40. Acessado em, 08 de Maio de 2018. Disponível em<<http://www.ibaconline.com.br/jornada/pdf/MITOS-VERDADES-SONDAGEM-VESICAL.pdf#page=12>>.

10. Schweitzer, G., Pereira do Nascimento, E. R., Nascimento, K. C. D., Moreira, A. R., & Godinho Bertinello, K. C. (2011). Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à pacientes traumatizados-cuidados durante e após o voo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(3). Acessado em, 10 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.redalyc.org/pdf/714/71421157008.pdf>>.
11. Secoli, S. R., & de Jesus, V. C. (2007). Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). *Ciência, cuidado e saúde*, 6(2), 252-260. Acessado em, 10 de Maio de 2018. Disponível em<<http://files.cateterpic.webnode.com.br/200000038-6478f6572f/Complicacoes%20PICC.pdf>>.
12. Moncaio, A. C. S., & de Figueiredo, R. M. (2009). Conhecimentos e práticas no uso do cateter periférico intermitente pela equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3). Acessado em, 10 de Maio de 2018. Disponível em< <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47176>>.
13. Dórea, E., de Castro, T. E., Costa, P., Fumiko Kimura, A., & Gaspar dos Santos, F. M. (2011). Práticas de manejo do cateter central de inserção periférica em uma unidade neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6). Acessado em, 12 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267022538002.pdf>>.
14. Dittz Duarte, E., Marçal Pimenta, A., Noelly e Silva, B. C., & Moura de Paula, C. (2013). Fatores associados à infecção pelo uso do cateter central de inserção periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(3). Acessado em, 13 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033326004.pdf>>.
15. Lima, M. E., Andrade, D. D., & Haas, V. J. (2007). Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. *Rev bras ter intensiva*, 19(3), 342-7. Acessado em, 14 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a13>>.
16. Souza, A. C. S., Tipple, A. F. V., & Barreto, R. A. D. S. S. (2007). Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. Acessado em, 14 de Maio de 2018. Disponível em< <http://repositorio.bc.ufg.br/xmlui/handle/ri/80>>.
17. Lucchetti, G., Silva, A. J. D., Ueda, S. M. Y., Perez, M. C. D., & Mimica, L. M. J. (2005). Infecções do trato urinário: análise da frequência e do perfil de sensibilidade dos agentes causadores de infecções do trato urinário em pacientes com cateterização vesical crônica. *J Bras Patol Med Lab*, 41(6), 383-9. Acessado em, 14 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jbpml/v41n6/a03v41n6.pdf>>.
18. Stamm, A. D. F., & Coutinho, M. D. A. (1999). Urinary tract infection associated

with indwelling catheters: incidence and risk factors. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 45(1), 27-33. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v45n1/1695.pdf>>.

19. Kawasaki, K., & Diogo, M. J. D. E. (2001). Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal-parte II. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(4), 320-327. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a02>>.

20. Padilha, K. G., Sousa, R. M. C. D., Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. D. A. L. M., Vattimo, M. D. F. F., Kimura, M., ... & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (tiss-28): directions for application. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 229-233. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/14.pdf>>.

21. Duarte Paschoal, M. R., & Russo Costa Bomfim, F. (2012). Infecção do trato urinário por cateter vesical de demora. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 16(6). Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.redalyc.org/pdf/260/26032923018.pdf>>.

22. Severino Pereira, M., Silva e Souza, A. C., Ferreira Veiga Tipple, A., & do Prado, M. A. (2005). A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(2). Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.redalyc.org/pdf/714/71414215.pdf>>.

23. Bruni, D. S., Strazzieri, K. C., Gumieiro, M. N., Giovanazzi, R., de Góes Sá, V., & Mancussi, A. C. (2004). Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(1), 71-79. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.journals.usp.br/reeusp/article/view/41382>>.

24. Medeiros, A. B. F., de Freitas Lopes, C. H. A., & Jorge, M. S. B. (2009). Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 223-228. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/29>>.

25. Borges Giarola, L., Baratieri, T., Monastier Costa, A., Bedendo, J., Silva Marcon, S., & Pagliarini Waidman, M. A. (2012). Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Cogitare Enfermagem*, 17(1). Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.redalyc.org/pdf/4836/483648962022.pdf>>.

26. Napoleão, A. A., Caldato, V. G., & Petrilli Filho, J. F. (2009). Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2). Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46961>>.

27. Conceição, L. F. S. D. (2010). Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://rmmg.org/artigo/detalhes/386>>.
28. dos Santos, J. C., & Ceolim, M. F. (2009). Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 810-817. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40479>>.
29. Christóforo, B. B. (2012). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/7888/Projeto%20final.pdf?sequence=1>>.
30. Stocco, J. G. D., Crozeta, K., Labronici, L. M., Maftum, M. A., & Meier, M. J. (2011). Cateter central de inserção periférica: percepções da equipe de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 16(1). Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21112>>.
31. Murassaki, A. C. Y., da Silva Versa, G. L. G., Júnior, J. A. B., Meireles, V. C., Vituri, D. W., & Matsuda, L. M. (2013). Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(1), 11-16. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728366002.pdf>>.
32. Marziale, M. H. P., & de Carvalho, E. C. (1998). Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(1), 99-117. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13926>>.
33. Soares Pott, F., Stahlhoefer, T., Vinícius Cestari Felix, J., & Joaquim Meier, M. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2). Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267028666004.pdf>>.
34. Fonseca, R. M. P., & Peniche, A. D. C. G. (2009). Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), 428-433. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a13v22n4>>.
35. Avanci, B. S., Carolindo, F. M., Góes, F. G. B., & Netto, N. P. C. (2009). Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13(4), 708-16. Acessado em, 18 de Maio de 2018. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a04>>.

15. CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: REVISÃO DA LITERATURA¹

*Luciana Brito Moreira²
Me. André Luiz Souza de Jesus³
Erci Gaspar da Silva Andrade⁴*

Resumo⁵

O objetivo do estudo foi identificar as causas e as consequências da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura com busca nas bases de dados: (LILACS) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, (SCIELO) Scientific Electronic Library Online, Google acadêmico, (MEDLINE) Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, (BIRENE) Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde foram selecionados 9 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A Síndrome de Burnout tem sua definição como estresse crônico, causando aos profissionais de enfermagem no âmbito de trabalho inúmeros fatores emocionais. Suas consequências são predisposição física e psíquica, alterando a qualidade de vida do profissional da equipe de enfermagem. No tratamento da Síndrome de Burnout, é necessário que sejam abordados como problemas coletivos e organizacionais sendo aplicadas medidas cabíveis para uma assistência eficaz.

Palavras-chave: SÍNDROME DE BURNOUT. TRATAMENTO. ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E QUALIDADE DE VIDA.

Abstract

The objective of the study was to identify the causes and consequences of Burnout Syndrome in nursing professionals. This is an integrative review of literature with search in databases: (LILACS) Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, (SCIELO) Scientific Electronic Library Online, Google academic, (MEDLINE) Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, (BIRENE) Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information, 9 articles were selected according to the inclusion and exclusion criteria. Burnout Syndrome has its definition as chronic stress, causing nursing professionals in the field of work numerous emotional factors. Its consequences are physical and psychic predisposition, altering the quality of life of the professional of the nursing team. In the treatment of Burnout Syndrome it is necessary that they are approached as collective and organizational problems, and appropriate

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Discente da Faculdade Sena Aires

³ Mestre em psicologia pela Universidade Católica de Brasília

⁴ Docente da FACESA, Graduada em Pedagogia, Especialização em Língua Brasileira de Sinais, Gestão Administrativa em Pedagogia Hospital e Neuropsicopedagogia.

⁵ Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

measures are applied for an effective assistance.

Keywords: BURNOUT SYNDROME. TREATMENT. PROFESSIONAL EXHAUSTION AND QUALITY OF LIFE.

Introdução

Glória et al⁽¹⁻²⁾, a inserção dos profissionais de enfermagem relacionada aos processos de produção aliada às mudanças tecnológicas, permitindo o aumento da produtividade das empresas, bem como os seus lucros, trazendo consigo, quase concomitantemente, a exposição dos trabalhadores a uma variedade de cargas tanto na esfera física quanto emocional as quais vem ocasionando impactos negativos à sua saúde. O esgotamento profissional ocorre devido estresse prolongado causado por desequilíbrios emocionais, ocasionando o isolamento no ambiente de trabalho resultando em afastamento temporário ou definitivo. Dentre a população mais afetada, podem-se citar os profissionais de enfermagem, por estarem envolvidos diretamente na assistência, encontram-se suscetíveis a altas taxas de Burnout. Estes apresentam sintomas que desenvolvem reações agudas e/ou crônicas, que podem levar a sensação de esgotamento físico e emocional que se reflete em atitudes negativas, como ausências no trabalho, agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, lapsos de memória, ansiedade, depressão, pessimismo, baixa autoestima que podem estar associadas à síndrome.

De acordo com Rissardo MP; Gasparino RC⁽³⁾, a área da enfermagem foi classificada pela Health Education Authority, como sendo a quarta profissão mais estressante no setor público, pelo constante contato com doenças, expondo a equipe a fatores de risco físicos, químicos, biológicos e psíquicos. Se levarmos em consideração os inúmeros procedimentos que são realizados pela equipe, a responsabilidade na tomada de decisão, a falta de recursos, possíveis acidentes de trabalho além do trabalho por turnos, tudo isso levando ao aumento da angústia e ansiedade desses profissionais, provocando muitas vezes, situações de estresse. Considerando-se que os profissionais de enfermagem, estão em um grupo com grande predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout, em seu ambiente de trabalho por passarem mais tempo em contato com o paciente e com seus familiares e em situações de constantes mudanças emocionais, foi realizado um estudo de revisão bibliográfica com a finalidade de identificar as causas e consequências da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem.

Método

Trata de uma revisão integrativa da literatura, para responder o seguinte questionamento. Quais as causas e consequências da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem? Para o levantamento dos artigos foram utilizados como critérios de inclusão publicações em língua portuguesa que abordam a Síndrome de Burnout na área da enfermagem, com período de publicação entre 2008 e 2018 e como critérios de exclusão livros e artigos que não abordassem assuntos que correspondiam à área específica, publicações anteriores ao ano de 2008 e língua estrangeira.

Foram encontrados 56 artigos, 7 artigos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), 30 artigos nas bases de dados

Scientific Electronic Library Online (SciELO), e 9 artigos na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), e Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e 10 artigos que foram encontrados com base de dados do Google Acadêmico trazendo artigos de revistas e trabalhos acadêmicos pertinentes aos descritores. Após análise foram selecionados artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, destes 9 artigos atenderam aos critérios específicos. Foram utilizados os seguintes descritores de busca: Síndrome de Burnout, tratamento, profissionais de saúde, estresse ocupacional, esgotamento profissional e qualidade de vida.

Para critérios de análise dos resultados da pesquisa, foram escolhidas três categorias: Conceitualização da Síndrome de Burnout, Causas e consequências da Síndrome de Burnout aos profissionais de enfermagem, Tratamento para Síndrome de Burnout.

Resultados e discussão

Quadro 1: Síntese dos artigos pesquisados

Autor/ano	Título	Objetivo principal	Assunto abordado
Francisco DK, Bressan A. / 2012.	A Síndrome de Burnout em profissionais de saúde	Identificar o perfil e descrever as dimensões temáticas e características de estudos sobre políticas e programas de Educação Permanente em Saúde no Brasil.	Estressores ocupacionais. Dentre os vários estressores ocupacionais, podemos citar as longas jornadas de trabalho, a falta de Profissionais ou pessoas capacitadas, a falta de Reconhecimento profissional, a exposição do profissional a riscos químicos e físicos, assim como o contato constante com o sofrimento, a dor e para alguns até mesmo a morte.
Maria FF, Ferrari R/ 2012.	Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem*	Demonstrar a incidência da Síndrome de Burnout (SB) de acordo com os aspectos sociodemográficos dos profissionais de enfermagem que atuam em dois hospitais regionais, no município de Cáceres-MT.	A Síndrome de Burnout pode ser entendida como um processo de três dimensões: a primeira é a exaustão emocional, caracterizada pela falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional; a segunda, despersonalização, é definida como falta de sensibilidade e a dureza ao responder às pessoas receptoras de seu serviço, e a terceira, a baixa realização profissional, que se refere a uma diminuição do sentimento de competência em relação ao trabalho com pessoas.

Moreira et al. /2009.	Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil	Determinar a prevalência da síndrome de burnout nos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital de grande porte.	O cansaço emocional é considerado o traço inicial, podendo a manifestação ser física psíquica ou uma combinação das duas.
Pereira MR, Cristina RG/2013.	Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público	Identificar o nível de burnout nos enfermeiros de um hospital público do interior do estado de São Paulo	A baixa remuneração, associada ao excesso de volume de trabalho, a diversidade de tarefas e o apoio insuficiente geram conflitos e constituem-se em importantes desencadeadores da síndrome de burnout nos profissionais enfermeiros.
Albieri DJ, Carmo MLH / 2009.	Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário.	Investigar sinais e sintomas de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um Pronto Socorro de Hospital universitário correlacionando com fatores preditores.	Processo gradual de desgaste no humor e desmotiva. o acompanhado de sintomas físicos e psíquicos.
Maria et al. / 2012	Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte	Identificar a incidência da Síndrome de Burnout (SB) e avaliar sua relação com os aspectos laborais, em profissionais de enfermagem de dois hospitais de médio porte de Cáceres, MT.	A exaustão emocional caracteriza-se pela falta ou carência de energia, acompanhada de sentimento de esgotamento emocional.
Frazão A / 2008	Tratamento para Síndrome de Burnout		Estresse excessivo provocado pelo trabalho,
Sandra MC / 2014	Prevenção da síndrome de burnout em professores: um relato de experiência	Descrever e discute uma experiência de intervenção psicossocial para a prevenção da síndrome de Burnout em professores.	A Síndrome de Burnout é formado por três dimensões: 1) exaustão emocional, caracterizada pela falta ou carência de energia e entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos; 2) despersonalização, que ocorre quando o profissional passa a tratar os clientes, colegas e a organização de forma distante e impessoal. Os trabalhadores passam a desenvolver insensibilidade emocional diante das

			situações vivenciadas por sua clientela; e 3) baixa realização no trabalho, caracterizada pela tendência do trabalhador em se autoavaliar de forma negativa. Sente-se insatisfeito com seu desenvolvimento profissional e experimenta um declínio no sentimento de competência e êxito
Rocha FF, Santos JS	Síndrome de Burnout em profissionais da saúde	Esclarecer as situações que causam o desenvolvimento da doença no profissional, procurando promover alternativas e medidas de intervenção eficazes visando a saúde e o bem-estar do trabalhador.	A Síndrome de Burnout é decorrência de esgotamento, decepção e perda de interesse pela atividade de trabalho que surge nas profissões que trabalham em contato direto com pessoas, correlacionam cansaço emocional, físico, mental, falta de entusiasmo pelo trabalho,

Conceitualização da Síndrome de Burnout

De acordo com Francisco e Bressan⁽⁴⁾, a qualidade de vida dos trabalhadores está relacionada diretamente aos diferentes estressores ocupacionais. Entre os vários fatores de estresse ocupacionais, podemos citar a sobrecarga de trabalho pela falta de profissionais e/ou indivíduos capacitados, as prolongadas jornadas de trabalho, a falta de reconhecimento profissional assim como o contato constante com o sofrimento, a dor e até mesmo a morte. Considerando estes fatores, os trabalhadores da saúde devem-se atentar com sua saúde mental e emocional mais que os profissionais de outras áreas.

As empresas visando os lucros sobrecarregam os profissionais de enfermagem e não disponibilizam os recursos necessários para uma prestação de cuidados humanizados, não disponibilizam psicólogos para acompanhar a saúde mental dos profissionais de enfermagem a aceitar perdas, levando a constante sofrimento.

De acordo com Maria FF, Ferrari R⁽⁵⁾, os profissionais de enfermagem e da saúde em geral necessitam de várias habilidades sendo a enfermagem, considerada um componente vital e indispensável do serviço de assistência médica. A exigência de conhecimentos técnico-científico dos profissionais de enfermagem tem sido cada vez mais exigida, por outro lado são oferecidos baixos salários e a sobrecarga de tarefas para esses trabalhadores é imensa. Dessa forma podem ser observadas no ambiente de trabalho, alterações psíquicas que levam a um estado de exaustão emocional, perda de interesse pelas pessoas que teriam de ajudar; e, finalmente, baixo rendimento profissional e pessoal, fazendo com as situações indutoras do estresse, seja cada vez mais crescente.

A enfermagem é a arte de cuidar, sendo necessário conhecimento técnico,

científico e educação continuada ao mesmo tempo, são oferecidos baixos salários, sendo necessários dois a três vínculos empregatícios, levando o profissional de enfermagem a exaustão, falta de energia e perda de interesse por quem deveria prestar os cuidados assistenciais.

De acordo com Moreira et al.⁽⁶⁾, de modo geral, o Burnout pode ser definido como um transtorno adaptativo crônico associado às demandas e exigências laborais, cujo desenvolvimento é insidioso e frequentemente não reconhecido pelo indivíduo, com sintomatologia múltipla, predominando o cansaço emocional. Além desta última característica, outras duas compõem o quadro bem definido da síndrome: despersonalização e baixa realização pessoal.

O profissional de enfermagem não percebe que está doente, ou até mesmo pela falta de conhecimento sobre a Síndrome de Burnout, podendo assim ser confundida com outras doenças, apresentando sintomas físicos.

De acordo com Pereira MR e Cristina RG⁽⁷⁾, Burnout é uma síndrome em que o profissional perde o sentido da sua relação com o trabalho é como se as coisas já não tivessem mais importância. Trata-se de um conceito que envolve três dimensões, que podem aparecer associadas, mas que são independentes: exaustão emocional; despersonalização; e falta de envolvimento no trabalho ou diminuição da realização pessoal.

Os profissionais de enfermagem sentem-se exaustos, sem energia para desenvolver as atividades, utilizando como mecanismo de defesa a despersonalização, trata os colegas de serviço e pacientes como se fosse objeto, chegando à baixa autoestima, sente-se culpado por não realizar satisfatoriamente as atividades, pensando até no abandono do emprego.

Causas e consequências da Síndrome de Burnout aos profissionais de enfermagem

De acordo com Albieri DJ e Carmo MLH.⁽⁸⁾, pesquisas retrataram a síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência, os resultados do estudo registraram que os enfermeiros eram uns dos mais predispostos a esta doença, principalmente, aqueles que trabalham nos serviços de urgência e emergência, que são designados a atender a população com quadro agudo, traumas, dentre outros problemas, o que pode levar ao sofrimento, incapacitação e até a morte do paciente. Expondo os profissionais a estressores, que podem desencadear o Burnout.

Segundo pesquisas profissionais de nível superior, os enfermeiros são mais predispostos a desenvolver a síndrome de Burnout, principalmente em serviços de urgência e emergência, prestando cuidados a pacientes graves em risco de óbito, sendo necessário decisões rápidas, essencial auxílio a prestação de serviço do médico, supervisionar os serviços dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Maria et al.⁽⁹⁾, estudos identificaram a incidência da Síndrome de Burnout e avaliaram sua relação com os aspectos laborais, em profissionais de enfermagem de dois hospitais de médio porte de Cáceres, no Mato Grosso, em urgência e emergência. Os resultados apontaram que, dos 141 profissionais que compuseram a amostra, 13 apresentaram Síndrome de Burnout. Os resultados obtidos evidenciaram que, na amostra estudada, a carga horária da maioria dos profissionais 84,40% era de 40 horas

semanais. Porém, os profissionais mais acometidos pela Síndrome de Burnout foram aqueles que trabalhavam em regime de carga horária de 30 horas. Verificou-se que os profissionais com intervalo de zero a cinco anos de formação eram os mais acometidos em relação à SB, ou seja, o pouco tempo de serviço, de acordo com os resultados, está influenciando a saúde do trabalhador, fato que pode comprometer a qualidade de suas atividades desenvolvidas.

Segundo estudos profissionais enfermeiros de zero a cinco anos de formação, são mais predisposto a desenvolver a Síndrome de Burnout, fatores relacionados, insegurança nas realizações dos procedimentos, insegurança em relação a permanência no emprego, necessidade de dois a três vínculo empregatício.

Tratamento para Síndrome de Burnout

Segundo Frazão ⁽¹⁰⁾, acredita-se que o tratamento para a Síndrome de Burnout pode ser realizado com a interação de medicamentos e terapias, das quais podem ser alcançadas em grupos, como aulas de danças e teatro. Essas dão oportunidade ao sujeito a troca de experiências, autoconhecimento, segurança e convívio social. Os antidepressivos como a linha de medicamentos mais utilizados, que ajudam na diminuição da sensação de incapacidade e inferioridade, que são alguns dos principais sintomas da Burnout.

O tratamento começa quando o profissional conhece os seus limites, auxiliando a terapia em grupo e uso de medicamentos prescritos pelos médicos quando necessário, realizar atividades físicas, alimentação saudável, tenha momentos de lazer, evitar longas e exaustivas jornadas de emprego.

De acordo Rocha FF, Santos JS. ⁽¹¹⁾, são várias as formas de tratamento a nível individual, porém deve-se levar em consideração o limite de cada individuo. Mesmo que seja de forma temporária as intervenções feitas junto ao trabalhador sempre é de benefício para o mesmo, contudo, isso pode reforçar a concepção muitas vezes equivocada de que é um problema do sujeito e ele pode reforçar seu sentimento de fracasso, isolamento e baixa estima. As intervenções devem focar a organização do trabalho, o ambiente social e seu contexto, atingindo forma mais ampla, a Burnout não é um fato individual, mas psicossocial. Na suspeita da doença o trabalhador deve procurar ajuda, caso confirme o diagnóstico, o tratamento na maioria das vezes é realizado com terapia focando o enfrentamento do estresse no trabalho e também medicamentoso.

A Síndrome de Burnout não deve ser apenas considerada um problema individual e sim organizacional. As empresas devem proporcionar um ambiente arejado, tranquilo, utilizar o dimensionamento de pessoas necessárias, evitando a sobrecarga de trabalho, analisar qual setor hospitalar o profissional de enfermagem melhor se adapta.

De acordo Rocha FF e Santos JS ⁽¹¹⁾, a prevenção do Burnout necessita de ações educativas e terapêuticas no âmbito individual, grupal, social e organizacional. Os pontos que afetam a saúde do trabalhador carecem extensa discussão nos ambientes laborais e nos ambientes de formação profissional. Podem-se adotar algumas estratégias de enfrentamento da síndrome, tais como: Adotar hábitos saudáveis; regular os horários de alimentação balanceada; procurar dormir/descansar bem conforme a necessidade de cada um; praticar exercícios físicos de forma regular; realizar atividades prazerosas e agradáveis no tempo livre; descobrir talentos pessoais; aprender a dizer não; saber

administrar melhor o tempo; fazer amigos; aprender a ser mais flexível, buscar se afastar de agentes estressores; relaxar.

Considerações finais

Ao fazer uma revisão integrativa na literatura referente à Síndrome de Burnout na área da enfermagem foi possível compreender mais profundamente os fatores envolvidos nesta doença, como os condicionantes sociais e laborais. Foi possível compreender os sintomas (físicos, comportamentais, psíquicos e defensivos), e as consequências das quais são envolvidos a doença, ou seja, o estresse, tensão e condições de trabalhos ruins tem sido um dos principais fatores causadores da Síndrome Burnout em profissionais da área da saúde, principalmente os de enfermagem.

Para o tratamento da Síndrome de Burnout é preciso que eles sejam abordados como problemas coletivos e organizacionais e não como um problema individual. Para os profissionais de saúde é preciso medidas como evitar o excesso de horas extras, proporcionar para as profissionais boas condições no trabalho, buscando o aperfeiçoamento desses profissionais darem suporte social as equipes de enfermagem, podendo ajudar a contribuir para a prevenção do Burnout.

Sendo assim, observou-se com o levantamento bibliográfico que a Síndrome de Burnout é um grave problema de saúde pública, principalmente em profissionais da área da enfermagem, deixando-os expostos aos fatores de risco podendo desencadear a síndrome. Contudo pode-se evitar a síndrome utilizando-se atividades preventivas e buscando a qualidade de vida desses profissionais, adotando medidas educativas dentro do âmbito de trabalho.

Referências

1. Glória ME, Marinho VL, Mota DS. Síndrome de Burnout nos profissionais da área de saúde. (Burnout syndrome in healthcare area professionals). Revista Amazônia Science & Health. [Online] 2016. Disponível em: <https://scholar.google.com/> . Acesso em: 11 junho 2018.
2. Oliveira RKM et al. Síndrome de Burnout em enfermeiros: uma revisão integrativa. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2013; 5(1): 3168-3175.
3. Rissardo MP; Gasparino RC. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. Esc. Ana Nery, São Paulo, v.17, n.1, p.128-132, jan-mar. 2013. Disponível em: <http://www.readcube.com>. acesso 20 de outubro de 2018.
4. Kovaleski DF, Bressan A. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. Rev. Saúde e Transformação Social. v. 3, n. 2, 2012. Disponível em: <http://periodicos.incubadora.ufsc.br>. Acesso em 18 de setembro 2018.
5. Franca FM, Ferrari R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócios demográficos em profissionais de enfermagem. Acta paul. enferm. São Paulo, 25(5): 743-748 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso 17 de outubro de 2018.

6. Moreira DS et al. Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1559-1568. julho 2009.
7. Pereira MR, Cristina RG. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso 20 de outubro de 2018.
8. Albieri DJ, Carmo MLH, Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 18 de outubro de 2018
9. Maria et al. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso 20 de agosto de 2018.
10. Frazão A. Tratamento para a Síndrome de Burnout. Disponível em: <http://www.tuasaude.com>. Acesso 20 de out. de 2018.
11. Rocha FF, Santos GS, Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. Disponível em: <http://idmed.terra.com.br>. Acesso em: 06 out. 2018.

16.ATENÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES¹

Edna Aparecida Pereira Pedrosa Almeida²

Paola Amanda Lima Souto³

Me. Alexsandro Barreto⁴

Resumo⁵

O presente trabalho se desenvolveu com objetivo de analisar as principais potencialidades e limitações do enfermeiro na consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF). Método: Pesquisa descritiva e qualitativa por meio de revisão de literatura, tendo como palavras-chave: enfermagem, ESF e atenção primária. Resultados: Foram gerados 114 artigos nas bases de Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Após exclusão por não atenderem as nossas necessidades, foram analisados 17 artigos. Conclusão: A assistência é prestada pelo enfermeiro juntamente com a equipe, sendo que a equipe mínima é formada por: 1 enfermeiro, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem, 1 médico generalista ou especialista em saúde da família e agentes comunitários de saúde. A enfermagem realiza consultas de pré-natal (gestantes), de puericultura (crianças), saúde da mulher (PAISM) e HIPERDIA (hipertensos e diabéticos). Assim como potencialidades, os enfermeiros também apresentam algumas limitações, tais como: despreparo ao atender idosos e pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave: ENFERMAGEM. ESF. ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Abstract

The present work was developed with the objective of analyzing the main potentialities and limitations of nurses in the nursing consultation in the Family Health Strategy (ESF). Method: Descriptive and qualitative research through literature review, having as key words: nursing, ESF and primary care. Results: 114 articles were generated in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Database of Nursing (BDENF) databases. After exclusion because they did not meet our needs, 17 articles were analyzed. Conclusion: The assistance is provided by the nurse together with the team, and the team is made up of: 1 nurse, 1 auxiliary or nursing technician, 1 general practitioner or family health specialist and community health agents. Nursing performs prenatal consultations (pregnant), puericulture (children), women's health (PAISM), and HIPERDIA (hypertensive and diabetic). As well as potentialities, nurses also present some limitations, such as: unprepared care for the elderly, and people with mental disorders.

Keywords: Nursing. ESF. Primary attention

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Graduanda em Enfermagem

³ Graduanda em Enfermagem

⁴ Docente da faculdade Sena Aires

⁵ Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

Introdução

A proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o modelo assistencial brasileiro para Atenção Primária à Saúde (APS), como forma de reorganização e reorientação dos serviços das práticas profissionais. O Sistema Único de Saúde (SUS) representa porta de entrada prioritária em todo o País.

Esse processo gera uma transformação do modelo tradicional biomédico, com ações curativistas e individualizadas, para uma assistência focada na família e comunidade de forma integral e contínua centrada em ações de promoção, prevenção e recuperação. A equipe da ESF é composta por médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, o enfermeiro e um importante membro dessa equipe multidisciplinar, esse profissional é elo ativo no processo de consolidação da estratégia como política integrativa e humanizada da saúde, com atribuições como a supervisão e ampliação das atividades dos agentes comunitários da saúde e dos auxiliares de enfermagem.

O enfermeiro deve ter boa liderança, bom relacionamento, comprometimento e postura ética que é indispensável em suas práticas multidimensionais de cuidado e gerenciamento dos serviços de saúde¹.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi proposta pelo Ministério da Saúde para reorientação do modelo assistencial a partir da organização da Atenção Básica, com propósito de estabelecimento de vínculos e laços entre os profissionais de saúde e a população². Portanto, é considerada porta de entrada do sistema de saúde.

Em 1979, Wanda horta definiu a enfermagem como uma arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas. Além de capacitado para desenvolver ação de promoção e prevenção de saúde o enfermeiro da atenção básica deve ser capaz de gerenciar, planejar, organizar, supervisionar, desenvolver e avaliar ações que suprem as necessidades da comunidade³.

Método

Na elaboração deste trabalho, realizar-se-á a pesquisa de revisão de literatura nas quais será feito um levantamento do referencial teórico em periódicos de plataformas científicas, como: Biblioteca Virtual da saúde (BVS), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências de Saúde), BDNF (bases de cuidado de enfermagem), em um período de 2009 a 2018. A escolha dos artigos se dará através das obras de vários autores que se encontrarão os fomentos necessários para a elaboração teórica deste trabalho. Objetivando principalmente, encontrar as respostas mais efetivas para ajudar a entender, as possibilidades e dificuldades do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF). A presente pesquisa será realizada no período transcrito de 01 de maio de 2018 a 22 de novembro de 2018. Tendo como critério de inclusão, artigos disponíveis gratuitamente nas bases de dados citadas disponíveis no idioma português, publicado em um período de 2009 a 2018, e com critério de exclusão artigos que não atenderam o grau de informações necessário para elaboração da pesquisa, apresentando as mesmas informações. Serão utilizadas as seguintes palavras-chave; enfermagem, ESF e atenção primária.

Resultados

A assistência familiar e comunitária responde a um modelo orientado à racionalidade, eficiência e equidade. O papel do enfermeiro na atenção primária na comunidade devem ser reorientados para capacitar pessoas, familiares e comunidade a cuidarem de si mesmas, transformando a dependência em auto cuidado.

No Brasil, a prática do enfermeiro na atenção primária à saúde tem sido objeto de grande discussão a cerca das habilidades que atua nesse campo da área da saúde. A partir da regulamentação do sistema único de saúde (SUS) pela Lei orgânica 8.080/1990 e Lei complementar 8.142/1990, a reestruturação do modelo de atenção biomédica obtida, com foco em doenças de cura, para um sistema baseado no modelo de atenção primária.

Nesse sentido, a atenção primária a saúde configura-se como porta de entrada para os usuários. Essa atenção deve ser feita com base em quatro pontos básicos, que são o acesso por meio do primeiro contato com a população, a comunidade do cuidado, a integralidade do cuidado e a coordenação do cuidado dentro do sistema.⁴

O enfermeiro dentro da política e proposta ESF é caracterizado como o papel multifuncional, este profissional tem atribuição que vão desde assistência direta ao indivíduo até o gerenciamento de insumos necessários para o funcionamento da unidade. As ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde envolvem; a proteção e promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e manutenção da saúde⁵.

A assistência prestada pelo enfermeiro (a) é juntamente com a equipe, realizando ações voltadas para o paciente sadios e doentes, aumentando os cuidados as famílias de forma integral e continua. O estudo vem demonstrando que o trabalho na ESF está exigindo maior atuação das enfermeiras na assistência direta aos usuários, sendo que essas ações devem ser desenvolvidas em todas as fases do desenvolvimento humano desde a infância até a terceira idade. Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações (conforme protocolos e normativas), educação permanente, planejamento, gerencia e coordenação do serviço, juntamente com os demais profissionais da ESF. De acordo com a portaria 2488/GM 2011 são atribuições do enfermeiro.

I Realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, e quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, igrejas, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano;

II Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos e/ou normativas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do distrito federal, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços.

III Realizar atividades programadas e de atenção a demanda espontânea.

IV Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe.

V contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe.

VI Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS⁶.

Deve ficar entendido que a consulta de enfermagem é uma atividade legalmente reconhecida, sendo privativa do enfermeiro o que valoriza a autonomia deste profissional. Ao atuar na ESF o enfermeiro busca uma assistência integral a comunidade, devendo realizar ações de puericultura através da consulta que faz parte da atenção a saúde da criança conforme preconiza o Ministério da Saúde. Nessa consulta é preciso avaliar o peso, altura desenvolvimento, neuropsicomotor, vacinação, estado nutricional, bem como orientações a mãe ou responsável, e também registrar no cartão da criança sobre o crescimento e desenvolvimento desta. Além das consultas de puericultura o enfermeiro atua também com adolescentes, sendo necessário realizar ações que entendam as necessidades de saúde dessa

clientela específica, por meio de consulta de enfermagem visita domiciliar e atividades em grupos. Por isso a consulta de enfermagem a esse público não se deve restringir a uma demanda espontânea ou em um atendimento qualquer não programado, mas sim observando as necessidades desse público programando e priorizando as principais precariedades do adolescente⁷.

Com a criação do programa de atenção integral a saúde da mulher, a enfermagem também realiza ações à saúde da mulher em todas as faixas etárias, com destaques as consultas de pré-natal (de baixo risco), e mulheres no climatério, por tanto no que diz respeito a mulher no climatério há uma baixa procura do serviço por parte das idosas existindo uma barreira. As atividades desenvolvidas pelas enfermeiras na gestão da assistência a mulher se dividem por faixa etária sendo elas: mulher na adolescência; ações educativas, consulta de enfermagem, orientação para planejamento familiar (métodos contraceptivos), realizações de exame de citologia oncológica, atualização do calendário vacinal, acompanhamento do pré-natal; mulher no pré-natal de baixo risco, consulta de enfermagem pré-natal, palestras educativas, solicitação de exames de rotina, imunização, grupos de gestantes, encaminhamento a outros profissionais, serviços especializados e maternidade, realização de exames de citologia oncológica, visita domiciliar, prescrição de medicamentos padronizados para o programa de pré-natal e protocolo de abordagens crônicas das DSTs; Mulher no puerpério: visita domiciliar consulta puerperal, orientações para planejamento familiar (métodos contraceptivo), palestras educativas, imunização, retirada de pontos da episiorrafia ou ferida operatória, curativos da ferida operatória, praticam integrativas complementares (PIC): Mulher no climatério: atividades educativas, encaminhamento para realização de exames e para especialistas, consulta de enfermagem, realização de exames de citologia oncológica, grupo de idosos, acompanhamento da terapia hormonal, praticas integrativas, acompanhamento complementares (PIC), grupos de prevenção, e também os grupos de prevenção de controle de câncer uterino, mama e de DSTs. Consulta com realização de exames de citologia oncológica, exame das mamas e orientação sobre o autoexame, atividades educativas, encaminhamento para ultrassonografia ou mamografia, solicitação de colposcopia, busca ativa para rastreamento, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis DSTs, atividades educativas encaminhamento para exames, testes rápidos e serviços de referencias, distribuição de métodos contraceptivos, orientações individuais, consulta de enfermagem com realização de exames de citologia oncológica e acompanhamento de tratamento de imunização⁸.

O sentido vivido pela enfermeira no cuidar da pessoa idosa na ESF revela a necessidade de direcionamento tanto na consulta de enfermagem quanto em capacitação pois as enfermeiras da ESF precisam de conhecimento específico em cuidar da pessoa idosa, pelo o fato de durante a consulta não seguirem o roteiro apropriado, e também não terem a rotina mas voltada para o programa de HIPERDIA (hipertensão e diabetes), no qual são assistidos os indivíduos hipertensos e/ou diabéticos de todas as faixa etárias, o programa HIPERDIA esta estruturado para atender os hipertensos e/ou diabéticos. As enfermeiras de um município da Bahia reportam a descontinuidade do estudo nessa área durante a prática profissional justificando que a atenção básica oferece cursos sobre o planejamento familiar, saúde da mulher, saúde da criança, pôr nada voltado para capacitação em saúde da pessoa idosa⁹.

Foram encontradas algumas limitações no presente estudo em um dos artigos a enfermagem se sente limitada na consulta preventiva de câncer de colo uterino, pois

dependendo do resultado desse exame, a paciente pode necessitar ou não de uma consulta médica, a enfermeira fica com atendimento de alguns casos sem riscos¹⁰.

Em outro artigo as enfermeiras relatam dificuldade em lidar com a pessoa com transtorno mental (PTM), eles referiram não se sentirem aptos pela falta de preparação (curso de capacitação e treinamentos)¹¹. Ainda com as limitações, o autor de um estudo realizado em Uberaba-mg sobre úlcera venosa (UV) a maioria dos profissionais de enfermagem demonstraram baixo conhecimento sobre úlcera venosa e também confundiam úlcera venosa com úlcera por pressão sendo que o problema da deficiência do conhecimento específica influencia na escolha da conduta, e prolongando a cicatrização e diminuindo o poder de resolutividade da ABS (atenção básica de saúde)¹². A consulta de enfermagem tem seu potencial reduzido mediante o grande número de interrupção gerada pela excessiva procura de usuários e/ou profissionais por falar como enfermeiro para resolução de atendimento não programado como: renovação de receitas, solicitação de exames, adiantamento de trabalho médico reduzindo a qualidade do cuidado desenvolvido pelo enfermeiro⁴.

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro são identificadas as potencialidades e limitações da consulta de enfermagem, potencialidades: acolhimento, vínculo, cuidado baseado em uma visão integral do indivíduo desenvolvimento de um planejamento de cuidado participativo como outro, educação em saúde, autocuidado. Limitações, processo acelerado de trabalho interrupções no momento da consulta, excesso de demanda espontânea, falta de adesão aos pacientes, não reconhecimento social do profissional enfermeiro.⁴

Discussão

Essa pesquisa nos mostrou várias percepções diferentes onde alguns artigos nos falam sobre potencialidades, e outras limitações. Para alguns enfermeiros a profissão de enfermagem não tem o reconhecimento merecido por parte dos pacientes e também dos profissionais, sendo que outro artigo também analisado fala que a enfermagem vem se valorizando cada dia mais, são opiniões diversas, mas embasadas no convívio diário desses profissionais em estados diferentes do Brasil.

Conclusão

O enfermeiro na estratégia de saúde da família (ESF) tem um papel fundamental, pois suas atribuições estão ligadas diretamente com o paciente e também com a unidade. Este profissional trabalha juntamente com a equipe multiprofissional, o enfermeiro realiza consulta de enfermagem tendo como público alvo criança, gestante, idosos (mulheres no geral). A enfermagem vem se valorizando cada dia mais pelo o avanço de suas competências e também reconhecimento e respeito pela sua comunidade, e certo que uma grande porcentagem de enfermeiro na ESF tem limitações, como despreparo com a consulta dos idosos por não terem um treinamento ou roteiro para o norteamento da consulta, com os cuidados a serem prestados em pessoas com transtornos mentais, também sentem falta de uma capacitação específica, e também em um dos artigos citados sobre úlcera venosa conhecimento por parte dos enfermeiros (quase todos) estão confusos uma vez que confundem úlcera venosa com lesão por pressão e dificultando o tratamento.

Este profissional enfrenta limitações na realização de suas tarefas no momento em que são interrompidos no atendimento e/ou consultas pacientes, pois acontece com grande frequência essas interrupções por parte da procura por usuários até mesmo por outros profissionais da unidade, infelizmente essa classe profissional não

tem o reconhecimento por parte da comunidade e as vezes também da própria equipe da ESF.

Referências

1. Pedraza DF, Queiroz D, Sales MC, Menezes TN, et al. Caracterização do enfermeiro do núcleo de apoio a saúde da família na atenção primaria. Rev. ABCS Health Sciences. Campina Grande. 2018,43(2)77,88.
2. Schmith MD, Lima MADS, o enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso Rev. Enferm. UERS, Rio de Janeiro, 2009 Abr/Jun, 17(2):252.6.
3. Freitas GM, Santos NS. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa da literatura. Rev. Recon, Enfermcent. O. MIN.2014 Maio/Ago, 4(2): 1194.1203.
4. Marziale MHP, Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. Rev. latinoamericano de enfermagem. 9(3) 30 de maio 2018.
5. Matumoto S, Fortuna CM, Suemi KL, Martins MS, Bistafa PMJ, A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. Rev. latino-americano de enfermagem 19(1) 30 de maio de 2018.
6. Amaral IBST. A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família na cidade de Rio de Janeiro. Um recorte da prática em quatro unidades de atenção. Rev. UFF Universidade Federal Fluminense. Niterói 2015.
7. Colomé ICS. Prática clínica das enfermeiras na estratégia saúde da família, exercendo a clinica do cuidado. Rev. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre 2018.
8. Chagas FSR. A prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação em saúde: a ESF como arco íris de possibilidade. Niterói, RJ. 2014. Dissertação mestrado profissional em ensino na saúde, Universidade Federal Fluminense.
9. Fernandes LTB, Abreu SS, Romão TA, Araújo EMNF, Costa MBS, et al. atuação do enfermeiro no gerenciamento do programa de assistência integral a saúde da mulher. Rev. Brasileira de Ciência da Saúde. Vir, 20. Nº 3. PG. 219-226- 2016.
10. Oliveira MAS, Menezes TMO. Enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos vividos. Rev. Enferm UERJ. Rio de Janeiro 2014 jul/ago 22(4): 513-8.
11. Paino M. assistência de enfermagem as pessoas com transtornos mentais e as famílias na atenção básica. Rev. Acta Paul Enferm. 2012. 25(3):346-51.
12. Reis DB, Peris GA, Zuffi FB, Ferreira LA, Poggetto MTD. et al. Rev. Reme. 2013 jan/mar. 17 (1) 101-106.

17. PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PRÁTICA ONCO-PEDIÁTRICA.¹

Gabriela S. Brandão de Sousa²
Luciana Fernandes Maracaípe³
Isabela A. Albuquerque⁴
M^a.Alexsandro Barreto Almeida⁵

Resumo⁶

O cuidar em oncologia pediátrica é desafiador, pois requer, além de recursos materiais e terapêuticos específicos, uma equipe multidisciplinar atenta para o que se passa no universo infantil. Exige profissionais com responsabilidade, compromisso, preparo e sensibilidade para cuidar da criança que ali se encontra doente. Apresenta-se como objetivo analisar artigos que contenham pesquisas acerca da formação do enfermeiro e nas dificuldades encontradas por enfermeiros oncopediátricos na vida profissional. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica integrativa de abordagem qualitativa. Observou-se que a maioria das universidades brasileiras seguem o mínimo exigido da grade curricular de enfermagem, e isso acarreta consequências para os egressos recém-formados, ainda sem especialização que tentam entrar no mercado de trabalho oncológico. Os que conseguem ingressar e não estão totalmente preparados para a realidade da oncologia-pediátrica, durante o curso generalista, tem como incentivo e gastos extras dentro do mercado de trabalho, os estudos continuados oferecidos pelos contratantes e podem também ter como consequência em suas vidas, doenças ocupacionais.

Palavras-chave: ENFERMEIRO. ONCOLOGIA. PEDIÁTRICA. CONCEPÇÃO DO ENFERMEIRO. DIFICULDADES ONCOLÓGICAS. ESTRESSE PROFISSIONAL.

Abstract

Care in pediatric oncology is challenging, as it requires, in addition to specific material and therapeutic resources, a multidisciplinary team attentive to what is happening in the children's universe. It requires professionals with responsibility, commitment, preparation and sensitivity to care for the child who is sick there. The objective of this study is to analyze articles that contain researches about nursing education and the difficulties encountered by Onco- pediatric nurses in professional life. This was an integrative bibliographic research of qualitative approach. It was observed that most Brazilian universities follow the minimum required of the nursing curriculum, and this leads to consequences for newly graduated graduates Still without specialization trying to enter the oncological labour Market. Those who can enter and are not fully prepared for the reality of Oncology- Pediatric, during the course, has as incentive and extra spending within the labor market, the continued studies offered by the contractors and may also have as a consequence in their lives, occupational illnesses.

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Acadêmica de Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

³ Acadêmica de Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

⁴ Enfermeira, pós-graduada em obstetrícia.

⁵ Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade Sena Aires

⁶ Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

Keywords: NURSE. ONCOLOGY. PEDIATRIC. CONCEPTION OF THE NURSE. ONCOLOGIC DIFFICULTIES. PROFESSIONAL STRESS.

Introdução

O câncer infantil corresponde um grupo de doenças (tumores sólidos e doenças sistêmicas) que tem em comum a proliferação desordenada e descontrolada de células anormais, comprometendo tecidos e órgãos. A neoplasia na infância suscita mudança repentina e drástica na rotina da vida, desde o diagnóstico e o tratamento até o desfecho imprevisível da cura ou impossibilidade destas.¹

A assistência em oncologia desenvolve-se pelo cuidado preventivo, curativo e paliativo. As crianças em tratamento oncológico necessitam de um tratamento humanizado, que cuide não só de seu corpo biológico, mas também da sua subjetividade, com isso, a assistência de enfermagem se configura como um importante instrumento na efetivação desse processo. A Assistência de Enfermagem deve ser pautada em habilidades humanísticas, intuitivas e de relacionamento interpessoal e de fundamental importância, pois permite o enfrentamento do medo e da ansiedade pela criança em tratamento causado pelas adversidades da hospitalização.¹

No que concerne à oncologia pediátrica, é necessário congregare esforços para uma participação mais efetiva dos profissionais de saúde no diagnóstico precoce, no controle da doença e na melhoria da qualidade da assistência prestada. Existe uma lacuna considerável na capacitação em oncologia, cuja base é a graduação, já que a maioria dos cursos de enfermagem, geralmente, não oferece um aprofundamento importante nessa área²

No ambiente laboral, o estresse de enfermeiro pode decorrer da relação entre a notável responsabilidade e limitada autonomia de interferir na produtividade desses profissionais. Compreende-se que o estresse é um fenômeno complexo que, pode causar mudanças fisiológicas psicológicas, emocionais e comportamentais.³ A morte apesar de inevitável em algum momento da vida do ser humano, não é uma questão simples de ser discutida uma vez que, em nossa cultura, muitas vezes é representada pelo pavor e pela não aceitação⁴

Ao se deparar com esse ambiente, o enfermeiro deve buscar artifícios para cuidar com arte, habilidade empática e muita criatividade. Ademais, o diagnóstico de câncer envolve sentimentos próprios de sofrimento que trazem mudanças profundas na vida das crianças e de suas famílias, por isso, os aspectos socioculturais, emocionais e espirituais devem ser passíveis de cuidados e intervenção, como contextos decisivos na evolução da patologia.⁵ A dicotomia presente entre teoria e prática pode ser afirmada sob a suposição de que o ensino e enfermagem não prepara suficientemente o enfermeiro para o seu exercício profissional e não atende às exigências atuais do mercado de trabalho.⁶

O presente artigo justifica-se devido o déficit na aprendizagem durante o curso de enfermagem não se aprofundar o bastante no tema oncológico ou oncopediátrico, assim interferindo na vida profissional do enfermeiro que escolhe a área, apresenta-se como objetivo mostrar as dificuldades encontradas por enfermeiros oncopediátricos em relação ao tratamento e cuidados, mercado de trabalho e de lidar com os aspectos psicológicos decorrentes da doença.

Método

Processo de formação do enfermeiro na prática oncopediátrica foi analisado por meio de revisão descritiva de literatura de artigos científicos com abordagem

qualitativa utilizando as bases de dados PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health) e Google Scholar. Foram utilizados os descritores "enfermeiro" "oncologia" "pediátrica" "concepção do enfermeiro" "dificuldades oncológicas" "estresse profissional". Na pesquisa foram incluídos apenas artigos científicos publicados no período de 2006 a 2018 e no idioma português. Foram excluídos artigos acadêmicos o contrário dos critérios de inclusão. No total foram encontrados 25 resultados, sendo selecionados e analisados 12 artigos que se adequaram ao tema, sendo os outros excluídos por serem monografia, dissertação, tese ou não estarem disponíveis na íntegra.

Resultados e discussão

O perfil do formando egresso/profissional descrito nas diretrizes curriculares é: Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de reconhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.⁷ O que nos leva a questionar, quais tem sido os compromissos firmados pelas

instituições de ensino, referentes a diretriz curricular nacional? Esse enfermeiro generalista está apto para o mercado de trabalho e para exercer a profissão com as demandas prevalentes na região que atua?

Nesse sentido levamos o questionamento para a área oncológica, o quanto esse enfermeiro generalista formado por instituições nacionais, seguindo as diretrizes nacionais, tem contato com o ambiente oncológico? O quanto ele sabe sobre tratamentos, medicações, modos de lidar com situações de sofrimento ou perda de pacientes, ainda mais em áreas oncopediátricas, a base comum curricular não obriga as instituições a darem esse contato direto com áreas específicas, pois cabe ao estudante procurar uma especialização quando terminar o ensino superior.

Os relatos das enfermeiras acerca do ensino da oncologia, na grade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, demonstram que esse ainda é escasso ou bastante limitado, o que implica dificuldades de atuar na área e de produzir um cuidado ampliado à criança com câncer a partir do ensino da graduação, como relatado a seguir:

[...] quando eu me formei eu não paguei **[coursei]** oncologia prática, só paguei **[coursei]** oncologia na teoria, a gente sabe que é muito diferente [...] você não se sente preparada [...] tinha dificuldade nos nomes, você não sabe o que é que vem primeiro, a ordem da infusão dos quimioterápicos (E2); [...] eu entrei aqui **[serviço de oncologia pediátrica]**, sem nenhuma informação de como era, o que eu estava fazendo, como era que eu ia fazer [...] para que servia aquela medicação que estava sendo feita (E3).²

Mesmo as pessoas que possuem a matéria na grade curricular encontram grande dificuldades no mercado de trabalho, pois o que é oferecido na instituição e ensino não é nem o básico de um tratamento oncológico.

Em 1987, durante o 1º Simpósio brasileiro sobre educação em cancerologia, realizado em Brasília, Formou-se a Comissão Nacional para o Ensino de Cancerologia nos cursos de graduação em Enfermagem, na qual foi elaborado o documento "Ensino da Cancerologia nos Cursos de Graduação em Enfermagem". Após esse documento inicial, foram realizados seminários sobre o ensino da

cancerologia nos cursos de graduação em enfermagem, que debateram estratégias para operacionalizar a proposta, e alguns avanços, foram identificados, entre os quais, a inclusão de experiências práticas em ações de promoção, prevenção e detecção precoce do câncer. Porém, não houve a continuidade necessária para que esses movimentos tivessem prosseguimento.⁶ O processo evolutivo da profissionalização do Enfermeiro no Brasil tem sido dirigido e comandado pelos modelos de currículos mínimos obrigatórios, legalmente determinados, nem sempre consoantes à realidade do país.⁸

O enfermeiro que atua na oncologia detém um conhecimento técnico-científico complexo, específico e essencial para sua prática. O cuidado nessa área demanda tempo e dedicação e inclui o componente ético e emocional, o aspecto cognitivo, a percepção, o conhecimento e a intuição.²

Desse modo, é fundamental que as Instituições de Ensino repensem suas estratégias e prioridades para a formação de novos profissionais que prestarão assistência a uma população que cresce rapidamente e que cada vez mais procura os serviços de saúde para o atendimento de suas necessidades. Portanto, é imprescindível uma reflexão acerca da formação inicial do enfermeiro.⁸

A transição entre universidade e mercado de trabalho também é desafiador, para os egressos recém-formados, pois entra em discussão ansiedade, capacidade, responsabilidade atribuídas ao enfermeiro e falta de experiência.

Diante disso, as Instituições de Ensino Superior (IES) vêm repensando a formação dos enfermeiros, com intuito de adequar os Projetos Pedagógicos (PP), conforme preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (2001), em que é estabelecido como perfil do profissional/egresso um “Enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica, reflexiva” e que possua como competências gerais a capacidade de atenção à saúde, tomada de decisões, habilidade de liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.⁹

Mesmo com esse cenário, ainda é muito escasso estudos sobre o assunto, o que nos faz pensar se essa PP ou as diretrizes necessitam de mudanças. Além da dificuldade de inserção no mercado de trabalho, dúvidas sobre como lidar com situações que deveriam ser básicas no Ensino Superior de Enfermagem, como tratamentos oncológicos, cuidados a pacientes terminais, ciclos quimioterápicos, os egressos de enfermagem não são preparados a lidar com certas situações.

Os enfermeiros sentem-se despreparados para trabalhar com a criança e a família durante o processo de morte. A falta de conhecimento teórico sobre o assunto, bem como o despreparo para ajudar a criança e a família no enfrentamento da morte, deixa os profissionais inseguros. Eles sentem-se responsáveis pela promoção da morte digna, mas nem sempre conseguem proporcioná-la à criança.¹⁰

... muitas vezes não acontece por falta de preparo porque o profissional é jogado na oncologia e não sabe lidar com a morte, também não recebe nenhum preparo para isso, então as pessoas fogem, cada um tem suas defesas né... (E6).¹⁰

Frequentemente, o profissional recém-graduado sente-se incapaz e, com isso, insatisfeito com seu trabalho, pois nem sempre consegue realizar com êxito a função que é de sua competência, nem mesmo se acha capacitado para assumir determinados cuidados para com seu paciente, pela falta de habilidade, medo de errar² e insegurança para iniciar determinados procedimentos, gerando situações que causam angústia e ansiedade.¹¹

Essa realidade pode acarretar muitas consequências, uma delas sendo as doenças ocupacionais. O desgaste emocional das pessoas, em suas relações no ambiente de trabalho, constitui fator muito significativo na determinação de transtornos relacionados ao estresse, como é o caso das depressões, ansiedade patológica, pânico, fobias, doenças psicossomáticas, dentre outras.¹²

Os enfermeiros, frente a essas situações encontradas em seu cotidiano, devem estar atentos para que toda essa carga de emoções e sentimentos que se apresentam como verdadeiros desafios para o exercício profissional não afete a manutenção da sua integridade física e psicossocial e comprometa a qualidade da assistência prestada.¹³

O estresse possui também papel desencadeador de angina, infarto e morte súbita, uma vez que aumenta a secreção de catecolaminas, elevando assim a pressão arterial, frequência cardíaca, lipídios séricos e a agregação plaquetária, facilitando, com isso, a formação de trombo arterial.¹³

Estudo realizado em Londrina-PR com enfermeiros recém-formados refere que, dos 15 entrevistados, três enfermeiros relataram que não se sentiram preparados para a função, alegando que o fator principal do despreparo foi a insegurança gerada no início da carreira. Dos três enfermeiros que responderam que se sentiram parcialmente preparados na época do primeiro emprego, dois alegaram que alguns conteúdos não foram abordados na graduação ou que faltou aprofundamento em alguns temas. Apenas um relatou que se sentiu preparado, porém com alguns receios.¹¹

Entretanto, as pessoas diferem quanto à sua forma de reagir aos desafios impostos pela vida. Enquanto algumas são capazes de superar uma perda altamente significativa, outros podem dar início a um transtorno psiquiátrico diante de um acontecimento estressante de menor gravidade. Assim, as variáveis individuais desempenham um papel decisivo na formação de um problema psicopatológico.¹⁴

Essa preparação para a realidade encontrada em um ambiente de estresse como a oncopediatria, é falha durante o curso de enfermagem, os egressos não são preparados psicologicamente para a realidade que encontrarão no mercado de trabalho, principalmente em relação a morte, sofrimento e de como lidar com a equipe multiprofissional.

Quando interrogados sobre as maiores dificuldades enfrentadas ao iniciara carreira profissional relataram: ¹¹

- *Realização de projetos, pois quando fiz o curso as pesquisas praticamente não existiam. Tive que estudar muito para superar falhas no aprendizado durante o curso.*
- *Liderança, óbito do paciente, relacionamento com família do doente.*
- *Aceitação por alguns funcionários, dificuldades de liderar por tratar todos com igualdade e vencer inseguranças por situações nunca vivenciadas.*¹¹

Em enfermagem, exercitar no âmbito de uma competência é permitir consolidar conhecimentos trazidos para a prática, isto é, relacionar os saberes as situações no contexto da prática.¹¹

Conclusão

Tendo em vista o levantamento e leitura dos artigos pesquisados, observou-se que existe pouco conteúdo produzido nos últimos doze anos, mas os artigos consultados para a confecção deste trabalho de revisão literária, mostram uma

igualdade de ideias no que se refere a ensino generalista do enfermeiro em relação a preparação para o campo de trabalho, a base comum curricular do ensino superior de enfermagem se mostra insuficiente para o enfermeiro entrar no mercado de trabalho, pois só é ensinado o mínimo exigido pelas diretrizes, formando assim profissionais que o mercado de trabalho rejeita e quando aceita o enfermeiro não sabe lidar com situações encontradas dentro de unidades de tratamento oncológicos pediátricos por exemplo. Dando assim força ao ensino continuado de uma especialização e até mesmo as próprias empresas oferecem cursos de educação continuada para que esse déficit de aprendizagem diminua. Os pontos positivos da pesquisa, foram que já foi criada uma Comissão Nacional para o Ensino de Cancerologia nos anos 70, que apoia a ideia de que os egressos de enfermagem deveriam ter mais contato com áreas específicas como o da oncologia, para que as dificuldades já encontradas no meio fossem assim amenizadas.

Dessa maneira podemos perceber que o aprimoramento é sempre necessário e deve ser buscado sempre tanto pelos profissionais já formados, quanto pelas Universidades que formam profissionais com a mínima condição de atuar na área oncológica, que poderiam criar projetos de extensão para quem tem interesse em atuar nessa área, ou também grupos de estágio com adaptações hospitalares durante o curso.

Referências

1. Neves JN, Mendes RG, Santos WL, Enfermagem em oncologia pediátrica; fatores de excelência na assistência integralizada. REVISA.
2. Amador DD. Gomes IP. Coutinho SED. Costa TNA Collet N. - Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer, Scielo, 2011.
3. Santos FD. Cunha MH. Robazzi MLCC. Pedrão LJ. Silva LA.; Terra FS. - O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura - SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed.port.) v.6 n.1 Ribeirão Preto 2010.
4. Santos, AF. Santos, MA. Estresse e Burnout no Trabalho em Oncologia Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura. Revista Psicologia: Ciência e Profissão, 2015.
5. Santos MR. Silva L. Misko MD. Poles K. Bousso RS - Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 2013.
6. Ito EE, Peres AM. Takahashi RT. Leite MM. ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. Rev Esc Enferm USP, 2006.
7. Nascimento LC. Oliveira FCS. Moreno MF. Silva FM.-Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia, Scielo, 2010.
8. Calill AM. Prado C.- O ensino de oncologia na formação do enfermeiro - Revista Brasileira de Enfermagem, v.62, n.3, p.467-470, 2009.
9. Jesus BH. Prado ML. Spillere LBB. Gomes DC. Canever BP.- Inserção no mercado

de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 17, núm. 2 Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

10. Souza LF. Misko MD. Silva L. Poles k. Santos MR., Bousso RS.- Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia, Rev Esc Enferm USP, 2013.

11. Souza FA. Paiano M. -Desafios e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem em início de carreira, Revista Mineira de Enfermagem, 2010.

12. Santos FD. Cunha MHF. Robaza MLCC. Pedrão LJ. Silva LA. Terra FS - O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura, SMAD, 2010

18. CONSULTA DE ENFERMAGEM: PROMOVENDO A AGILIDADE NO ATENDIMENTO À SAÚDE¹

*Deilson Pinho Gomes²
Nilma de Moraes Silva Alves³
Erci Gaspar da Silva⁴
Walquiria dos Lene dos Santos⁵*

Resumo⁶

A consulta de enfermagem tem um papel muito importante para a comunidade, pois é através dela que o profissional de enfermagem desenvolve em cada paciente hábitos saudáveis de autocuidado. Este estudo tem como objetivo analisar como os profissionais de enfermagem estão preparados ou capacitados para a realização da consulta de enfermagem, observar também como é a aceitação do paciente com relação às consultas de enfermagem e, por fim, avaliar os recursos materiais, físicos e humanos para a sua realização. Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualiquantitativa, o instrumento de coleta de dados foi estruturado por meio de questionários, um para o enfermeiro e outro para os usuários, em que questões identificaram as necessidades de ambos em relação à consulta de enfermagem. A amostra foi composta por enfermeiros e usuários das unidades de Estratégia de Saúde da Família e das unidades de emergência como UPA e Hospital. Verificou-se que tanto profissionais quanto pacientes têm consciência da importância de uma consulta de enfermagem, que ambos concordam que 20 minutos são suficientes para uma consulta e que as faculdades precisam abordar de forma mais enfática o tema Consulta de Enfermagem. Porém, para alcançar um nível de excelência, tanto profissionais quanto pacientes têm muito a percorrer.

Palavras-chave: ENFERMAGEM NO CONSULTÓRIO. ENFERMAGEM EM SAÚDE COMUNITÁRIA. AUTOCUIDADO.

Abstract

The nursing consultation has a very important role for the community, because it is through it that the nursing professional develops in each patient healthy self-care habits. This study aims to analyze how nursing professionals are prepared or trained to perform the nursing consultation, also to observe how the patient accepts the nursing consultations and, finally, to evaluate the material, physical and human resources for the its accomplishment. This is a cross-sectional study with a qualitative-quantitative approach. The data collection instrument was structured through questionnaires, one for nurses and one for users, where questions identified the needs of both in relation to nursing consultation. The sample consisted of nurses and users of the Family Health Strategy units and the emergency units such as UPA and Hospital. It was found that both professionals and patients are aware of the importance of a

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais.

² Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

³ Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

⁴ Docente da FACESA, Graduada em Pedagogia, Especialização em Língua Brasileira de Sinais, Gestão Administrativa em Pedagogia Hospital e Neuropsicopedagogia

⁵ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás.

⁶ Este artigo contou com a revisão linguística do professor Jonas Rodrigo Gonçalves e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

nursing consultation, that both agree that 20 minutes are sufficient for a consultation and that the faculties need to approach the nursing consultation topic more emphatically, but to achieve a level of excellence, both professional and patient, have a lot to go through.

Keywords: OFFICE NURSING. COMMUNITY HEALTH NURSING. SELF CARE

Introdução

A consulta de enfermagem tem um papel muito importante para a comunidade, pois é através dela que o profissional de enfermagem desenvolve em cada paciente hábitos saudáveis de autocuidado, este estudo tem como objetivo tratar da atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem, e como o paciente aceita esta consulta. A maior motivação para tal estudo se deu da minha própria experiência como paciente em não acreditar que o profissional de enfermagem tinha o conhecimento para tal ato, a principal dúvida era, ele tem mesmo capacidade de me avaliar ou aos meus filhos?

Nas unidades Básicas de Saúde é onde o enfermeiro tem a maior possibilidade de executar uma excelente consulta, pois é ali que tem maior contato com a população de um modo geral, na consulta não se trata apenas de dados fisiológicos, mas de um todo, sendo a atenção básica a porta de entrada do usuário no sistema essa consulta abrange também toda a família, desde a gestante onde se faz um pré-natal de baixo risco e dando continuidade ao crescimento e desenvolvimento do bebê, prevenções de câncer de útero e de mamas, cuidados com hipertensos e diabéticos, além dos idosos que através das consultas com o enfermeiro o ajuda na manutenção da sua autonomia.⁽⁴⁾

Pode-se afirmar que a consulta de enfermagem tem o objetivo de prestar assistência sistematizada de enfermagem, identificando os problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, é importante ressaltar que a própria Estratégia Saúde da Família - ESF serviu como fator de valorização da consulta de enfermagem, prestigiando-a e tornando-a mais frequente.⁽¹⁰⁾

A consulta de enfermagem é regulamentada pela lei de número 7.498 de 1986 e decreto número 94.406 de 1987, onde prevê que é privativa do enfermeiro e de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem COFEM, conforme resolução nº 358/2009, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida em todos os níveis de assistência à saúde tanto em instituições públicas quanto privadas.⁵⁻⁶⁻⁷

Método

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quali-quantitativa, o instrumento de coleta de dados foi estruturado por meio de questionários, um para o enfermeiro e outro para os usuários, onde questões identificaram as necessidades de ambos em relação a consulta de enfermagem. Foram entrevistados 25 enfermeiros e 25 usuários das Unidades Estratégia da Família e unidades de emergências como Hospital e UPA

Foi realizado um primeiro contato com a Secretária de saúde do com o pedido de autorização para a realização da pesquisa com os profissionais de enfermagem e os pacientes. Em seguida foi solicitada a assinatura do TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) somente participarão da pesquisa mediante assinatura deste termo.

Após a coleta foram realizados estudo quantitativo e descritivo, para a obtenção dos dados. Foram gerados gráficos para discussão dos dados alcançados. A pesquisa foi apreciada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Os preceitos Éticos a foram obedecidos e relacionados à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde serão criteriosamente obedecidos.

Resultados e discussão

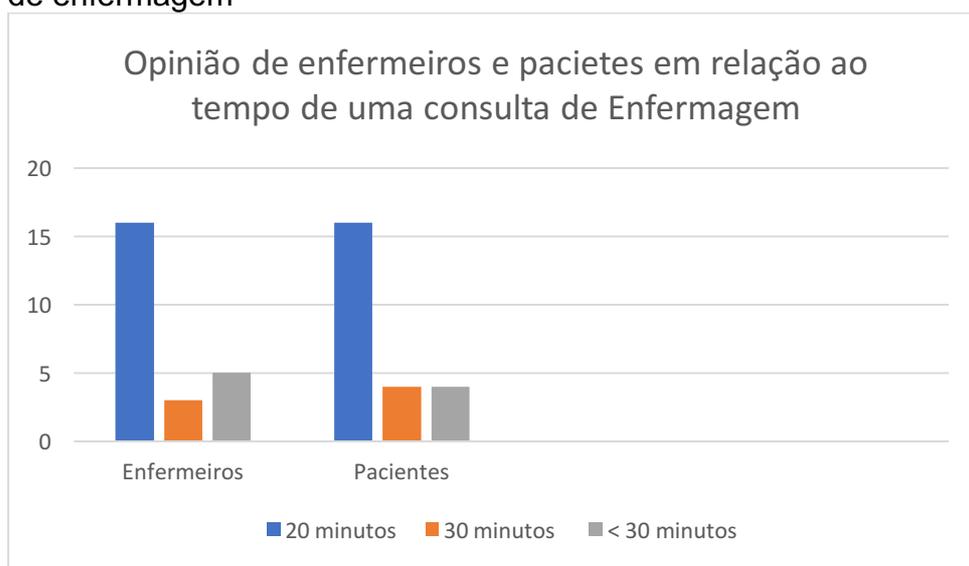
Tabela 1 – Total de entrevistados, classificados por sexo – 2018

Entrevistados	Total	Mulheres	Homens
Enfermeiros	25	23	2
Pacientes	25	18	7
Total	50	41	9

Na tabela 1 observa-se a quantidade de enfermeiros e pacientes que foram entrevistados classificados por sexo, é notório afirmar que a grande maioria de formandos na área de enfermagem é do sexo feminino, o mesmo pode-se dizer em relação aos pacientes que vão as unidades de saúde, na sua grande maioria observa-se que são as mulheres que procuram mais os cuidados com a saúde.

Com este estudo pode-se perceber que 100% dos enfermeiros entrevistados acreditam que a consulta de enfermagem é de suma importância para o bom atendimento ao paciente, ajudando assim o médico em sua conduta, portanto a consulta de enfermagem além de criar vínculo com o paciente e toda a sua família, promover o autocuidado, tirar dúvidas em relação ao seu problema, implementar cuidados de enfermagem para que este paciente possa ser reabilitado também serve de auxílio para o médico em sua consulta, tomar decisões.

Gráfico 1 – Opinião de enfermeiros e pacientes em relação ao tempo de uma consulta de enfermagem

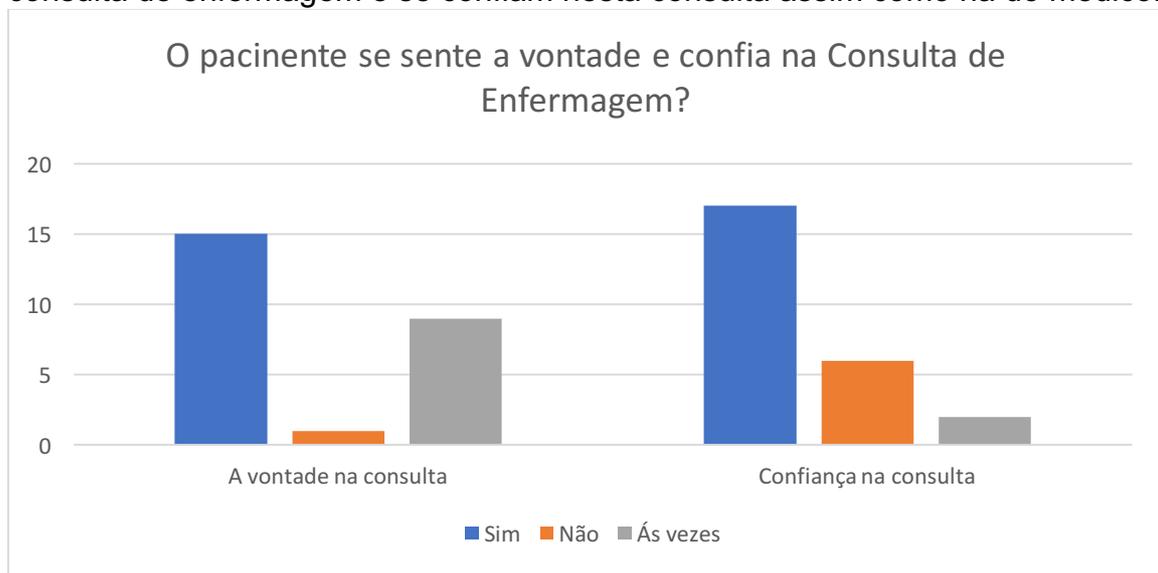


Com relação ao tempo de uma consulta de enfermagem, onde é preconizada pelo ministério da Saúde em sua portaria de número 1.101 de 12 de junho de 2002⁽⁸⁾ e Parecer CTAS número 14-2015 do COFEN,⁽⁹⁾ o tempo médio de 20 minutos por paciente, não se fazendo distinção se nova consulta ou de seguimento. Pelos números apresentados constata-se que tanto os profissionais quanto pacientes têm praticamente a mesma opinião. Dos enfermeiros entrevistados 16 (67%) acreditam

que 20 minutos são o suficientes para a realização da consulta, 3 (12%) acreditam que o tempo necessário seria 30 minutos e 5 (21%) falaram que o ideal seria entre 40 minutos e uma hora de duração e para os pacientes os mesmos 16 (68%) estão satisfeitos com os 20 minutos, 4 (16%) preferem um tempo maior e sugeriram 30 minutos e outros 4 (16%) dizem que 40 minutos seria o suficiente para uma boa consulta.

Para os enfermeiros entrevistados nem todos os pacientes se sentem à vontade diante de uma consulta de enfermagem, fazendo assim com que esses profissionais tenham suas maiores dificuldades durante a consulta, pois a resistência do paciente em se abrir para o enfermeiro, talvez por insegurança ou confiança neste profissional, foram os relatos mais encontrados durante as entrevistas, mas por outro lado afirmam que após adquirirem confiança, geralmente depois da segunda consulta, essa resistência tende a diminuir ou até mesmo desaparecer.

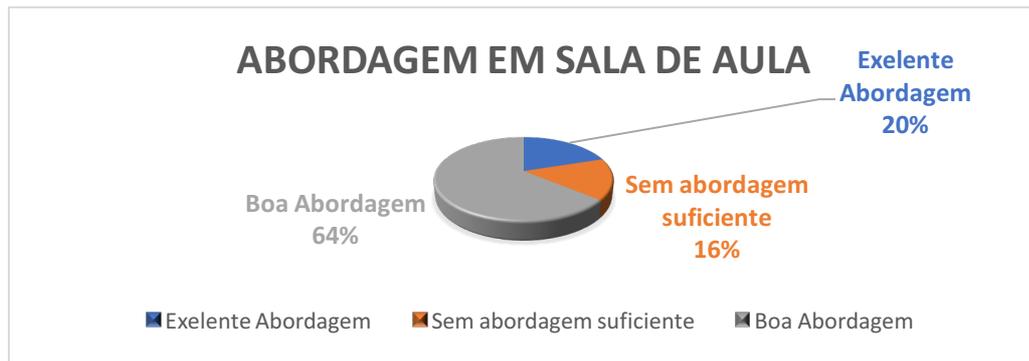
Gráfico 2 – Opinião dos enfermeiros, se o paciente se sente à vontade diante da consulta de enfermagem e se confiam nesta consulta assim como na do médico.



O gráfico 2 nos mostra que grande parte dos pacientes na opinião dos enfermeiros entrevistados sentem-se à vontade em uma consulta de enfermagem e sentem confiança nesta consulta, isto pode ser observado pelos números apresentados, sentem-se à vontade diante da consulta 15 (65%), acham que os pacientes não se sentem à vontade 1(4%) e 7(31%) dos enfermeiros informaram que só as vezes os pacientes se sentem à vontade. Em relação a confiança 17 (68%) acham que o paciente tem confiança na consulta com o enfermeiro, 6 (24%) informaram que o paciente não tem confiança e apenas 2 (8%) só as vezes se sentes confiantes diante da consulta.

Um outro ponto muito importante com relação a este assunto é com a abordagem feita pela faculdade sobre consulta de enfermagem.

Gráfico 3 – Opinião dos enfermeiros em relação a abordagem da consulta de enfermagem em sala de aula.



Apenas 5 (20%) dos profissionais informaram terem tido uma excelente abordagem em sala de aula, 4 (16%) falaram que não tiveram abordagem suficiente em sala e a grande maioria 16 (64%) dos profissionais informam uma boa abordagem, mas com uma ressalva de que poderia ter mais treinamento em sala. Estes enfermeiros apontam como essencial para uma boa consulta de enfermagem o profissional ter uma educação continuada sobre o tema.

A educação é um ato permanente, sendo assim, é sempre presente a necessidade de se pensar o preparo técnico e científico do enfermeiro, precisa-se inserir no profissional que a qualificação é essencial para o cotidiano da prática da enfermagem. Para tal a implantação ou implementação da educação continuada em saúde nas instituições com a participação dos gestores, profissionais de saúde e órgão formador é fundamental para que a qualificação dos profissionais seja efetiva. A consulta de enfermagem deve ser enfatizada na formação do enfermeiro, considerando ser uma ação assistencial do enfermeiro, na qual otimiza a prestação do cuidado deste profissional e estimula a criatividade, valorizando a singularidade do cliente. A consulta de enfermagem precisa estar inserida no projeto de formação a ser fomentado por todas as disciplinas envolvidas com a formação do enfermeiro. ⁽¹¹⁾

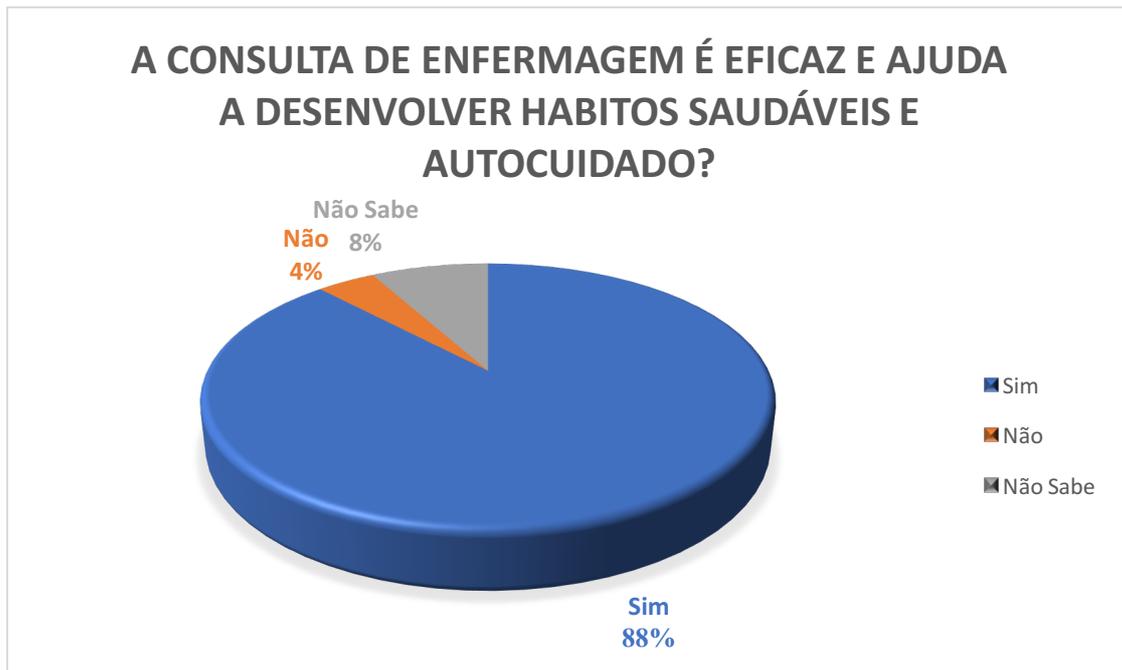
Quanto a materiais e local apropriado para a consulta os enfermeiros informaram que nos últimos tempos não tem tido problema em relação a isso, sempre tem uma sala apropriada para a consulta e os materiais básicos necessários também existem.

Por fim, esclarecem que para uma excelente consulta de enfermagem, que inclui uma boa anamnese do paciente o profissional necessita ter, além do conhecimento técnico e científico que são imprescindíveis, calma para lidar com o paciente, está atento às suas queixas e usar os passos da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) que é o histórico do paciente, fazer o diagnóstico de enfermagem, planejar como cuidar desse paciente, implementar o cuidado e avaliar se esse cuidado foi suficiente para a reabilitação do paciente. ⁽¹²⁾

Analisando o ponto de vista do paciente em relação à consulta de enfermagem, pode-se perceber que apesar de acharem que a consulta é importante para eles e que os enfermeiros estão preparados para exercer tal procedimento, nem todos, 16% dos entrevistados ainda não se sentem à vontade diante do enfermeiro em uma consulta, principalmente quando este lhe prescreve algum medicamento, lembrando que o enfermeiro só pode prescrever quando estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada por instituição de saúde, conforme Lei nº 7.498/86. ⁽⁵⁾

Segundo esses mesmos entrevistados, uma grande parcela da população, ainda não tem confiança quando atendidos por um enfermeiro em uma consulta, pois acham que os enfermeiros são apenas auxiliares dos médicos.

Gráfico 4 – Para o paciente a consulta de enfermagem é eficaz e os ajuda a desenvolver hábitos saudáveis e autocuidado?



No gráfico 4 constatamos que para o paciente a consulta de enfermagem lhes ajudam a desenvolver bons hábitos e o autocuidado, analisando os números temos, sim ajuda 22 (88%), não ajuda 1(4%), não sabe responder 2 (8%).

Considerações finais

Após a realização deste estudo, pode-se observar que apesar da consulta de enfermagem já está engajada, principalmente na atenção básica, ainda tem muito o que caminhar para se tornar imprescindível entre a população, foi verificado que os profissionais de enfermagem tem o conhecimento científico para exercerem uma boa consulta, mas como os próprios relatam que precisa mais, educação continuada, além de boa vontade e motivação para serem excelentes.

As faculdades também poderiam melhorar a abordagem que fazem sobre o assunto deixando assim o profissional recém-formado mais confiante para começar o exercício da sua profissão. Observou-se que muita coisa tem mudado para melhor, com relação a local para a consulta pode-se constatar que todas as unidades de saúde contam com salas que contem mesa, cadeira e maca para o exame de pacientes, e materiais como esfigmomanômetro, estetoscópio paletas e materiais utilizados em exames como o citopatológico, sabe-se que talvez não seja em todas as unidades do Brasil que isto aconteça, pois existem locais muito precários.

Para a população a consulta de enfermagem ainda tem muito o que melhorar, pois para muitos o enfermeiro é apenas um auxiliar do médico. É a isso que este estudo se propõe, que a consulta de enfermagem seja mais divulgada e que os profissionais se empenhem mais em cativar o paciente e sempre estejam se atualizando para cada vez mais terem o conhecimento necessário para serem os melhores.

Referencias

1- Estudante, Nível Médio Completo. Trabalha na Empresa TALENTEC Ltda. Brasília, DF, Brasil. e-Mail: deilsong@hotmail.com

2- Técnica em Enfermagem, Nível Técnico. Trabalha no Hospital Santa Luzia. Brasília, DF e-Mail: nilmamoraes1234@gmail.com

3- Enfermeira, Especialista em Enfermagem. Professora na Faculdade de Ciência e Educação Sena Aires. Goiás, GO, Brasil. e-Mail: erci-gaspar@hotmail.com

4- Brasil. Concelho Regional de Enfermagem de Goiás. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no Estado de Goiás, 2014.

5- Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Presidência da República – Casa civil. Diário Oficial da União 26 jun 1986.

6- Brasil. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a lei de nº 7498, de 25 de junho de 1986 que dispões sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União – Seção 1 9 jun 1987.

7- Concelho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358 de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implantação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências.

8- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2002. Diário Oficial da União 13 jun 2002.

9- Concelho Federal de Enfermagem (Brasil). Parecer 14/2015. Questionamento quanto ao tempo da consulta de Enfermagem.

10- Pereira, Raliane Tallida Alberto – Ferreira Viviane - A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família – Revista Uniara. 2014; v.17, n.01

11- Gentil Diniz, MI – Marinho Chrizostimo, M – Semeão dos Santos, MS – Machado Tinoco Feitosa Rosas, AM – Oliveira, L de M – O entrelaçar histórico da consulta de enfermagem com a vivência profissional – Revista Eletrônica quadrimestral da enfermagem. 2009; n.15

12- Chucre Tannure, M, Pinheiro Gonçalves, AM. SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem, guia prático 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda; 2011.