

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da **Saúde 9**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

9

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 9 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 9)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-140-4

DOI 10.22533/at.ed.404191502

1. Saúde – Brasil. 2. Saúde – Pesquisa. 3. Sistema Único de
Saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

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

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Sistema Único de Saúde), cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural.

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento desta Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS.

A inserção das práticas integrativas e complementares, especialmente na Atenção Primária (APS), corrobora com um dos seus principais atributos, a Competência Cultural. Esse atributo consiste no reconhecimento das diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.

Considerando a singularidade do indivíduo quanto aos processos de adoecimento e de saúde -, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos têm demonstrado que tais abordagens ampliam a corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo para o aumento do exercício da cidadania. Nesse volume serão apresentadas pesquisas quantitativas, qualitativas e revisões bibliográficas sobre essa temática.

Elisa Miranda Costa

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 1 | 1 |
| A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS | |
| <i>Flávia de Souza Fernandes</i> | |
| <i>Hevelin Aline da Silva</i> | |
| <i>Ana Cristina Oliveira da Silva Hoffmann</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4041915021 | |
| CAPÍTULO 2 | 4 |
| A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES ONCOLÓGICOS | |
| <i>Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão</i> | |
| <i>Laize Santana da Silva</i> | |
| <i>Adriana Vilhena Lima</i> | |
| <i>Polyana Sousa dos Santos</i> | |
| <i>Wannessa Rhégia Viégas Cunha Duailibe</i> | |
| <i>Francisca Bruna Arruda Aragão</i> | |
| <i>Fabrcício e Silva Ferreira</i> | |
| <i>Livia Carolina Sobrinho Rudakoff</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4041915022 | |
| CAPÍTULO 3 | 19 |
| A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO | |
| <i>Taynara Carrijo Moreira</i> | |
| <i>Thiago Melanias Araujo de Oliveira</i> | |
| <i>Geovana Louise Franco</i> | |
| <i>Ana Cristina de Almeida</i> | |
| <i>Pedro Henrique de Oliveira Alcantara Paniago</i> | |
| <i>Adriana Vieira Macedo Brugnoli</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4041915023 | |
| CAPÍTULO 4 | 27 |
| A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELACIONADA À SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PREVENÇÃO DE ULCERAS POR PRESSÃO EM UM HOSPITAL DE REFERENCIA DE BELÉM DO PARÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA | |
| <i>Alzinei Simor</i> | |
| <i>Gabriela De Nazaré E Silva Dias</i> | |
| <i>Glenda Keyla China Quemel</i> | |
| <i>Iara Samily Balestero Mendes</i> | |
| <i>Jaqueline Pinheiro Moraes</i> | |
| <i>Jully Greyce Freitas De Paula</i> | |
| <i>Leticia Almeida De Assunção</i> | |
| <i>Maira Cibelle Da Silva Peixoto</i> | |
| <i>Mattheus Lucas Neves De Carvalho</i> | |
| <i>Marcelo Williams Oliveira De Souza</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4041915024 | |

CAPÍTULO 5 35

ANÁLISE CLÍNICA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA NA INFÂNCIA DURANTE ESTÁGIO NA ALA PEDIÁTRICA

Nandson Henrique da Silva
Lais Raissa Lopes Caetano
Sonally Waldemira Guimarães Rodrigues da Silva
Mayara Rayssa Farias Barroso
Natally Calixto Lucena
Maine Dayane Martins Lins
Sandra Mendes de Abreu
Jailton José Ferreira de Freitas
Iluska Natyelle Nunes da Silva Lima

DOI 10.22533/at.ed.4041915025

CAPÍTULO 6 41

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE ESTERNECTOMIA DE OSTEOSSARCOMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jamil Michel Miranda do Vale
Antônio Corrêa Marques Neto
Paulo Victor Caldas Soares
Marcella Fernanda Martins Ximenes Soares
Marlete Nascimento de Castro

DOI 10.22533/at.ed.4041915026

CAPÍTULO 7 47

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA COMISSÃO DE FERIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ

Manuely Pinto de Souza
Regiane Ferreira Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.4041915027

CAPÍTULO 8 51

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA HANSENÍASE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Amanda de Oliveira Bernardino
Marília Gabrielle Santos Nunes
Laryssa Grazielle Feitosa Lopes
Karla Romana Ferreira de Souza
Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas

DOI 10.22533/at.ed.4041915028

CAPÍTULO 9 61

O PERFIL DO PACIENTE ONCOLÓGICO ASSISTIDO NO DOMICÍLIO PELO SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL OPHIR LOYOLA

Suellem Regina Pimentel de Araújo
Mayrlla Aleixo Marçal
Jéssica Fernanda Scerni Gondim Costa
Maria de Belém Ramos Sozinho

DOI 10.22533/at.ed.4041915029

CAPÍTULO 10 77

APLICAÇÃO DO MÉTODO DÁDER EM PACIENTES HIPERTENSOS DE UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE CARUARU

*Maria Aparecida Farias Souto Maior
Kawannny Millena Alves de Melo
Carlos Henrique Tabosa Pereira da Silva*

DOI 10.22533/at.ed.40419150210

CAPÍTULO 11 88

AValiação DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*Andrezza Araújo do Nascimento
Celidarque da Silva Dias
Flávia Pessoa de Belmont Fonseca
Lorena Aquino de Vasconcelos
Luciana Lucena Aranha de Macêdo*

DOI 10.22533/at.ed.40419150211

CAPÍTULO 12 99

O PAPEL SOCIAL DO FARMACÊUTICO FRENTE À EVOLUÇÃO HISTÓRICA DE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL

*Mônica Cristina Sampaio Majewski
Fernanda Cristina Ostrovski Sales
Carla Corradi-Perini*

DOI 10.22533/at.ed.40419150212

CAPÍTULO 13 106

A PESQUISA DA OBESIDADE, DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES MELLITUS EM AFRODESCENDENTES NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ABACATAL NO MUNICÍPIO DE ANANINDEUA – PARÁ

Fabíola Vasconcelos da Silva

DOI 10.22533/at.ed.40419150213

CAPÍTULO 14 111

A PREVALÊNCIA DE LEIOMIOMA DE ÚTERO EM MULHERES NO NORTE DE MINAS GERAIS

*Vinicius de Almeida Cavalcante Galdino
Giovanna Rodrigues Perez
Mariana Gabriela Ferreira Mota
Isadora Carla Batista Chaves
Magna Carolina Santos Tanajura
Maria Luiza Gonçalves Ribeiro da Cruz
Melissa Xavier Menezes
Rômulo Magalhães Duarte
Virgílio Silveira Rizério
Rodrigo Magalhães Duarte*

DOI 10.22533/at.ed.40419150214

CAPÍTULO 15 120

DOENÇA CELÍACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

*Álef Lamark Alves Bezerra
Ricardo Montenegro Nóbrega de Pontes
Ravena de Sousa Borges da Fonseca
Vinicius Gonçalves Ferraz
José Artur de Paiva Veloso*

DOI 10.22533/at.ed.40419150215

CAPÍTULO 16 128

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DO ATENDIMENTO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL DO BAIXO AMAZONAS

Caio Lucas Martins Dourado Gonçalves
Marcelo José Sanches da Rocha
Shirley Iara Martins Dourado
Breno Henrique Silva da Silva
Arthur Menezes Vaz
Gabriel Tavares de Oliveira Silva

DOI 10.22533/at.ed.40419150216

CAPÍTULO 17 135

PERCEPÇÕES DE MÉDICOS RESIDENTES EM PERNAMBUCO SOBRE CURSO DE ÉTICA E BIOÉTICA ENTRE 2014 E 2016

Arthur Fernandes da Silva
Helena Maria Carneiro Leão
Magaly Bushatsky
Sandra Maria de Araújo Silva
Zilda do Rêgo Cavalcanti

DOI 10.22533/at.ed.40419150217

CAPÍTULO 18 141

PREVALÊNCIA DE AVC EM HIPERTENSOS DO HIPERDIA EM GOIÁS (2010 - 2013)

Taynara Carrijo Moreira
Thiago Melanias Araujo de Oliveira
Geovana Louise Franco
Nathália Marques Santos
Pedro Henrique de Oliveira Alcantara Paniago
Adriana Vieira Macedo Brugnoli

DOI 10.22533/at.ed.40419150218

CAPÍTULO 19 144

ANÁLISE DE COMPLETUDE NAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS), NO MUNICÍPIO DE PETROLINA – PE, DE 2012 A 2016

Herydiane Rodrigues Correia Wanderley
Larissa de Sá carvalho
Lorena Maria Souza Rosas
Maiara Leite Barberino
Marcelo Domingues de Faria
Gleise Gomes Soares

DOI 10.22533/at.ed.40419150219

CAPÍTULO 20 153

COMPARAÇÃO DE ATIPIAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NO RIO GRANDE DO SUL, 2007 A 2014

Maria Eduarda Teló
Juliana Schreiner
Isabela Nizarala Antonello
Camila Urach dos Santos
Maíra Maccari Strassburger
Ana Leonora Cobalchini de Bortoli
Lia Gonçalves Possuelo

DOI 10.22533/at.ed.40419150220

CAPÍTULO 21 157

CÂNCER DE OVÁRIO E POSSÍVEIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Camila Clementino Cardoso
Luiza Akilma De Souza Alves
Marycleid Santos Costa
Mayara Alcântara De Oliveira
Giovanni Tavares de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.40419150221

CAPÍTULO 22 162

DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA PUBERDADE: REVISÃO DE LITERATURA

Karina de Sousa Maia
Andrew Bonifácio Ferreira
Ailla Sibebe de Almeida Bidô
Alyne da Silva Portela

DOI 10.22533/at.ed.40419150222

CAPÍTULO 23 170

INFECÇÃO HOSPITALAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Janiere Vidal Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.40419150223

CAPÍTULO 24 177

INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS CULTURAIS NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE PRÓSTATA:
UM ESTUDO DE REVISÃO

Heloane Medeiros do Nascimento
Amanda Haissa Barros Henriques
Bárbara de Souza Ferreira
Érica Dionísia de Lacerda
Juliana de Castro Nunes Pereira
Suzana Santos da Costa

DOI 10.22533/at.ed.40419150224

CAPÍTULO 25 185

INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ESTADO DE
PERNAMBUCO

Alaine Santos Parente
Fábia Maria de Santana
Fabíola Olinda de Souza Mesquita
Fernanda Rodrigues da Silva Vasconcelos
Nathalia Matos de Santana

DOI 10.22533/at.ed.40419150225

CAPÍTULO 26 195

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VIOLÊNCIAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE
SENHOR DO BONFIM-BAHIA

Nayara Oliveira Santos
Silvana Gomes Nunes Piva
Antônia Adonis Callou Sampaio

DOI 10.22533/at.ed.40419150226

CAPÍTULO 27 209

REVISÃO SOBRE ASPECTOS TOXICOLÓGICOS DA *MORINDA CITRIFOLIA* (NONI)

Maria Rhayssa Silva Bezerra

Fabírcia Morgana Teixeira de Lima

Hemilly Alanna da Silva Lima

Jeilsa da Silva Santos

Sérgio Luiz da Rocha Gomes Filho

DOI 10.22533/at.ed.40419150227

SOBRE A ORGANIZADORA..... 217

A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Flávia de Souza Fernandes

Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde.
Professora básico, técnico e tecnológico do Instituto
Federal Catarinense- Campus Camboriú

Hevelin Aline da Silva

Enfermeira Especialista em Auditoria (MBA).
Representante de produtos hospitalares (FUFA/SC)

Ana Cristina Oliveira da Silva Hoffmann

Enfermeira Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho,
Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro
Universitário Estácio de SC.

RESUMO: Esta pesquisa apresenta uma análise conceitual sobre o tratamento e as orientações que são fornecidas aos usuários do Serviço Único de Saúde – SUS durante uma consulta de enfermagem. Buscou-se, através de pesquisa qualitativa de caráter descritivo exploratório, apresentar dados efetivos da saúde bucal de indivíduos portadores de Diabetes Mellitus, usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Biguaçu, e a atuação do profissional de enfermagem na promoção da saúde bucal, bem como identificar possíveis falhas e procedimentos inadequados para que estes possam ser analisados e possivelmente corrigidos. Tal preocupação se dá ao fato de a doença Diabetes Mellitus ser considerada uma das principais doenças crônicas que

afetam o homem moderno. Através de uma revisão bibliográfica apresentou-se conceitos e práticas que possibilitaram embasar um melhor entendimento desta doença, a fim de facilitar a análise dos dados expostos pelos proponentes da pesquisa, bem como entender e estudar ações de outros profissionais que obtiveram sucesso num tratamento adequado e de qualidade para seus usuários. Para implementação deste estudo, utilizamos como instrumento um questionário de caráter semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas. Durante a análise dos dados, percebemos a falta de orientação e pouco conhecimento sobre a saúde bucal dos entrevistados, pois, quando perguntados sobre a técnica correta de escovação, grande parte dos entrevistados não sabia e quando perguntados sobre a importância da escovação dentária relacionado com o Diabetes Mellitus, cinco responderam que não tinham esse conhecimento. Além disso, evidenciou-se que as orientações e os cuidados neste âmbito não foram realizadas durante a consulta de enfermagem e que a participação do enfermeiro na promoção da saúde bucal dos pacientes portadores dessa doença não está fortemente relacionada como o preconizado pelo ministério da saúde, que diz que os profissionais de saúde devem ter

a responsabilidade de uma proposta mais humanizada nas ações de saúde bucal, para melhor compreensão das orientações feitas para os usuários durante consulta, de modo a não produzir apenas consultas e atendimentos sem um adequado conhecimento da realidade da saúde bucal da população e que devem avaliar as condições de vida, determinando um estado de prevenção, promoção, e recuperação da saúde. Destaca-se que o profissional de enfermagem tem a responsabilidade de realizar seus papéis, de aderir à legislação de prática de enfermagem e ao código de ética e de enfermagem. As necessidades dos pacientes variam, dependendo de seus problemas, circunstâncias associadas e experiências vividas. Uma das funções importantes do profissional no que se refere a promoção da saúde consiste em identificar as necessidades imediatas do usuário e empreender medidas para abordá-las. Sendo assim, o enfermeiro deve interagir para que haja o estabelecimento e alcance de metas de saúde propiciando o desenvolvimento de ações que facilitem o acesso a informação, controle e tratamento, agindo assim individualmente e em coletividade. Tais ações podem evitar uma série de complicações aos portadores dessa patologia, tornando-o um cidadão mais interessado acerca de sua saúde, fazendo com que este tenha um melhor conhecimento da importância da higienização e técnica correta e principalmente que ele encontre na equipe a atenção e cuidados que ele procura.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Saúde bucal. Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Caderno de Saúde Bucal**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006.

CAMARGO, E. C. et al. **Saúde bucal percebida pelo paciente diabético**. Diabetes Clínica 02 (2004) 134-137.

GEORG, E. A. et al. **Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil**. Rev. Saúde Pública 2005; 39(3): 452-60.

GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem**: Os fundamentos a prática profissional. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2000.

LERVOLINO, S. A. **Escola promotora da saúde**: um projeto de qualidade de vida. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

OTERO MIYAR, L. **Impacto de um programa de promoção da saúde aplicado pela Enfermagem em pacientes diabéticos tipo II, na comunidade**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, v.11, n.6 – Novembro- Dezembro, 2003.

Política de atenção básica GM/MS nº 648 de 28 de Março, Brasília/ DF, 2006.

SILVEIRA, G. T. **Escola promotora da saúde: quem sabe faz a hora!** 2000. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TRENTINI. M; PAIM. L. **Pesquisa Convergente Assistencial**. 2ªed. Florianópolis: Insular, 2004.

UNFER, Beatriz; SALIBA, Orlando. **Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 03 de Abril de 2008.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Laize Santana da Silva

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Adriana Vilhena Lima

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Polyana Sousa dos Santos

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Wannessa Rhégia Viégas Cunha Dualibe

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Francisca Bruna Arruda Aragão

Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem
São Luís-MA

Fabício e Silva Ferreira

Universidade Federal do Maranhão, HUUFMA
São Luís-MA

Lívia Carolina Sobrinho Rudakoff

Instituto Federal do Maranhão, Departamento de Nutrição
Zé Doca-MA

RESUMO: Observa-se que ao longo do tempo alguns fatores internos e externos influenciam diretamente na vida dos indivíduos, nos trabalhadores da saúde mais precisamente na equipe de enfermagem esta realidade não se torna diferente, pois estes lidam diretamente com momentos e fatores que geram grande estresse, podendo desencadear alguns transtornos psicológicos. Neste estudo foi abordado um contexto de caráter bibliográfico de análise descritiva e recorte qualitativo, onde foram utilizados critérios de inclusão de artigos científicos na língua portuguesa no período de 2005 a 2017 disponíveis na íntegra análise de dados produzidos no Brasil. O estresse e outros fatores importantes tais como, a morte dos pacientes, o processo de luto, a família que não dá o devido apoio, a difícil missão dos profissionais para ajudar o paciente oncológico e a sua família a lidar com esse processo de doença, o apoio psicológico ao paciente sobre sua religiosidade, entre outros, são fatores determinantes no processo de adoecimento desses profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Institutos de Câncer. Religião. Família. Espiritualidade.

ABSTRACT: It is observed that over time some internal and external factors directly influence the lives of individuals, health workers more precisely in the nursing team this reality does

not become different, because these deal directly with moments and factors that generate great stress, and may trigger some psychological disorders. In this study, a bibliographic context of descriptive analysis and qualitative analysis was used, where criteria for the inclusion of scientific articles in the Portuguese language in the period from 2005 to 2017 were available, in full analysis of data produced in Brazil. Stress and other important factors such as the death of patients, the process of mourning, the family that does not give due support, the difficult mission of the professionals to help the cancer patient and his family to deal with this disease process, the psychological support to the patient about their religiosity, among others, are determining factors in the process of sickness of these professionals.

KEYWORDS: Institutes of Cancer. Religion. Family. Spirituality.

1 | INTRODUÇÃO

A enfermagem em seu processo de cuidar tem por objetivo garantir e promover ao paciente um cuidado amplo com visão holística, na qual consiste atender o ser humano visando suas necessidades humanas básicas, tais como: necessidades psicossociais, psicoespirituais e psicobiológicas, e não somente visando sua patologia, levando em conta que o paciente é um ser humano provido de dignidade. Sendo assim, os cuidados paliativos são práticas que tem por finalidade promover a qualidade de vida do paciente minimizando o sofrimento e a dor, auxiliando esta a adaptar-se com as limitações diante da impossibilidade de cura, visando também um acolhimento aos seus familiares (FERNANDES, 2013; EVANGELISTA et. al, 2013; MATSUMOTO, 2012).

Por mais que haja várias possibilidades de tratamento e/ou cura, deve-se lembrar de que existe um ciclo natural da vida dos seres vivos. O preparo emocional do profissional de enfermagem é imprescindível, pois ele precisa oferecer uma assistência digna, considerando a terapia de um ambiente tranquilo e seguro, tanto para os familiares como para o profissional e acima de tudo para o paciente. Segundo a Organização Mundial de Saúde estimou-se que, no ano de 2030 podemos esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de pessoas anualmente com câncer.

As práticas e os métodos adotados por estes profissionais atendem as reais necessidades desses pacientes? Os enfermeiros são essenciais no processo de tomada de decisão, uma vez que podem auxiliar os pacientes e seus familiares e os serviços de saúde na escolha de terapêuticas ou cuidados alternativos, independente do seu local de atuação (SECOLI, PADILHA E LEITE (2005):

Possibilitar a compreensão do enfermeiro no cuidado a esses pacientes permitindo o aperfeiçoamento de suas técnicas e práticas profissionais.

- Descrever as diferentes circunstâncias de medo, incertezas e com perspec-

tivas de morte em seu cotidiano;

- Identificar a importância do enfermeiro frente aos familiares desses pacientes oncológicos;
- Elucidar a importância da religiosidade e espiritualidade para o tratamento desses pacientes.

Para compreender a atuação do enfermeiro no cuidado paliativo com pacientes oncológicos foram realizadas revisões de literatura e pesquisas de com abordagens descritivas de natureza qualitativa através da análise de conteúdos de artigos contendo questões pertinentes ao objetivo do estudo realizado no período de 2005 a 2017. Foram realizadas pesquisas no site do Bireme, Scielo e Revistas Eletrônicas de Enfermagem.

A abordagem do estudo descritivo tem como fundamento observação, definição, disposição das informações e a qualitativa discorrem em explicar as dinâmicas das relações igualitárias, relações que, por sua vez são depositárias de crenças, valores, atitudes e costumes.

2 | A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DA MORTE

A morte que antigamente era vista como um tabu para muitos, hoje com o avanço da tecnologia e conseqüentemente a melhoria do atendimento na saúde é vista como um processo natural da vida (HERMES, 2013; LAMARCA, 2013).

Nos dias atuais, os enfermeiros por terem uma perspectiva diferenciada da morte tendo a mesma como natural se propõe a atender e assistir o paciente em seu estado terminal até seus últimos momentos buscando minimizar a dor e desconforto, oferecendo todo suporte necessário ao doente e seu familiar, respeitando o desejo do paciente de morrer em um ambiente familiar e harmonioso (HERMES, 2013; LAMARCA, 2013).

Estes profissionais se empenham em tornar essa etapa final da vida do doente, em um momento digno dando voz e permitindo que os mesmos façam escolhas, principalmente onde deseja morrer. (HERMES, 2013; LAMARCA, 2013).

Sugere o ensino de novas habilidades com o controle e manejo da dor, estresse, o treinamento dos familiares para ajudar o paciente a expressar suas necessidades e pensamentos. A motivação dos familiares no cuidado progressivo que ajuda no processo de luto, as atividades e o apoio comunitário que favoreçam os cuidados domiciliares (SANTOS, 2000).

A visão da morte de um paciente oncológico é particular, e o contato com ela é constante, mesmo nas pequenas perdas. Cada indivíduo tem uma percepção da morte dependendo da etapa em que se encontra (KUSTER, 2010; BISOGNO, 2010).

O enfermeiro fica em conflito de como irá posicionar-se frente à dor e sofrimento que nem sempre pode aliviar. Percebe-se que em alguns momentos as mortes dos

pacientes causam maior sofrimento pelo fato da permanência com os mesmos ser quase diária, criando um vínculo (KUSTER, 2010; BISOGNO, 2010).

Alguns criam algumas maneiras de enfrentamento no decorrer do processo, a fim de evitar prejuízos no ambiente de trabalho e ter sua saúde emocional prejudicada (KUSTER, 2010; BISOGNO, 2010).

Em estudos realizados, os profissionais de enfermagem demonstram que o contato contínuo com o paciente ajuda para que tenha um melhor enfrentamento da morte dos pacientes, mesmo havendo diferenças individuais. Os profissionais com mais tempo de trabalho, parecem ser mais preparados para enfrentar a situação do que o recém-formado (SHIMIZU, 2007).

O autor supracitado ainda afirma que os profissionais podem criar defesas contra situações depressivas. Relata também que não entrar na depressão, não o deixa imune ao sofrimento com o passar do tempo.

O modo como o enfermeiro entende o conceito da morte, e a forma a qual entende esse conceito com sua forma de existir e suas vivências pessoais das perdas anteriores sejam dentro ou fora do ambiente de trabalho, são aspectos que influenciarão na atuação diante da morte (SOUSA, 2009; SOARES, 2009; COSTA et al 2009).

A morte nem sempre atinge toda equipe de saúde de forma igual, sendo que o grau da perda do paciente é avaliado pela condição em que o mesmo se apresenta e pelo envolvimento, onde se desfaz um relacionamento afetivo, se rompe um vínculo (SOUSA, 2009; SOARES, 2009; COSTA et al 2009).

A dor da perda se torna maior quando se trata de crianças, onde o envolvimento se torna maior com o enfermeiro. Esse fato foi comprovado com alguns depoimentos onde se verificou muito sofrimento enfrentado pelos profissionais que atuam com crianças.

Então, é difícil, no meu caso assim, são crianças, sofrem muito. E a gente se apega, não é? Tem toda uma relação de carinho, de confiança na gente, de esperança que elas também depositam nelas, de que vão ficar curadas, de que a gente vai vê-las crescer, estudar, e às vezes, de repente, a gente é surpreendida tanto quanto a família por uma piora clínica da criança e aí a gente tem como consequência a morte. E assim é muito difícil.

Porque criança é sempre mais chocante, não é? Poxa! A gente pensa... tem toda vida pela frente. Eu sou muito envolvida com elas, sou muito envolvida com minhas crianças. Então, para mim, que trabalho diretamente com elas é mais doloroso.

O maior desafio enfrentado diante da morte de criança na maioria das vezes se dá pelo fato de interromper seu ciclo de vida ainda na infância, tirando o direito da mesma de crescer, se desenvolver, casar, ter filhos e não desfrutar dos bons momentos da vida, dos sonhos, não ter esperança (SOUSA, 2009; SOARES, 2009; COSTA et al 2009).

Mas em outro ponto, o profissional que está envolvido com a criança a quem presta cuidados, a morte às vezes se torna a melhor opção por diminuir o sofrimento

da mesma. Por mais que seja doloroso presenciar a morte de uma criança, é mais doloroso ainda vê-la sofrer coma doença (SOUSA, 2009; SOARES, 2009; COSTA et al 2009).

O profissional que fica responsável por cuidar de pacientes terminais deve ser bastante preparado para enfrentar situações extremas de sofrimento. Muitas vezes a capacitação desse profissional é com técnicas e práticas, mesmo com bastante conhecimento sobre todas as necessidades dos pacientes e familiares, sempre procuram fazer o melhor possível para confortar os mesmos (SOUSA, 2009; SOARES, 2009; COSTA et al 2009).

O vínculo que existe entre profissional e paciente é visto como um apego, um comportamento que acontece quando dois ou mais indivíduos diferentes passam a conviver por muito tempo. A partir disso, podemos dizer que o profissional vive a perda e se enluta coma morte do paciente que lhe é querido (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

A situação de vida e morte sempre traz sofrimento para equipe de enfermagem, principalmente por lidar com seres humanos e o lado afetivo é sempre abalado, pois ele necessita se envolver para que a terapêutica flua e o profissional conheça melhor o paciente e lhe dê o melhor conforto necessário (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

Alguns sentimentos podem surgir, tais como: frustração, raiva, cobrança quanto aos limites de assistência, desamparo, choque, sentimento de impotência, entre outros. Esses sentimentos podem prejudicar o profissional, onde o mesmo fica se questionando sobre o que fez ou deixou de fazer em cada situação para recuperar a vida de cada paciente (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

Um ponto que os profissionais devem estar atentos é a comunicação, pois ela envolve informações, sentimentos, emoções, sendo assim um dos principais desafios e ela oferece segurança ao paciente. A comunicação tem um papel importante no relacionamento terapêutico paciente- profissional- família (RODRIGUES, 2010; FERREIRA, 2010; MENEZES, 2010).

A família também tem papel essencial no processo de comunicação, pois envolve a tríade paciente- família e enfermeiro, envolvida no processo de assistência. É normal o paciente terminal não querer falar sobre sua condição, pois existe sofrimento, tristeza e consciência sobre o fim da vida (RODRIGUES, 2010; FERREIRA, 2010; MENEZES, 2010).

Nos dias atuais, falar de morte é bem evitado em qualquer local. É algo que assusta, traz medo e ninguém nunca está preparado para enfrenta-la. O enfermeiro aprende a salvar vidas, ajudar com a cura e bem estar dos pacientes, mas a maioria se esquece de que a morte faz parte do ciclo natural da vida, é algo inevitável, e quando isso acontece acaba se frustrando. Se a sociedade não fosse despreparada para lidar com toda essa vivência, o processo seria menos estressante (RODRIGUES, 2010; FERREIRA, 2010; MENEZES, 2010).

É preciso conhecer as fases do processo de morte de uma paciente oncológico terminal, pois a identificação delas melhora a comunicação, e cada fase será um tipo de

comunicação. A idade, sexo influenciam no processo da comunicação; em pacientes jovens e crianças é sempre vista com mais pesar, já que a morte nessa idade não é tão esperada. Já em idosos é algo mais esperado, já que é um ciclo natural crescer, envelhecer e morrer (RODRIGUES, 2010; FERREIRA, 2010; MENEZES, 2010).

A sociedade exige que as pessoas enfrentem o luto calado e exigem que voltem as atividades de forma regular. As pessoas foram encorajadas a deixar pra trás o luto, dessa forma o indivíduo vive esse processo sozinho. O processo de luto deve ser por completo, devem passar por cada fase, pois somente assim conseguirá viver a nova vida sem o ente querido (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

O luto quando não é vivido e os sofrimentos dos profissionais estão interligados, e devemos ficar atentos, pois o desprazer do trabalho pode desencadear a Síndrome de Burnout, que se define como desgaste e sofrimento do profissional com as atividades do trabalho (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

A síndrome acomete alguns trabalhadores no decorrer do seu exercício profissional apresentam envolvimento afetivo e emocional com pessoas em sofrimento. As equipes precisam ficar atentas a essa síndrome se desencadear nos profissionais no ambiente de trabalho, pois o nível moderado da doença é considerado preocupante e é passível de intervenções (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

Os profissionais estão sofrendo e estão sozinhos nessa batalha entre a vida e a morte. Precisam compreender que a morte é uma etapa que precisa ser vivida, e o seu luto como a resposta necessária à perda e morte das crianças e adolescentes que estavam sob seus cuidados (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

3 | PERCEPÇÃO DO FAMILIAR NA VISÃO DO ENFERMEIRO

Quando o familiar se faz presente e se propõe a ajudar na realização do cuidado com o paciente, além de proporcionar um treinamento que auxilia na assistência domiciliar e/ou hospitalar, este proporciona ao mesmo uma relação de confiança diante de procedimentos técnicos, um conforto e um sentimento de valorização por parte do enfermeiro e do familiar conforme relato de alguns depoimentos (SILVA, 2014; LIMA, 2014).

“A participação do familiar é fundamental, pois no cuidado paliativo ele é nosso aliado. Ele não está aqui para assumir os cuidados prestados pela enfermagem, mas sim para aprender como cuidar do seu doente, porque a gente trabalha sempre com a possibilidade de alta”. Para os autores, a relação da família com o enfermeiro e a equipe é positiva, pois existiria uma melhor comunicação, troca de informação sobre o quadro clínico do cliente. Contudo, em alguns casos o familiar recusa-se a ajudar, ou não tem equilíbrio emocional, alega não ter tempo ou até mesmo não ter habilidade para cuidar. (SILVA, 2014; LIMA, 2014).

Diante do quadro clínico do paciente, cabe ao enfermeiro e a equipe esclarecer

dúvidas, encorajar atitudes positivas, sobretudo ser sincero e acessível. Em relação ao cuidado, a família apresenta dificuldade para a prática desses cuidados, no entanto, é preciso elaborar algumas estratégias tais como: treinamento para o cuidado, diálogos, uso de folheto explicativo, abordagens claras para que o mesmo compreenda. (SILVA, 2014; LIMA, 2014).

A comunicação é de grande importância, pois auxilia a compreender a situação do paciente, e em contra partida o enfermeiro deve estar atento à demanda de cada situação, pois cada indivíduo reage de forma diferente. (SILVA, 2014; LIMA, 2014).

A presença dos pais também é de grande importância para a equipe, pois deles provém todas as informações necessárias, representam sentimentos, atitudes, comportamentos; são os mediadores dentro do hospital. (SILVA, 2011; ISSI, 2011; MOTTA, 2011).

Precisamos conhecer as experiências e observações da equipe de enfermagem sobre a família do paciente em cuidados paliativos na oncologia. Geralmente quando o paciente portador de neoplasia é internado por um longo período, o doente e família precisam adquirir os referenciais preestabelecidos pela instituição e situar-se neste novo mundo. (SILVA, 2011; ISSI, 2011; MOTTA, 2011).

A pessoa que está morrendo, necessita de amor incondicional. Não é necessária nenhuma especialização, basta que ele seja um bom amigo para que o mesmo sintase amparado. A família deve também se sentir segura e amparada durante esse processo, uma atenção diferente, mostrando sua força e seu potencial. (SILVA, 2011; ISSI, 2011; MOTTA, 2011).

A enfermagem tem o compromisso para o bem estar do paciente e da família, pois o momento do óbito é incerto, o que significa uma atenção plena voltada para a família. O objetivo da enfermagem é cuidar, independente do desfecho precisamos cuidar do próximo, além disso, as vitórias sobre o adoecimento e morte é sempre temporária, mas a necessidade de suporte frente aos pacientes será permanente. (SILVA, 2011; ISSI, 2011; MOTTA, 2011).

A presença do familiar é valorizada pela equipe de enfermagem, sendo uma oportunidade de participar do cuidado, ajudar para o conforto físico e psicológico do seu familiar. É certo que cada pessoa, profissional e paciente tem visões diferentes sobre o que está vivenciando, como as coisas ocorrem, como acontece o cuidado da enfermagem, mas é de grande importância lembrar que os profissionais também podem apresentar suas próprias necessidades, como a negação. (SILVA, 2012; MOREIRA et al 2012).

Os familiares destacam a importância de contribuir para o conforto emocional e psicológico do seu ente durante a internação, e desenvolver ações sobre o cuidado, pois ajuda o seu familiar. (SILVA, 2012; MOREIRA et al 2012).

No processo de hospitalização, a presença do familiar é de suma importância, pois ela dará suporte emocional, transmitir segurança e proteção para que o mesmo não tenha muita insegurança. O processo de hospitalização é muito exaustivo e

traumático para um paciente terminal, e com a presença do familiar ele se sente mais acolhido. (MURAKAML, 2011; CAMPOS, 2011).

O familiar pode ser um grande colaborador para o tratamento do paciente, pois ele vai oferecer informações que auxiliam no cuidado e devem ser colhidas pelo enfermeiro, pois o familiar consegue absorver pequenas alterações na saúde do paciente. Por esse motivo deve sempre haver um clima de relacionamento saudável entre família e profissional de enfermagem (MURAKAML, 2011; CAMPOS, 2011).

Em algumas situações nos deparamos com algum enfermeiro que se sente como único sabedor de todo conhecimento e que seja capaz de elaborar um cuidado a esse paciente e acaba não ouvindo o familiar. As informações repassadas pelo familiar são importantes para a prestação de cuidado (MURAKAML, 2011; CAMPOS, 2011).

O familiar presente e comprometido em cada etapa é de fundamental importância, pois pode ajudar o paciente a evoluir no tratamento, pois o mesmo pode se responsabilizar por seus cuidados básicos necessários e seu suporte emocional e afetivo. (MURAKAML, 2011; CAMPOS, 2011).

O profissional deve explicar todos os procedimentos a serem realizados para o familiar acompanhante e o mesmo consiga exercer em casa. Quando se coloca o familiar para interagir com as atividades no ambiente hospitalar, o mesmo poderá se sentir acolhido pela equipe de enfermagem, sendo assim acaba se sentindo mais a vontade para interagir (MURAKAML, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes; 2011).

O cuidado precisa ser de forma mais humanizada, necessitamos ter uma abordagem para o paciente e uma para o paciente com a família. Precisamos conhecer quem cuida, quais são as suas possibilidades, as suas limitações e forças para resolver as questões de saúde (GOMES, 2005; ERDMANN, 2005).

Precisamos criar medidas que facilitem a presença do familiar durante o processo de internação, profissionais capacitados para atender a necessidade dos pacientes, inclusive os emocionais. O processo de cuidar vai além da internação, envolve a família, procurando formas de amenizar suas necessidades físicas e emocionais (GOMES, 2005; ERDMANN, 2005).

A angústia do paciente e familiar em dividir momentos de insegurança, incerteza, sofrimento, medo do desconhecido com os profissionais do ambiente hospitalar são bastante relevantes. O diálogo precisa ser reconhecido e vivenciado entre paciente e família, as ideias precisam ser valorizadas (GOMES, 2005; ERDMANN, 2005).

Durante a internação do paciente, a família não abandona seus referenciais, por isso é comum presenciarmos nos leitos o cuidado prestado pelas famílias e pacientes. Ambos passam a fazer parte do hospital. A presença da família, além de fornecer condições emocionais satisfatórias, tem várias outras vantagens, tais como: cria um relacionamento bem mais próximo, é uma informação direta sobre a evolução da doença, evita acidentes, tem uma participação ativa e enorme no cuidado (GOMES, 2005; ERDMANN, 2005).

A família por ser mais próxima e conviver diariamente com o paciente, possui

grandes condições de acompanhar todo o processo de saúde-doença do seu ente. A parceria entre a equipe de enfermagem e o familiar é recomendável. A equipe orienta sobre as atividades em que poderá participar e auxiliar (SZARESKI, 2010; BEUTER, 2010; BRONDANI, 2010).

Cada profissional deverá ser ciente da singularidade de cada acompanhante, exercendo solidariedade, colaborando para recuperação do paciente, no alívio do seu sofrimento e conseqüentemente de seus familiares, promovendo assim a saúde em grupo (SZARESKI, 2010; BEUTER, 2010; BRONDANI, 2010).

Por vezes também o acompanhante não corresponde as expectativas que a equipe de enfermagem imagina, alguns são resistentes e não aceitam a permanência como acompanhante. Dessa maneira dependendo do estado do paciente, a equipe usa o seu poder para decidir pela permanência ou não do familiar no ambiente hospitalar (SZARESKI, 2010; BEUTER, 2010; BRONDANI, 2010).

Frisamos que a responsabilidade sobre o cuidado do paciente é de inteira responsabilidade da equipe de enfermagem, e não deve ser exigida do acompanhante. Os mesmos devem ser orientados sobre os cuidados que podem exercer com segurança, sem risco de vida para o paciente (SZARESKI, 2010; BEUTER, 2010; BRONDANI, 2010).

É necessário que a equipe de enfermagem esteja atenta à realidade social, econômica e cultural do familiar acompanhante. Precisam estabelecer uma relação de confiança e parceria ajudando a lidar com a doença e com as dificuldades relacionadas a dinâmica familiar e os sentimentos tanto dos acompanhantes quanto a família como um todo (SZARESKI, 2010; BEUTER, 2010; BRONDANI, 2010).

4 | A RELIGIÃO NO PROCESSO DE CURA

A atenção na espiritualidade vem sendo cada vez mais praticada na assistência de saúde, a importância do espiritual no ser humano. Nos cuidados paliativos a espiritualidade torna-se realmente de grande importância, pois além de cuidar do físico e emocional precisamos também nos preocupar com o espiritual de cada paciente (PERES, 2007; ARANTES, 2007; LESSA et al 2007).

Pacientes querem ser tratados como pessoas e não como doenças e devem ser tratados de uma forma geral, incluindo o físico, emocional, social e espiritual. Desprezar qualquer um desses fatores torna o processo de trabalho mais difícil. Muitos profissionais não perguntam sobre a espiritualidade do paciente, que se sentem desconfortáveis ou que não sabem lidar com o assunto. Alguns não consideram como parte do seu trabalho, não entendem e nem sabem o porque da importância de falar com o paciente sobre seu lado espiritual (PERES, 2007; ARANTES, 2007; LESSA et al 2007).

Alguns estudos apontam a religiosidade e/ou espiritualidade com muitos aspectos

da saúde mental. A grande maioria apontam melhoras na saúde mental e estresse nas pessoas que se dizem mais religioso. O impacto da atividade religiosa é comparado ao abandono do tabagismo e um acréscimo na expectativa de vida (PERES, 2007; ARANTES, 2007; LESSA et al 2007).

A religião em algum momento pode ser prejudicial? Existem alguns riscos a serem considerados. Pensamentos que são negativos geram culpa vindo de alguma crença religiosa, e podem levar mais sofrimento ao paciente levando ao pensamento de abandono e baixa autoestima (PERES, 2007; ARANTES, 2007; LESSA et al 2007).

Na literatura sobre cuidados paliativos, a religião e o lado espiritual do paciente tem bastante importância. E o papel da espiritualidade em pacientes com câncer ou HIV e dor, ressaltando os domínios do significado da esperança, do amor e dos relacionamentos. E o perdão, as experiências espirituais, a religião, o conhecimento sobre sua religiosidade ajudam de forma significativa a saúde mental do paciente (NEWSHAN, 1998 apud PERES, 2007; ARANTES, 2007; LESSA et al 2007).

A religião é uma cultura realizada como estratégia no ocidente para lidar com as doenças e terapêuticas. A representação do câncer, a crença religiosa para terapêutica, a religião como sobrevivência, todas essas questões são estratégias para os pacientes viverem (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007).

Os pacientes em estágio terminal buscam o apoio na religião, invocam a Deus no seu pior estado, seria uma estratégia para ajudar em tal sofrimento, pois no contexto popular são disponibilizados vários serviços religiosos e os mesmos utilizam influenciados pela sua família ou até mesmo pelos profissionais de enfermagem (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007). Alguns pacientes mesmo estando em boas condições físicas e social o medo da recidiva estão sempre presente, quando eles frequentam redes de apoio escutam relatos de pacientes que estão ou estiveram em situações parecidas, e a crença religiosa de cada indivíduo supre as necessidades e os levam a ter uma expectativa de vida (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007).

A busca religiosa não deve ser entendida como alguma forma de fugir da doença ou dos problemas, mas sim como uma perspectiva para um futuro sobre essa doença. Quando os pacientes entendem essa visão, os mesmos possuem uma eficácia no seu bem – estar e autocontrole (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007). A religião desempenha várias funções, e isso é cultural. Criam uma identidade entre as pessoas, ganham novas energias na batalha contra a doença e reforçam a busca pela religião. Alguns pacientes passaram por várias religiões, e a forma como se referem a tudo que envolve sobre fé é algo caracterizado como católico (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007).

Ressaltando a importância que alguns pacientes seguem a religião católica, seja por tradição ou algum outro fator é algo pessoal dele, ou seja, a doutrina em que ele acredita por isso a forma de se praticar a fé é algo específico de cada indivíduo. Mesmo seguindo sua religião católica eles alegam participar de cultos ou rituais como oração coletiva ou individual (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007).

O câncer embora com muitas formas de tratamento ainda seja considerado

incurável pela sociedade, que seja uma proximidade da morte. Sendo assim os pacientes e familiares diante da esperança e o sofrimento buscam no lado espiritual uma forma positiva ou negativa tudo que estão vivenciando (GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

O enfermeiro é o responsável por elaborar um planejamento adequado e individualizado para cada paciente, precisa compreender e valorizar a relação entre espiritualidade e a doença no olhar do paciente (GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

A forma como o paciente enfrenta a doença e morte está ligada a sua fé e religiosidade, ou seja, a forma como apresenta seu lado espiritual. A fé em Deus é algo cultural, e se faz tão necessário quanto aos outros modos de enfrentar a doença. O lado espiritual fica em destaque na vida de algumas pessoas, e com isso nos mostra que devemos compreender a espiritualidade e religiosidade de cada paciente e assim elaborar um plano terapêutico individual (GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

Os pacientes terminais passam por vários períodos, desde que descobre até o tratamento. De início eles passam por um estado de choque, afinal ninguém está preparado para tal doença, depois começam a entender a realidade na qual estão passando e não sabem como agir, futuramente começam a fazer planos com bastante esperança. Diante disso, é necessário levar em consideração o lado espiritual do paciente para abordar a esperança e trabalhar o enfrentamento da doença, por isso é de grande importância conhecer o mundo e a cultura a qual ele está inserido (GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

A espiritualidade é uma forma de expressão da identidade de cada paciente, juntamente com sua própria história e experiências. O alívio da dor acontece na mesma proporção em que a fé permite transformações onde o paciente e comunidades percebem a doença (GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

A importância de reconhecer o lado espiritual como estratégia para enfrentar e identificar as carências espirituais de cada indivíduo faz com que o profissional de enfermagem planeje e forneça uma assistência íntegra (GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

A sociedade ocidental vem estabelecendo controle e padrão cultural que interfere também no comportamento do indivíduo em relação a sua saúde. Os religiosos tem grande poder, pois acham que possuem poderes de conhecimento em grande prazo, ou seja, do saber depois da morte e acabam buscando significados que desvende os mistérios da vida (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

Esse controle que a sociedade vem exercendo, pode gerar efeitos irreversíveis, sendo a culpa por erros e pecados e o medo do amanhã infeliz e incerto. Em momentos de maior fragilidade, no momento da dor, o enfrentamento religioso é utilizado para conforto e poder proporcionar controle que vai muito além do humano (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

Quando o paciente atribui seu controle a um ser supremo, ele se liberta e acaba reduzindo ansiedade e medo. O profissional que está envolvido com pacientes oncológicos deve ser atento aos seus próprios limites e dificuldades para lidar com a fragilidade humana e com suas próprias fragilidades (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

A religião e a espiritualidade significam uma nova demanda apresentada para o paciente, visando compreender sua doença e sofrimento, morte e existência. A religião se configura em ideias cognitivas ou comportamentais e que utilizam da fé, da religiosidade e da espiritualidade para que estejam relacionadas à saúde (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

O paciente oncológico deve ser compreendido de forma total, que seus aspectos religiosos necessitam ser considerados, que ele seja respeitado de forma singular assim como suas crenças e valores (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

A religião podemos destacar como um elemento que contribui para o tratamento, para o processo de enfrentamento da doença, reduz a ansiedade e estresse e o mesmo consegue buscar um significado para o processo que está vivenciando (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

O paciente precisa ser considerado como um indivíduo que carrega consigo suas histórias. Os profissionais de enfermagem precisam manter as atitudes abertas frente a cada paciente em sofrimento, de forma que o relacionamento profissional e paciente seja o mais significativo possível (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

5 | CONCLUSÃO

Atualmente sabe-se que o enfermeiro busca um olhar diferenciado no que diz respeito a cuidados paliativos, objetivando a importância de suas habilidades e práticas utilizadas nesse processo com uma visão mais humanizada com propósito de amenizar o sofrimento a dor e a angústia desse paciente priorizando o seu bem estar, e incluindo a família nesse contexto, visto que, esse é um membro integrante nesse cuidado que esse indivíduo não reage a nenhuma terapêutica curativa.

Diante disso, observou-se que o enfermeiro é um profissional indispensável, e como tal deve reconhecer as reais necessidades desse paciente com a finalidade de proporcionar a este um pouco de dignidade em sua fase final. Seguindo esse pensamento é que nos fez reconhecer que esse profissional não busca nesse processo de cuidado paliativo somente a cura desse enfermo, mas também um conforto, uma melhor qualidade de vida e um bem-estar biopsicossocioespiritual do doente e da sua família diante dessa realidade.

Perante esses fatos, cabe a esses profissionais enfermeiros um trabalho sério, respeitoso e ético onde o mesmo aplica suas habilidades técnicas, desenvolvendo sua competência para o benefício dos pacientes terminais e de seus familiares, buscando

sempre alternativas para superar os desafios que surgem diariamente e suprir as dificuldades desses pacientes que requerem cuidados paliativos.

O presente estudo trouxe como contribuição uma percepção diferenciada da assistência de enfermagem como forma de repensarmos atitudes perante esses cuidados, buscando também a capacidade que esses profissionais têm em formar opiniões e condutas distintas que melhore esse processo, despertando a estes sua capacidade crítico-reflexiva. Ressaltamos também a importância de qualificação dos enfermeiros especialistas no cuidado paliativo para atender a demanda hospitalar e domiciliar, promovendo estratégias eficazes através de pesquisas, fóruns e palestras informativas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristiani Garrido; ALVES, Adriana Marques Pereira de Melo, et. al. **Cuidados paliativos ao paciente em fase terminal**; Rev baiana de enfermagem, Salvador, p.126-133, maio/agosto, 2014.

AQUINO, Verônica Vrbán; ZAGO, Marcia Maria Fontão. **O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação**. Rev latino americana enfermagem, jan- fev, 2007.

BERNARDES, Caroline; BITTENCOURT, Julia Valeria de Oliveira Vargas; et al. **Percepção do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal**. Rev baiana de enfermagem, Salvador, p.31-40, Janeiro/Abril, 2014.

CARDOSO, Juliana; SANTOS, Maria; MORGADO, Sara Santos de Mello. **Atuação do enfermeiro no cuidado do paciente oncológico no domicílio**. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde, Salvador, v.6, n.6, p.36-42, Julho/Dezembro, 2017.

COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. **Luto da equipe**: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev Latino-am Enfermagem, março-Abril, 2005.

FERNANDES, Maria Andrea; EVANGELISTA, Carla Braz. **Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal**. Ciência & Saúde Coletiva, 2013.

FORNAZARI, Sílvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. **Religiosidade/ Espiritualidade em pacientes oncológicos**: qualidade de vida e saúde. Psicologia, teoria e pesquisa, Abr- Jun, vol 26, num 02, pg 265- 272, Brasília, 2010.

GARCIA, Gerline de Oliveira; SANTOS, Walquiria Lene. **Percepção e sentimentos dos profissionais de enfermagem acerca dos cuidados paliativos**. Rev de divulgação Científica Sena Aires; Janeiro/Junho, 2014.

GOMES, Giovana Calcagno; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital**: uma perspectiva para a sua humanização. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, Abril, 2005.

GUERRERO, Gisele Patrícia; ZAGO, Marcia Maria Fontão; SAWADA, Namie Okino; et al. **Relação entre espiritualidade e câncer**: perspectiva do paciente. Rev brasileira de enfermagem, vol 64, num 1, Jan- Fev, Brasília, Brasil, 2011.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados Paliativos**: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciência saúde coletiva, vol.18, Rio de Janeiro, 2013.

KUSTER, Darleia Konig; BISOGNO, Silvana Bastos Cogo. **A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes**. Ciências da Saúde, Santa Maria, v.11, n.1, p.9-24, 2010.

MACHADO, Jaqueline Holz; SILVEIRA, Rosemary Silva; et al. **Paciente que requer cuidados paliativos**: percepção de enfermeiras. Enferm. Foco 2013.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados Paliativos**: conceito, fundamentos e princípios. ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), Agosto, 2012.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes; JUNIOR, José Jailson de Almeida; et al. Rev Bioét., 2014.

MURAKALM, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas**. Rev Bras Enferm, Brasília, Mar- Abr, 2011.

PERES, Mario F.P.; ARANTES, Ana Cláudia de Lima Quintana; LESSA, Patrícia silva; et al. **A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos**. Rev Psiq Clin, 34, 2007.

RODRIGUES, Michele Viviane de Carvalho; FERREIRA, Eliane Dias; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. **Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura**. Rev Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2010.

SALES, Catarina Aparecida; SILVA, Vladimir Araújo. **A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospital**. Cienc. Cuid. Saúde 2011, Jan/Março 2010.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira; TEIXEIRA, Simone de Rezende, et al. **O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico**. Cogitare Enferm. Janeiro/Março 2013.

SANTOS, Cleicy Kelly da Costa; ANDRADE, Cristianni Garrido; et al. **Comunicação em cuidados paliativos**: revisão integrativa da literatura. Rev brasileira de ciência da saúde, vol 18, p.63-72, 2014.

SILVA, Adriana Ferreira da; ISSI, Helena Becker; MOTTA; Maria da Graça Corso da. **A família da criança oncológica em cuidados paliativos**: o olhar da equipe de enfermagem. Cienc Cuid Saúde, 2011.

SILVA, Marcelle Miranda; LIMA, Lorhanna da Silva. **Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar**: perspectiva de enfermeiros. Rev gaúcha enferm, Dezembro, 2014.

SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas; LEITE, Josete Luzia; et al. **Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica**. Texto contexto enferm, Florianópolis, Jul- Set, 2012.

SOUSA, Daniele Martins de; SOARES, Erida de Oliveira, et al. **A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos**. Contexto Enferm., Florianópolis, 2009 Jan-Mar, 2009.

SOUSA, Janaina Meirelles; ALVES, Elioenai Dornelles. **Cuidados Paliativos de Enfermagem na atenção domiciliar**. Rev de enfermagem UFPE, online, Recife, Fevereiro, 2015.

SZARESKI, Charline; BEUTER, Margrid; BRONDANI, Cecília Maria. **O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem**. Rev gaúcha Enferm, Porto Alegre, Dez, 2010.

VENEGAS, Maritza Espinoza; ALVARADO, Olivia Sanhueza. **Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer.** Rev latino americano enfermagem, Julho/Agosto, 2010.

WATERKEMPER, Roberta; REIBNITZ, Kenya Schmidt. **Cuidados Paliativos:** a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. Rev gaúcha de enfermagem, Porto Alegre, 2010.

A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Taynara Carrijo Moreira

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

Thiago Melanias Araujo de Oliveira

Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida
de Goiânia, Faculdade de Medicina FAMED
Aparecida de Goiânia – Goiás

Geovana Louise Franco

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

Ana Cristina de Almeida

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

Pedro Henrique de Oliveira Alcantara Paniago

Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida
de Goiânia, Faculdade de Medicina FAMED
Aparecida de Goiânia – Goiás

Adriana Vieira Macedo Brugnoli

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

RESUMO: O leite materno (LM) é a fonte nutricional mais importante para o recém-nascido (RN), contendo nutrientes suficientes para o seu adequado desenvolvimento,

compostos imunológicos capazes de proteger o RN e estimular seu sistema imune, além de potentes anti-inflamatórios. Esse trabalho objetiva destacar o aleitamento materno como importante fonte de promoção de saúde. O trabalho é uma revisão bibliográfica qualitativa com busca na plataforma Scientific Electronic Library Online (SciELO), em livros relacionados ao tema e no site do Ministério da Saúde. Foram priorizados os trabalhos que melhor abordavam o tema e que se enquadravam no recorte temporal dos últimos 10 anos. Os resultados encontrados mostraram que a orientação e capacitação profissionais, o apoio emocional e a rotina de aleitamento vigente na instituição, estimularam a prática do aleitamento materno e definiu, para a mulher, a importância do início e continuação da amamentação. Concluiu-se que o estímulo ao aleitamento materno deve sempre ser buscado dentro dos serviços hospitalares, percebendo-se como importante meio de promoção de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno, Imunidade, Recém-Nascido, Lactente

ABSTRACT: Breast milk (BM) is the most important nutritional source for the newborn (NB), containing enough nutrients for its adequate development, immunological compounds capable of protecting the NB and stimulating its immune system, as well as potent

anti-inflammatory medicine. This work aims to highlight breastfeeding as an important source of health promotion. The work is a qualitative bibliographic review with a search on the Scientific Electronic Library Online (SciELO) platform, in books related to the topic and on the website of the Ministry of Health. Priority was given to the works that best dealt with the theme and were part of the temporal 10 years. The results showed that the professional orientation and training, emotional support and routine breastfeeding in the institution stimulated the practice of breastfeeding and defined for the woman the importance of the beginning and continuation of breastfeeding. It was concluded that the encouragement of breastfeeding should always be sought within the hospital services, perceived as an important means to health promotion.

KEYWORDS: Breast Feeding, Immunity, Newborn, Infant

1 | INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) representa a experiência nutricional mais precoce do recém-nascido (RN), oferece ingredientes não oferecidos por qualquer outro alimento ou leite industrializado. Anticorpos presentes no LM são direcionados a combater inúmeros microrganismos com os quais a mãe teve contato durante a vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). O colostro, secretado nos primeiros dias após o parto, é rico em compostos imunológicos que protegem contra infecções e estimulam a maturação do sistema imune do RN (ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S., 2015). O leite de mãe de prematuro confere efeitos anti-inflamatórios mais potentes do que em caso do RN a termo. O LM exclusivo até os 6 meses também reduz o risco de doenças autoimunes, diabetes mellitus, linfoma, alergia alimentar e estimula a colonização intestinal por microrganismos benéficos (KLIEGMAN, R. M. et al., 2009). Este trabalho possui o objetivo de narrar a importância da promoção ao aleitamento materno.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva por meio de uma revisão bibliográfica qualitativa que busca a análise de artigos publicados através da plataforma *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foi realizada uma busca do termo “aleitamento materno” na plataforma citada, na qual gerou 145 resultados. Após análise dos títulos e resumos resultantes, foram selecionados aqueles artigos que melhor abordem a relação entre os termos e, preferencialmente, produções mais recentes e limitadas no máximo em 10 anos. Foram pesquisados também, livros relacionados ao tema e o site do Ministério da Saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A promoção ao aleitamento materno pode ser realizada preferencialmente durante o pré-natal, pode também ocorrer durante a internação do parto e no pós-parto. O suporte de profissionais de saúde, apoio emocional e orientações do ponto de vista prático, (a posição da criança no seio e a pega correta) e ensinar a técnica de ordenha do LM são fundamentais para a construção da intenção de amamentar. Incentivar a amamentação durante o pré-natal é importante para que as gestantes desenvolvam a autoconfiança em sua capacidade de amamentar. Mulheres que receberam aconselhamento em amamentação tiveram taxas significativamente mais altas de intenção de amamentar, do que as que não receberam (VIEIRA et. al., 2016). Alguns estudos têm apontado que os profissionais de saúde, por meio de suas ações, exercem influência no início do aleitamento materno e na sua duração. Ser orientada sobre aleitamento materno por profissionais de saúde logo após o parto aumentou a chance da mulher amamentar na primeira hora de vida. E percebe-se que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão sobre a amamentação de seus filhos na primeira hora de vida, ficando limitadas às práticas dos profissionais envolvidos no parto e às rotinas institucionais vigentes nas maternidades (SÁ et. al., 2016). No pós-parto, a intervenção no ambiente familiar, tendo, a oportunidade de identificar o significado do aleitamento para a nutriz e seus familiares e transmitir conhecimentos teóricos e práticos, fortalecem as chances da amamentação (DIAS; BOERY; VILELA, 2016). A capacitação adequada dos profissionais de saúde mostrou uma associação direta significativa com o conhecimento, as habilidades e as práticas profissionais em aleitamento materno, fundamentais na assistência às gestantes, mães e bebês (JESUS; OLIVERIA; MORAES, 2017). A reciclagem desses profissionais, principalmente os da saúde primária, tem se mostrado essencial para o início e a continuidade da amamentação (VITOLLO; LOUSADA; RAUBER, 2014).

4 | CONCLUSÕES

Conclui-se que a intervenção, o incentivo e a transmissão de conhecimento pelos profissionais de saúde são de enorme peso para a decisão das mães de amamentar e para dar continuidade no aleitamento materno. Então, devido aos inúmeros benefícios imunológicos, afetivos, cognitivos entres outros para o bebê, e também muitos benefícios para a mãe, é de extrema importância refletir sobre a promoção do aleitamento materno e sempre desenvolver novas estratégias dentro dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. **Imunologia: celular e molecular**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015

DIAS, R. B.; BOERY, R. N. S. O.; VILELA, A. B. A. **Conhecimento de enfermarias e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.21, n.8, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802527&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2017

JESUS, P. C.; OLIVEIRA, M. I. C.; MORAES, J. R. **Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.22, n.1, Jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100311&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2017

KLIEGMAN, R. M. et al. **Nelson: Tratado de Pediatria**. 18ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009

SÁ, N. N. B. et al. **Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011**. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, vol.19, n.3, Jul./Sep. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300509&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; **Tratado de Pediatria**. 4ª edição. Barueri: Manole, 2017.

VIEIRA, T. O. et al. **Intenção materna de amamentar: revisão sistemática**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.21, n.12, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203845&lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2017

VITTOLO, M. R.; LOUZADA, M. L. C.; RAUBER, F. **Positive impact of child feeding training program for primary care health professionals: a cluster randomized field trial**. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, vol.17, n.4, Out./Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500873&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2017

A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Taynara Carrijo Moreira

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

Thiago Melanias Araujo de Oliveira

Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida
de Goiânia, Faculdade de Medicina FAMED
Aparecida de Goiânia – Goiás

Geovana Louise Franco

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

Ana Cristina de Almeida

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

Pedro Henrique de Oliveira Alcantara Paniago

Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida
de Goiânia, Faculdade de Medicina FAMED
Aparecida de Goiânia – Goiás

Adriana Vieira Macedo Brugnoli

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

RESUMO: O leite materno (LM) é a fonte nutricional mais importante para o recém-nascido (RN), contendo nutrientes suficientes para o seu adequado desenvolvimento,

compostos imunológicos capazes de proteger o RN e estimular seu sistema imune, além de potentes anti-inflamatórios. Esse trabalho objetiva destacar o aleitamento materno como importante fonte de promoção de saúde. O trabalho é uma revisão bibliográfica qualitativa com busca na plataforma Scientific Electronic Library Online (SciELO), em livros relacionados ao tema e no site do Ministério da Saúde. Foram priorizados os trabalhos que melhor abordavam o tema e que se enquadravam no recorte temporal dos últimos 10 anos. Os resultados encontrados mostraram que a orientação e capacitação profissionais, o apoio emocional e a rotina de aleitamento vigente na instituição, estimularam a prática do aleitamento materno e definiu, para a mulher, a importância do início e continuação da amamentação. Concluiu-se que o estímulo ao aleitamento materno deve sempre ser buscado dentro dos serviços hospitalares, percebendo-se como importante meio de promoção de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno, Imunidade, Recém-Nascido, Lactente

ABSTRACT: Breast milk (BM) is the most important nutritional source for the newborn (NB), containing enough nutrients for its adequate development, immunological compounds capable of protecting the NB and stimulating its immune system, as well as potent

anti-inflammatory medicine. This work aims to highlight breastfeeding as an important source of health promotion. The work is a qualitative bibliographic review with a search on the Scientific Electronic Library Online (SciELO) platform, in books related to the topic and on the website of the Ministry of Health. Priority was given to the works that best dealt with the theme and were part of the temporal 10 years. The results showed that the professional orientation and training, emotional support and routine breastfeeding in the institution stimulated the practice of breastfeeding and defined for the woman the importance of the beginning and continuation of breastfeeding. It was concluded that the encouragement of breastfeeding should always be sought within the hospital services, perceived as an important means to health promotion.

KEYWORDS: Breast Feeding, Immunity, Newborn, Infant

1 | INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) representa a experiência nutricional mais precoce do recém-nascido (RN), oferece ingredientes não oferecidos por qualquer outro alimento ou leite industrializado. Anticorpos presentes no LM são direcionados a combater inúmeros microrganismos com os quais a mãe teve contato durante a vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). O colostro, secretado nos primeiros dias após o parto, é rico em compostos imunológicos que protegem contra infecções e estimulam a maturação do sistema imune do RN (ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S., 2015). O leite de mãe de prematuro confere efeitos anti-inflamatórios mais potentes do que em caso do RN a termo. O LM exclusivo até os 6 meses também reduz o risco de doenças autoimunes, diabetes mellitus, linfoma, alergia alimentar e estimula a colonização intestinal por microrganismos benéficos (KLIEGMAN, R. M. et al., 2009). Este trabalho possui o objetivo de narrar a importância da promoção ao aleitamento materno.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva por meio de uma revisão bibliográfica qualitativa que busca a análise de artigos publicados através da plataforma *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foi realizada uma busca do termo “aleitamento materno” na plataforma citada, na qual gerou 145 resultados. Após análise dos títulos e resumos resultantes, foram selecionados aqueles artigos que melhor abordem a relação entre os termos e, preferencialmente, produções mais recentes e limitadas no máximo em 10 anos. Foram pesquisados também, livros relacionados ao tema e o site do Ministério da Saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A promoção ao aleitamento materno pode ser realizada preferencialmente durante o pré-natal, pode também ocorrer durante a internação do parto e no pós-parto. O suporte de profissionais de saúde, apoio emocional e orientações do ponto de vista prático, (a posição da criança no seio e a pega correta) e ensinar a técnica de ordenha do LM são fundamentais para a construção da intenção de amamentar. Incentivar a amamentação durante o pré-natal é importante para que as gestantes desenvolvam a autoconfiança em sua capacidade de amamentar. Mulheres que receberam aconselhamento em amamentação tiveram taxas significativamente mais altas de intenção de amamentar, do que as que não receberam (VIEIRA et. al., 2016). Alguns estudos têm apontado que os profissionais de saúde, por meio de suas ações, exercem influência no início do aleitamento materno e na sua duração. Ser orientada sobre aleitamento materno por profissionais de saúde logo após o parto aumentou a chance da mulher amamentar na primeira hora de vida. E percebe-se que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão sobre a amamentação de seus filhos na primeira hora de vida, ficando limitadas às práticas dos profissionais envolvidos no parto e às rotinas institucionais vigentes nas maternidades (SÁ et. al., 2016). No pós-parto, a intervenção no ambiente familiar, tendo, a oportunidade de identificar o significado do aleitamento para a nutriz e seus familiares e transmitir conhecimentos teóricos e práticos, fortalecem as chances da amamentação (DIAS; BOERY; VILELA, 2016). A capacitação adequada dos profissionais de saúde mostrou uma associação direta significativa com o conhecimento, as habilidades e as práticas profissionais em aleitamento materno, fundamentais na assistência às gestantes, mães e bebês (JESUS; OLIVERIA; MORAES, 2017). A reciclagem desses profissionais, principalmente os da saúde primária, tem se mostrado essencial para o início e a continuidade da amamentação (VITOLLO; LOUSADA; RAUBER, 2014).

4 | CONCLUSÕES

Conclui-se que a intervenção, o incentivo e a transmissão de conhecimento pelos profissionais de saúde são de enorme peso para a decisão das mães de amamentar e para dar continuidade no aleitamento materno. Então, devido aos inúmeros benefícios imunológicos, afetivos, cognitivos entres outros para o bebê, e também muitos benefícios para a mãe, é de extrema importância refletir sobre a promoção do aleitamento materno e sempre desenvolver novas estratégias dentro dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. **Imunologia: celular e molecular**. 8ª edição. Rio de

Janeiro: Elsevier, 2015

DIAS, R. B.; BOERY, R. N. S. O.; VILELA, A. B. A. **Conhecimento de enfermarias e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.21, n.8, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802527&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2017

JESUS, P. C.; OLIVEIRA, M. I. C.; MORAES, J. R. **Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.22, n.1, Jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100311&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2017

KLIEGMAN, R. M. et al. **Nelson: Tratado de Pediatria.** 18ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009

SÁ, N. N. B. et al. **Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011.** *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, vol.19, n.3, Jul./Sep. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300509&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; **Tratado de Pediatria.** 4ª edição. Barueri: Manole, 2017.

VIEIRA, T. O. et al. **Intenção materna de amamentar: revisão sistemática.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.21, n.12, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203845&lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2017

VITTOLO, M. R.; LOUZADA, M. L. C.; RAUBER, F. **Positive impact of child feeding training program for primary care health professionals: a cluster randomized field trial.** *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, vol.17, n.4, Out./Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500873&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2017

A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELACIONADA À SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PREVENÇÃO DE ULCERAS POR PRESSÃO EM UM HOSPITAL DE REFERENCIA DE BELÉM DO PARÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alzinei Simor

Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém-PA

Gabriela De Nazaré E Silva Dias

Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém-PA

Glenda Keyla China Quemel

Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém-PA

Iara Samily Balestero Mendes

Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém-PA

Jaqueline Pinheiro Morais

Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém-PA

Jully Greyce Freitas De Paula

Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém-PA

Leticia Almeida De Assunção

Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém-PA

Maira Cibelle Da Silva Peixoto

Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém-PA

Matheus Lucas Neves De Carvalho

Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém-PA

Marcelo Williams Oliveira De Souza

Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém-PA

RESUMO: O presente estudo visou apresentar um relato de experiência vivenciado por acadêmicos de enfermagem. Buscou-se identificar o conhecimento da equipe de enfermagem a respeito de formas de prevenção e de tratamento de lesão de pressão. A pesquisa é descritiva do tipo relato de experiência, realizada em uma unidade de terapia intensiva. Foram realizadas rodas de conversa com um quantitativo de 16 profissionais intensivistas do hospital durante o período em que a equipe de enfermagem encontrava-se no seu posto de enfermagem e no momento em que a mesma estivesse sem muita demanda, com o intuito de que todos pudessem participar e que não atrapalhasse em momento algum a sua assistência prestada aos pacientes. Procurou-se conhecer as ações assistenciais desenvolvidas pela equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva e investigar como estão sendo implementados os cuidados prescritos para a prevenção de lesões por pressão. Constatou-se que a prevenção de LPP é uma responsabilidade direta da equipe de enfermagem que está continuamente avaliando as condições tegumentares dos pacientes, relacionando a baixa taxa de LPP em pacientes efetiva a implementação dos cuidados de enfermagem em pacientes acamados. Ficou evidente que os cuidados e a prevenção das úlceras por pressão requer o envolvimento de

uma equipe multidisciplinar, a participação da família e o alívio da pressão, incluindo mudança de decúbito.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera por pressão; Prevenção; Unidade de Terapia Intensiva.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Pereira, Ludvich e Omizzolo (2016), a segurança é o primeiro domínio da qualidade na assistência à saúde. Não há como oferecer uma boa assistência se esta não for feita com segurança. O conceito de Segurança do Paciente se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. (BRASIL,2014)

De acordo com Gabriel (2011), a segurança do cuidado prestado é um dos indicadores de maior impacto na qualidade da assistência à saúde. Não há como proporcionar uma assistência médico-hospitalar de qualidade, se esta não for realizada de maneira segura. Medidas que promovam a segurança do paciente tem como objetivo evitar e prevenir falhas na atenção prestada nos serviços de saúde, no intuito de evitar eventos adversos que ponham em risco a vida dos usuários.

Além disso, é um componente prioritário da qualidade da atenção, em que a equipe de enfermagem tem papel importante por ser um dos principais prestadores de cuidados (MACHADO, 2013). De acordo com Silva (2013) qualidade assistencial é considerada um processo complexo, o qual tem como função identificar constantemente os fatores passíveis de melhorias na dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem. Para tanto, requer do enfermeiro a implantação de ações e a construção de instrumentos que permitam avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados.

Para Ribeiro (2016), a Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente onde oferece suporte avançado de vida durante 24 horas, A ocorrência de eventos adversos no ambiente da terapia intensiva infelizmente é uma rotina usual e frequente. Destaca-se que uma das consequências mais comuns resultantes de longa permanência em hospitais é o aparecimento de lesões de pele, especialmente as úlceras por pressão (UPP).

As lesões de pele representam um grande desafio para os profissionais de saúde que prestam cuidados a pacientes críticos, à medida que, na prática clínica, tem se tornado frequente a ocorrência de úlceras por pressão (UP), com aumento de custos no tratamento, internação hospitalar prolongada, além de desconforto e impacto negativo sobre a qualidade do serviço prestado e a qualidade de vida dos pacientes.

A ocorrência de eventos adversos no ambiente da terapia intensiva infelizmente é uma rotina usual e frequente. Destaca-se que uma das consequências mais comuns resultantes de longa permanência em hospitais é o aparecimento de lesões de pele, especialmente as lesão por pressão (LPP).

Segundo Pedro (2018), assim, além das LPP's representam grandes desvantagens econômicas para as instituições de saúde, também representam barreiras socioeconômicas e educacionais, pois na maioria das vezes está relacionada com a falta de investimentos nas áreas de prevenção para minimizar as despesas dos tratamentos.

Existem ocorrências comprovadas e elevadas de LPP em pacientes cirúrgicos, 25% em pacientes que foram submetidos à cirurgia eletiva (URSI; GALVÃO, 2012) e 19,7% em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca (CARNEIRO; LEITE, 2011), demonstrando que a ocorrência dessas lesões é elevada entre os pacientes cirúrgicos (KNIES et al, 2017). Dessa forma, a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente hospitalizado em estado crítico é um desafio que enaltece toda a equipe de profissionais relacionadas no cuidado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sendo necessárias práticas criteriosas e de qualidade e ações prioritárias para que seja alcançado a prevenção da LPP's.

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos na área da saúde, a ocorrência de Úlcera por Pressão (UP) em instituições hospitalares, ainda hoje, representa um sério problema, acarretando sofrimento físico e psicológico para o paciente e seus familiares, além de contribuir para o aumento dos gastos financeiros do sistema de saúde, geralmente escassos. (MINAMI et al 2012)

Os protocolos nas instituições de saúde são uma forma de reduzir as taxas de incidências de Úlceras por pressão. Contudo os protocolos ainda são poucos utilizados nas instituições hospitalares, outra medida de prevenção são ações educativas promovidas dentro das instituições, que surgem como uma forma de capacitar o profissional com o objetivo de ter o aprimoramento do trabalho da enfermagem e melhorar a qualidade da assistência ao paciente. (GALVÃO, 2017)

No Brasil, tais medidas, relacionadas aos protocolos de prevenção e tratamento às ações educativas, são bastante limitadas e começam a ser instituídas em função dos credenciamentos institucionais para a qualidade, nos quais a incidência de UP está incluída, e da Política Nacional de Segurança do Paciente recém-lançada. (BRASIL,2014)

2 | OBJETIVOS

Posto isso, este resumo tem como objetivo conhecer as ações assistenciais desenvolvidas pela equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva e investigar como estão sendo implementados os cuidados prescritos para a prevenção de lesões por pressão.

3 | METODOLOGIA

Resumo expandido do tipo descritivo no formato de relato de experiência com características exploratórias, preconizando uma pesquisa qualitativa desenvolvida a partir de análise crítica da vivência de acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem na disciplina Unidades de Terapia Intensiva no período do mês de setembro a dezembro de 2017 em um hospital de referência da cidade de Belém do Pará. Os sujeitos do estudo são constituídos pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem da UTI, em um total de 16 profissionais. Buscou-se identificar o conhecimento da equipe de enfermagem a respeito de formas de prevenção e de tratamento de lesão de pressão.

Foram realizadas rodas de conversa com um quantitativo de 16 profissionais intensivistas do hospital durante o período em que a equipe de enfermagem encontrava-se no seu posto de enfermagem e no momento em que a mesma estivesse sem muita demanda, com o intuito de que todos pudessem participar e que não atrapalhasse em momento algum a sua assistência prestada aos pacientes.

Dessa maneira, foi apresentada aos sujeitos uma pergunta norteadora: Descreva o que você realiza, no hospital, para prevenir o surgimento de lesão de pressão e para tratá-las, sendo realizadas observações a partir dos relatos sobre a assistência desses profissionais sobre uma amostra de 16 pacientes pertencentes nos leitos da UTI. Dada a importância da prevenção de lesão por pressão e a prática de cuidados a pacientes com feridas ser especialidade da enfermagem, cabe ao enfermeiro avaliar diariamente o paciente e identificar o risco para lesões.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com os resultados obtidos foi possível constatar que a maior parte dos enfermeiros estimulavam a participação do núcleo familiar para que o paciente pudesse se sentir amparado, representando um grande impacto social/familiar na vida paciente acometido por lesões. Além disso, percebeu-se a grande participação da maioria dos profissionais sobre a temática, isso fez com eles se sentissem mais à vontade de dialogar sobre suas percepções e conhecimentos, possibilitando um momento reflexivo, interativo e participativo, e, promovendo a desconstrução e construção de saberes individuais e coletivos que pouco era realizado durante o período de assistência.

Os profissionais atuam juntamente a equipe multidisciplinar, familiares e pacientes visando o não acometimento de lesões por pressão. Os enfermeiros aplicam a escala de Braden e de acordo com o resultado, é definido o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele”, após são eleitos os cuidados. Como medidas preventivas, os profissionais afirmaram que utilizam a mudança de decúbito como medida preventiva a LPP desenvolvendo a idéia de que a mesma evita a

compressão prolongada e consequente redução da irrigação sanguínea local, portanto deve ser feita pelo menos a cada duas horas se não houver contra-indicações relacionadas às condições gerais do paciente.

Cinco profissionais relataram que realizam a hidratação da pele com óleo e sustentaram que a hidratação com óleo da pele do paciente em risco potencial para surgimento de úlceras de pressão é indicada, por evitar o ressecamento da pele e a consequente diminuição da elasticidade, fatores que resultam em fissuras e rompimento das camadas da pele. Ao referir-se as observações da assistência, as acadêmicas puderam identificar o quantitativo de pacientes com LPP's e se a assistência prestada estava sendo efetuada corretamente e quais procedimentos eram realizados para prevenir as lesões.

Com isso, relacionando aos fatores de riscos das LPP's, muitos não associavam a umidade no leito, força do cisalhamento, edema e doenças crônicas com desenvolvimento das lesões. Apesar da equipe de enfermagem saber quais as formas de prevenção, notou-se, através dos depoimentos, que o modo de realizar alguns meios de prevenção não acontecia de forma efetiva. Foi notória a escassez de profissionais para a quantidade de pacientes, o que resultava na falta de tempo para prevenir as LPP's e déficit de materiais que promoviam a prevenção.

Após os achados foi possível constatar que houve um significativo aumento de publicações desde o ano de 2014 sobre as temáticas: segurança do paciente e medidas preventivas encontradas para melhorar a perspectiva de segurança (REIS; SILVA, 2016), o que está diretamente relacionado ao maior destaque dado pelos órgãos às políticas de qualidade do cuidado prestado ao usuário (MENDES, 2013).

Nesse contexto, apesar dos avanços na área de saúde, a segurança do paciente ainda é influenciada pelos profissionais de saúde com ocorrência de erros que refletem diretamente na qualidade de vida dos pacientes (CARLES et al., 2017), os denominados “eventos adversos”, comprometendo a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados dos profissionais de saúde (CALDANA et al., 2015).

Desse modo, é imprescindível conhecer a realidade do trabalho, estimular a participação das pessoas e empregar ferramentas (OLIVEIRA et al., 2014) destinadas a gerenciar os riscos, visando minimizar as ocorrências de eventos adversos ou agravos aos usuários dos serviços de saúde (DO NASCIMENTO PEREIRA et al., 2017). Assim, o estudo revelou que a maioria dos entrevistados não possuía o conhecimento da existência do protocolo sobre prevenção de LPP, inclusive aqueles que já estão na instituição por mais tempo.

Sendo de grande relevância a introdução/conhecimento de protocolos e novas ferramentas capazes de orientar os procedimentos assistenciais por parte do enfermeiro com a finalidade de reduzir as complicações da internação na UTI (SANTOS et al., 2017), otimizar o tempo de internação e promover a segurança do paciente. Assim, a aplicação prática de protocolos é necessária, uma vez que sistematiza e qualifica o trabalho em enfermagem, melhorando os cuidados prestados, fato que contribuirá

para o aumento da sobrevivência dos pacientes com redução da prevalência de LPP (STUQUE et al., 2017).

Da Silva e Colaboradores (2018) destaca que a prevenção da LP requer a realização de atividades por todos os indivíduos que formam a equipe, numa abordagem interdisciplinar, para desenvolver e implementar o plano de cuidado. Embora se conheça a multicausalidade da LPP e a necessidade de tal abordagem multiprofissional, é notória que apesar do conhecimento atual ainda é necessário práticas da equipe baseada em evidências para assegurar a assistência de qualidade ao paciente, sendo a equipe de enfermagem a responsável direta e contínua para prevenção de tal problema (TEIXEIRA et al., 2017).

Para operacionalização dessa visão, tornam-se necessários: uma cultura organizacional que valorize a prevenção, estratégias que promovam o trabalho em equipe e a comunicação e indivíduos com “expertise” sobre a temática (SANTOS et al., 2017). Assim, para minimizar a ocorrência da LPP, é necessário reduzir o tempo e a quantidade de pressão a que o paciente está exposto, com mudanças de posição em horários programados para indivíduos acamados ou em cadeiras (TEIXEIRA et al., 2017).

Todavia, a frequência deve levar em consideração a condição do paciente (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição médica geral, objetivos globais do tratamento e avaliações do estado da pele) e a superfície de apoio em uso (FERNANDES SOARES; SCHULTER BUSS HEIDEMANN et al., 2018). É de suma importância que os profissionais de saúde estejam preparados para atender os pacientes de risco e, para isso, é necessário que haja uma uniformização do conhecimento por meio de educação permanente ou padronização de procedimentos pelos profissionais acerca das medidas de prevenção das LPPs (SANTOS et al., 2017).

5 | CONCLUSÃO

A prevenção de LPP é uma responsabilidade direta da equipe de enfermagem que está continuamente avaliando as condições tegumentares do pacientes, relacionando a baixa taxa de LPP em pacientes efetiva a implementação dos cuidados de enfermagem em pacientes acamados. Ficou demonstrado que os cuidados e a prevenção das úlceras por pressão requer o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, a participação da família e o alívio da pressão, incluindo mudança de decúbito.

A continuidade da assistência de enfermagem, no tocante ao manejo dos curativos, é algo imprescindível para recuperação das lesões de pele, bem como na sua prevenção. A inspeção regular da ferida e o conhecimento sobre as coberturas são de fundamental importância quando se trata de curativos, outro ponto importante que deve-se ressaltar e a responsabilidade que o enfermeiro tem como gestor da UTI e líder da equipe de enfermagem, de supervisionar o serviço e incentivar sua equipe a

ter conhecimento acerca dos protocolos e também da política nacional de segurança do paciente.

É evidente a necessidade da realização de uma educação continuada com a equipe de enfermagem da instituição como estratégia incorporar os novos conhecimentos, tecnologias e alternativas disponíveis para utilização em suas práticas e que seja ratificada a responsabilidade e a atuação de cada profissional frente a prevenção e o cuidado das lesões.

REFERÊNCIAS

BRASIL. documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: [s.n.], 2014. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp>>. Acesso em: 29 maio 2018.

CARNEIRO, G. A.; LEITE, R. C. B. O. Skin lesions in the intraoperative period of cardiac surgery: incidence and characterization. *Revista da Escola de Enfermagem, São Paulo*, 45, 3, 611-6, 2011.

CARLESI, Katya Cuadros et al. Ocorrência de incidentes de segurança do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-8, 2017.

CALDANA, Graziela et al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente desafios e perspectivas. 2015.

DO NASCIMENTO PEREIRA, Gleidson et al. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 2, 2017.

FERNANDES SOARES, Cilene; SCHÜLTER BUSS HEIDEMANN, Ivonete Teresinha. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO: EXPECTATIVAS DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018.

GALVÃO, Nariani Souza et al. Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 70, n. 2, p. 321-8, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000200294&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 04 set. 2018.

GABRIEL, Carmen Silvia et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *revista latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1-9, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692011000500024&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30 ago. 2018.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Ana Cristina Marques; MARTINS, Monica Silva. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 29, p. 1036-1082, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a04v29n6.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

MENDES, Walter. Segurança do paciente. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/aluno/Downloads/2692-8977-1-PB.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

PEDRO, Jean Eduardo et al. IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. Revista UNI-RN , Natal, v. 14, n. 1, p. 99-124, jan.2015. Disponível em: <<http://www.revistaunirn.inf.br/revistaunirn/index.php/revistaunirn/article/viewFile/354/299>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

PEREIRA, Mariane Onofre; LUDVICH, Sabrina Cardoso; OMIZZOLO, Jaqueline Aparecida Erig. SEGURANÇA DO PACIENTE: PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Inova Saúde**, v. 5, n. 2, p. 29-44, 2016. MINUZZI, Ana Paula et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2016.

REIS, Adriana Teixeira; SILVA, Carlos Renato Alves da. SEGURANÇA DO PACIENTE. 2016. Disponível em:< https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000301002>. Acesso em: 24 set. 2018.

RIBEIRO, Gabriella da Silva Rangel; SILVA, Rafael Celestino; FERREIRA, Márcia Assunção. Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** , Brasilia, v. 69, n. 5, p. 72-80, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500972>. Acesso em: 15 set. 2018

SANTOS, Cássia Teixeira dos et al. Lesão por pressão: novo diagnóstico de enfermagem submetido e aprovado à Nanda International. **Simpósio do Processo de Enfermagem (8.: 2017: Porto Alegre, RS) Processo de enfermagem: estratégia para resultados seguros na prática clínica. Porto Alegre: HCPA, 2017.**, 2017.

SANTOS, Elaine Rocha Ribeiro dos et al. PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: REVISÃO INTEGRATIVA DA PRODUÇÃO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA. **Ciência (In) Cena Bahia**, v. 1, n. 5, p. 139-157, 2017.

STUQUE, Alyne Gonçalves et al. Protocolo de prevenção de úlcera por pressão. **Revista Rene**, v. 18, n. 2, 2017.

SILVA, Romulo Botelho et al. Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. **Revista Gaucha de Enfermagem** , Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 114-120, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400015>. Acesso em: 15 set. 2018.

KNIES, Stéfanie Rolim et al. ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES CIRÚRGICOS: PRODUÇÃO ACADÊMICA. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 8, n. 2, 2017. CARNEIRO, G. A.; LEITE, R. C. B. O. Skin lesions in the intraoperative period of cardiac surgery: incidence and characterization. *Revista da Escola de Enfermagem, São Paulo*, 45, 3, 611-6, 2011.

TEIXEIRA, Anne Kayline Soares et al. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. **Revista Estima**, v. 15, n. 3, 2017.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Occurrence of pressure ulcers in patients undergoing lective surgeries. *Acta paulista de enfermagem, São Paulo*, 25, 5, 2012.

ANÁLISE CLÍNICA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA NA INFÂNCIA DURANTE ESTÁGIO NA ALA PEDIÁTRICA

Nandson Henrique da Silva

Barachel em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – UFCG / Campina Grande – Paraíba;

Lais Raissa Lopes Caetano

Barachel em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – UFCG / Campina Grande – Paraíba;

Sonally Waldemira Guimarães Rodrigues da Silva

Barachel em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – UFCG / Campina Grande – Paraíba;

Mayara Rayssa Farias Barroso

Barachel em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – UFCG / Campina Grande – Paraíba;

Natally Calixto Lucena

Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – UFCG / Campina Grande – Paraíba;

Maine Dayane Martins Lins

Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – UFCG / Campina Grande – Paraíba;

Sandra Mendes de Abreu

Discente do curso de Bacharelado em Farmácia na Faculdade Maurício de Nassau / Campina Grande – Paraíba;

Jailton José Ferreira de Freitas

Discente do curso de Bacharelado em

Enfermagem na Faculdade Maurício de Nassau / Campina Grande – Paraíba;

Iluska Natyelle Nunes da Silva Lima

Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem na Faculdade Maurício de Nassau / Campina Grande – Paraíba;

RESUMO: A pesquisa em questão refere-se às atividades realizadas pelos acadêmicos de enfermagem na ala pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro. O estágio complementa a formação do aluno, proporcionando uma experiência acadêmico-profissional através de vivências nos campos de prática do enfermeiro no ambiente hospitalar. De acordo com a abordagem técnica-científica os principais fatores fisiopatológicos, achados clínicos e o uso de conhecimentos de Enfermagem para a identificação e diagnóstico do paciente pediátrico que possa apresentar alguma doença desmielinizante. A esclerose múltipla (EM) patologicamente caracteriza-se por múltiplas áreas de inflamação, desmielinização e cicatrizes gliais na substância cinzenta do SNC. A ocorrência da EM está relacionada a idade, onde os adultos têm maior tendência a desenvolver a doença, em específico pessoas do gênero feminino, mesmo sendo uma doença que atinge numericamente mais adultos jovens e idosos ainda sim tem

incidências em crianças e adolescente, normalmente esta vem correlacionada a outras patologias, como “a doença de Devic ou neuromielite óptica. Para diagnosticar e classificar a Esclerose Múltipla alguns critérios a serem considerados, no exame neurológico deve existir déficits objetivos; a investigação deve ser cuidadosa para que possam ser excluídas outras doenças clínicas e neurológicas e segundo os autores, o que auxilia na diferenciação das outras patologias e a anamnese, o exame físico e exames laboratoriais. Podendo assim, o Enfermeiro junto aos dados coletados durante a investigação direcionar e auxiliar na identificação de sintomas específicos de cada patologia, conduzindo suas ações e condutas para obter o diagnóstico correto e no melhor cuidar do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Esclerose Múltipla; Enfermagem Pediátrica; Doenças neurológicas.

ABSTRACT: The research in question refers to the activities performed by nursing academics in the pediatric ward of the University Hospital Alcides Carneiro. The internship complements the training of the student, providing an academic-professional experience through the experiences in the nurse’s fields of practice in the hospital environment. According to the technical-scientific approach, the main pathophysiological factors, clinical findings and the use of Nursing knowledge for the identification and diagnosis of the pediatric patient that may present some identifiable disease. Multiple sclerosis (MS) is pathologically characterized by multiple areas of inflammation, demyelination and glial scars in the gray matter of the CNS. The occurrence of MS is related to age, where adults have a greater tendency to develop the disease, in specific people of the female gender, even though it is a disease that is numerically more young and older adults, it still has incidence in children and adolescents, usually has been correlated with other pathologies, such as “Devic’s disease or optic neuromyelitis.” To diagnose and classify Multiple Sclerosis some criteria to be considered, in the neurological exam there must be objective deficits; and neurological diseases can be excluded and according to the authors, which helps in the differentiation of other pathologies and anamnesis, physical examination and laboratory tests. Thus, the nurse with the data collected during the investigation can direct and help identify specific symptoms of each pathology, conducting their actions and behaviors to obtain the correct diagnosis and the best care of the patient.

KEYWORDS: multiple sclerosis; Pediatric nursing; Neurological diseases.

INTRODUÇÃO

A pesquisa em questão refere-se às atividades realizadas pelos acadêmicos de enfermagem, na ala pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro, o estágio complementa a formação do aluno, proporcionando uma experiência acadêmico-profissional através de vivências nos campos de prática do enfermeiro no ambiente hospitalar; estabelecer relações entre a teoria e a prática profissional, refletindo sua

aprendizagem com reflexões sobre o trabalho cotidiano do enfermeiro no Serviço de Saúde Hospitalar, aperfeiçoar habilidades técnico-científicas necessárias ao exercício profissional, no ambiente hospitalar, ou seja, planejar e executar o cuidado da Sistematização da Assistência de Enfermagem, fortalecer a integração do aluno e da Escola de Enfermagem com a realidade político-social e profissional e reforçar os aspectos bioéticas inerentes ao exercício profissional, principalmente no ambiente hospitalar e, se possível, realizar pesquisas para aperfeiçoamento científico.

Colocamos em prática tudo o que nos foi passado em sala de aula e em laboratório, tendo todo o apoio e auxílio da professora para isso sendo a facilitadora e intermediadora da nossa integração com o serviço e a equipe de saúde. Esses dias em hospital tornaram-se um momento de suma importância no nosso processo de formação profissional e pessoal. Desenvolvemos habilidades, técnicas, humanização, ampliamos visões e “sentimos na pele” o que é ser enfermeiro.

Esta pesquisa traz através de uma abordagem técnica-científica os principais fatores fisiopatológicos, achados clínicos e o uso de conhecimentos de Enfermagem para a identificação, diagnóstico e cuidados com o paciente pediátrico que possa apresentar alguma doença desmielinizantes. Trazendo em específico e com argumentação os principais aspectos que possam excluir outras patologias, evidenciando os sinais e sintomas para um tipo específico da doença, a esclerose múltipla.

O objetivo geral desse relato de caso é colocar em pauta a análise de causas, sinais e sintomas de doenças desmielinizantes, em especial a esclerose múltipla, com a pretensão de aprimorar a visão de uma patologia pouco conhecida e sem relato registrado de diagnóstico em crianças e que necessita do Enfermeiro uma análise dos achados clínicos para melhor cuidado com o paciente.

METODOLOGIA

Este relato utilizou como campo de pesquisa às atividades realizadas pelos acadêmicos de enfermagem, na ala pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro, com duração de três dias, nos dias 25 e 29 de abril e 04 de maio do ano de 2016. Junto com a professora da disciplina de Saúde da Criança e Adolescente foi observado os sinais vitais, achados clínicos e procedimentos de rotina.

Após a vivência prática foi utilizado do método de pesquisa em revisão integrativa da literatura, que segundo Fontanes (2016) apud Mendes (2008), tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico produzido sobre um tema investigado, em um período de tempo determinado, permitindo avaliar e sintetizar as evidências disponíveis, contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento do conhecimento na temática foram utilizados os artigos e publicações científicas disponíveis nas bases da Scientific Electronic Library Online - SciELO e da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) para fundamentar e aprofundar os conhecimentos sobre as doenças desmielinizante

e a esclerose múltipla. Durante a pesquisa foram encontrados 49 artigos com a palavra-chave “esclerose múltipla” e filtro para artigos em língua portuguesa na BVS e na SciELO 110 artigos – na SciELO foi necessário incluir o filtro pediatria pois a quantidade de artigos fora do contexto e objetivo era superior a 25% do total restando 4 artigos, utilizando-se de 6 artigos após compatibilidade dos títulos com o objetivo do relato, leitura da introdução e objetivos dos artigos. Foi observada a escassez de pesquisas sobre esclerose múltipla e doenças desmielinizantes voltadas para a saúde da criança sendo evidenciada pela quantidade de artigos utilizada nessa pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Bertotti (2011) apud Brustt (2000), a esclerose múltipla (EM) patologicamente caracteriza-se por múltiplas áreas de inflamação, desmielinização e cicatrizes gliais na substância cinzenta do SNC. Ou seja, ocorre um dano neural direta nas funções sensitivas e sinápticas no sistema nervoso central ocasionado alterações fisiológicas, como a ausência de condução neural. Já Silva (2011) traz a esclerose múltipla com uma patologia degenerativa do SNC e a classifica como uma doença crônica sem efeitos graves sobre a expectativa de vida do paciente, podendo as consequências da patologia variar de cada organismo.

Tais consequências estão relacionadas com os fatores de exposição a determinado vírus, sendo está uma das hipóteses relacionadas a uma das causas da EM como uma reação autoimune após infecções no sistema nervoso central que degradam a bainha de mielina que envolve os nervos. A bainha de mielina tem como função de aumentar a velocidade da condução sináptica através dos neurônios tornando assim as respostas e reações mais rápidas. Esta hipótese é citada por Bertotti (2011) como suspeita de resultados da ação direta de vírus no SNC ou por intervenção de vírus sobre o sistema imunológico. Porém todos os autores apenas trazem hipóteses sem estudos claros ou comprovação específica sobre a etiologia da EM, pois sem compreender as causas da EM não é possível determinar suas características (Fernandes, 2005).

A ocorrência da EM está relacionada a idade, onde os adultos têm maior tendência a desenvolver a doença, em específico pessoas do gênero feminino. No Brasil, as estatísticas mostram que 10 em cada 100 mil habitantes têm a patologia, cerca de 70% dos portadores são do sexo feminino (Cash, 1987).

Mesmo sendo uma doença que atinge numericamente mais adultos jovens e idosos ainda sim tem incidências em crianças e adolescente, normalmente a esclerose múltipla vem correlacionada a outras patologias, como “a doença de Devic ou neuromielite óptica, uma doença rara de origem incerta e de difícil identificação podendo ser analisada por mecanismo imunológico de dano tecidual pelo anticorpo antiEpstein Barr “ (Silva, 2001), porém ela está relacionada com a esclerose múltipla ou fatores ambientais como exposição de tóxicos ou vacinação antirrábica.

Existem quatro formas diferentes de evolução da doença, que em todos os artigos seguem a mesma classificação proposta por Lublin e colaboradores em 1996 diferenciando somente alguns sinais e duração de fases, sendo exposta no quadro 1, logo a seguir.

| Tipo | Características |
|-----------------------------|--|
| EM recidivante com remissão | Caracterizada por um curso de recidivas recorrentes discretas, entremeadas por períodos de remissão quando a recuperação é completa ou parcial. |
| EM progressiva secundária | Depois de um período de recidiva e remissão, a doença entra em uma fase em que há deterioração progressiva, com ou e sem recidivas sobrepostas identificáveis. |
| EM progressiva primária | Tipificado por déficit neurológico progressivo e cumulativo desde o início. |
| EM benigna | Está associada a sintomas iniciais menos graves, por exemplo, sensoriais. |

Quadro 1. Classificação da Esclerose Múltipla

Fonte: Cash (1987), Associação Médica Brasileira – AMB, Conselho Federal de Medicina – CFM e Academia Brasileira de Neurologia ABN (2005).

Para diagnosticar e classificar a Esclerose Múltipla alguns critérios a serem considerados, no exame neurológico deve existir déficits objetivos; a investigação deve ser cuidadosa para que possam ser excluídas outras doenças clínicas e neurológicas. Segundo os autores, o que auxilia na diferenciação das outras patologias e a anamnese, o exame físico e exames laboratoriais.

“No exame físico do paciente, são avaliados os movimentos, a marcha, o equilíbrio e a postura para avaliar a existência de risco de queda ou úlceras por pressão” Corso (2012).

Exames de sistemas específicos ocorrem mais sucintos quando são evidenciados alguns sinais anormais ou sintomas que estarão relacionados ao sistema, por exemplo, disfagia (dificuldade na deglutição) seria evidenciado o exame físico do aparelho gastrointestinal, levando assim na elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem voltada para esse sintoma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio proporciona experiências pouco vivenciadas durante o curso até, certamente, foi bastante enriquecedor para nossas futuras carreiras profissionais. Um fator a mais para que obtivéssemos êxito durante o nosso estágio, foi o acompanhamento das professoras, que nos orientou durante o nosso trabalho fazendo com que nos sentíssemos confiantes, pois sabíamos que teríamos os melhores respaldos científicos.

Durante esses dias em hospital, tivemos a oportunidade de conhecer as mais diversas realidades, com isso, passamos a compreender a criança em sua totalidade, respeitando a sua história de vida e o contexto no qual está inserido. No transcorrer, repensamos nossas posturas, como profissionais que seremos, e percebemos que para tanto é fundamental trabalharmos pautados na ética e respeito.

De acordo com Waldow (1998), a Enfermagem é uma disciplina, ou seja, uma área de conhecimento caracterizada pelo seu aspecto prático. É, entretanto, uma profissão que lida com ser humano, interage com ele e requer o conhecimento de sua natureza física, social, psicológica, e suas aspirações espirituais.

Para Leopardi (1999, p.48), Enfermagem é uma atividade de cuidado aos seres humanos e, como processo de trabalho, tem um objetivo e uma direção. Tem uma finalidade de trabalho que ao ser caracterizado define a tendência de sua ação. Tais afirmações significam que a prática de enfermagem revela mais do que apenas um fazer técnico, revela a origem e consequência deste fazer.

Com isso, concluímos que o cuidado à criança engloba os mais diferentes aspectos, contendo ações que visem à promoção e recuperação da saúde, respeitando as individualidades. Por isso, passamos a não só observar, mas também, a vivenciar as situações, passando por um processo contínuo de adaptação, sendo este compartilhado com os pacientes e equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Berotti, A. P., Lenzi, M. C. R.; Portes, J. R. M. P. O portador de esclerose múltipla e suas formas de enfrentamento frente à doença. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan./jul. 2011.
- Corso, N. A. A. et al Sistematização da Assistência de Enfermagem para acompanhamento ambulatorial de pacientes com esclerose múltipla. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2013; 47(3):750-5.
- Ferreira, F. O. F. et al Velocidade de processamento, sintomas depressivos e memória de trabalho: Comparação entre idosos e portadores de esclerose múltipla. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 24(2), 367-380.
- Fontanesi, S. R. O.; Schmidt, A. Intervenções em afasia: Uma revisão integrativa. *Rev. CEFAC [online]*. 2016, vol.18, n.1, p.252-262. ISSN: 1982-0216.
- Silva, E. G.; Castro, P. F. Percepção do paciente portador de esclerose múltipla sobre o diagnóstico e tratamento. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 19 (1-2), Jan-Dez 2011, 79-88p.
- Silva, A. R. S.; Barros, S. V. T.; Rotta, N. T.; Ohlweiler, L.; Stone, I.; Mello, L. R. Doença de Devic: Relato de caso. *Jornal de Pediatria – Vol. 77, nº 6*, 2001.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE ESTERNECTOMIA DE OSTEOSSARCOMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jamil Michel Miranda do Vale

Universidade do Estado do Pará, Residente de Enfermagem em Oncologia no Hospital Ophir Loyola, Belém, PA.

Antônio Corrêa Marques Neto

Centro Universitário do Pará, Residente de Enfermagem em Neurologia no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, Belém, PA.

Paulo Victor Caldas Soares

Universidade do Estado do Pará, Residente de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva no Hospital Ophir Loyola, Belém, PA.

Marcella Fernanda Martins Ximenes Soares

Universidade do Estado do Pará, Segundo Departamento de Câncer, Hospital Ophir Loyola, Especialista em Oncologia, Belém, PA.

Marlete Nascimento de Castro

Universidade do Estado do Pará, Segundo Departamento de Câncer, Hospital Ophir Loyola, Especialista em Oncologia, Belém, PA.

RESUMO: De acordo com a Sociedade Brasileira de Cancerologia, surgem no Brasil 2.700 novos casos de câncer ósseo e estes são percebidos como raros. Temos como tumores malignos mais frequentes o Osteossarcoma (também chamado de sarcoma osteogênico), apresentado como tumor exclusivo do osso, categoria primária. Diante do exposto temos como objetivo relatar a experiência de enfermeiros residentes

junto a enfermeiros preceptores ao aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. O estudo foi realizado no mês de abril de 2017 em um hospital de referência em tratamento oncológico de Belém, subsidiado pelo Processo de Enfermagem. Foram desenvolvidas de Investigação; Definição dos diagnósticos de enfermagem; Planejamento dos resultados esperados e Implementação da Assistência de Enfermagem utilizando a Taxonomia II da NANDA, Nursing Interventions Classification e Nursing Outcomes Classification. As intervenções basearam-se nos diagnósticos de Dor relacionada a agente lesivo físico, caracterizada por relato verbal, expressão facial de dor; Integridade da pele prejudicada relacionada ao fator mecânico cirúrgico e alteração no turgor da pele, caracterizado por alteração da integridade da pele; Risco de choque relacionada a infecção e hipoxemia e Risco de recuperação cirúrgica retardada relacionada com infecção perioperatória do sítio cirúrgico. Constatamos, ao aplicar a sistematização, a viabilização de um cuidado integral, baseando nossas ações para as necessidades do cliente, de forma a propiciar uma recuperação com diminuição de danos ou possíveis sequelas do tratamento cirúrgico. Este tipo de atenção favorece a integralidade na assistência, corroborando com o olhar clínico, as necessidades do cliente com planejamento

de ações mais seguras.

PALAVRAS-CHAVE: Osteossarcoma, Cuidados de Enfermagem, Processo de Enfermagem.

ABSTRACT: According to the Brazilian Society of Cancerology, 2,700 new cases of bone cancer appear in Brazil and these are perceived as rare. Osteosarcoma (also called osteogenic sarcoma) is the most frequent malignant tumor, presented as exclusive tumor of the bone, primary category. In view of the above, we have the objective of reporting the experience of resident nurses with preceptors nurses when applying the Nursing Assistance Systematization. The study was conducted in April 2017 at a referral hospital in Bethlehem oncology treatment, subsidized by the Nursing Process. Were developed: Investigation; Definition of nursing diagnoses; Planning for Expected Outcomes and Implementation of Nursing Assistance using NANDA Taxonomy II, Nursing Interventions Classification and Nursing Outcomes Classification. The interventions were based on the diagnoses of Pain related to physical injury agent, characterized by verbal report, facial expression of pain; Impaired skin integrity related to mechanical surgical factor and alteration in skin turgor, characterized by altered skin integrity; Risk of shock related to infection and hypoxemia and Risk of delayed surgical recovery related to perioperative surgical site infection. We found, when applying the systematization, the viabilization of an integral care, basing our actions to the needs of the client, in order to provide a recovery with diminished damages or possible sequels of the surgical treatment. This type of care favors integrality in the care, corroborating with the clinical view, the needs of the client with planning of safer actions.

KEYWORDS: Osteosarcoma, Nursing Care, Nursing Process.

INTRODUÇÃO

Na América do Norte e na Europa, a taxa de incidência de sarcomas ósseos em homens é de aproximadamente 0,8 novos casos por 100.000 habitantes ao ano. Taxas de incidência um pouco maiores foram observadas em homens na Argentina e no Brasil 1,5-2 e em Israel 1,4 casos (FLETCHER; UNNO; MERTENS, 2002).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cancerologia, surgem no Brasil 2.700 novos casos de câncer ósseo e estes são percebidos como raros. Tumores ósseos malignos são classificados em primários e secundários. Tumores primários configuram-se como os originados do osso, enquanto que os secundários são provenientes de partes distintas do organismo e migram para a estrutura óssea, denominando a metástase. Temos como tumores malignos mais frequentes o Osteossarcoma (também chamado de sarcoma osteogênico), apresentado como tumor exclusivo do osso, categoria primária (CAVALCANTE et al., 2017), sendo este agressivo, de origem mesenquimal, caracterizada por tecido ósseo imaturo com produção de matriz osteoide e células fusiformes estromais malignas (SCHAJOWICZ; SISSONS; SOBIN, 1995).

As neoplasias malignas primárias dos ossos são raras e constituem menos de 5% de todos os tumores malignos (GARFINKEL, 1980). Os tumores malignos primários da parede torácica correspondem a menos de 1% de todas as neoplasias e incluem grande variedade de lesões ósseas e de tecidos moles (ROSENBERG, 2003). Os sítios comuns são fêmur, tíbia e úmero (WANG; SHI; YU, 2012).

Segundo Silva, Souza e Couto (2017):

Os sinais e sintomas mais comuns são: dor óssea progressiva, fadiga e dor noturna, seguidos de edema e limitação de movimentos. Sintomas respiratórios são raros ao diagnóstico e estão presentes em casos de doença pulmonar avançada.

A Sociedade Brasileira de Oncologia identifica que a prevalência é maior no sexo masculino, com uma relação de 1,5 a 2, 1:1, ocorrendo geralmente entre a segunda e terceira décadas, seguindo uma distribuição bimodal, com um pico inicial no período da adolescência e adultos jovens, e um segundo pico após a 6ª década de vida (SAMAL et al., 2015).

A causa dos tumores ósseos é desconhecida, porém, parecem ser hereditários e causados por certas mutações genéticas. Ocorrem com índice elevado em áreas de desenvolvimento ósseo rápido e, apesar de numerosas alterações moleculares e genéticas serem associados a patogênese para o desenvolvimento do osteossarcoma (OS), sua progressão permanece obscura (LI et al., 2015).

Diante do exposto temos como objetivo relatar a experiência de enfermeiros residentes junto a enfermeiros preceptores ao aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), segundo a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) a um cliente em pós-operatório de Esternectomia, por possível Osteossarcoma, acometido por complicações cirúrgicas após colocação de tela de marlex e metilmetacrilato para estabilização da parede torácica.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado no mês de abril de 2017 em um hospital de referência em tratamento oncológico de Belém, através do Processo de Enfermagem (PE). O PE é parte integrante da Sistematização da Assistência de Enfermagem e pode ser definido como aplicação prática de um instrumento metodológico para organizar a assistência aos pacientes. É utilizado para favorecer o cuidado em relação à organização das condições necessárias para que o cuidado aconteça, sendo este, um meio sistematizado de oferecer cuidados humanizados, objetivando atingir os resultados esperados. É sistemático, pois segue cinco passos que ocorrem de forma concomitante e inter-relacionada, sendo estes: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; e é humanizado na medida em que a prestação dos cuidados é baseada nas necessidades do paciente (ALMEIDA et al., 2011; ALFARO-LEFREVE, 2005).

As etapas foram desenvolvidas da seguinte maneira: Investigação – realizada diariamente na visita junto ao leito do paciente na busca de informações sobre seu estado de saúde e realização da avaliação de seu estado clínico com base nos fatores relacionados e suas características definidoras para a formulação dos diagnósticos de enfermagem; Definição dos diagnósticos de enfermagem – a análise baseou-se nos problemas identificados em vista aos sinais e sintomas clínicos; Para Diagnósticos, Planejamento dos resultados esperados e Implementação da Assistência de Enfermagem utilizamos a Taxonomia II da NANDA, sendo utilizada como subsídio para as intervenções e resultados terapêuticos as taxonomias Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC).

RESULTADOS

Verificou-se que as opções de tratamento responderão à especificidade do tumor. Volume, localização e estadiamento são fatores que direcionam qual procedimento executar (CAVALCANTE et al., 2017).

A ressecção tende a ser procedimento comum no caso de neoplasias malignas. Atualmente, a cirurgia continua a ser uma parte indispensável de tratamento de osteossarcoma em conjunto com quimioterapia. O objetivo da cirurgia deve ser uma remoção completa do tumor, com uma ampla margem de tecido normal, a fim de evitar locais de recorrência, prezando sempre pela segurança do paciente. Sendo assim o objetivo da primeira cirurgia deve ser uma ressecção ampla o suficiente para prevenir recorrência local. Isso significa obter uma margem de 4cm em todos os lados. Esta conduta resulta na cura de aproximadamente todos os pacientes, resultando em sobrevida em 10 anos de 97% (PAIROLERO, 1999; ANDO et al., 2013).

Desta forma durante seu pós-operatório o usuário apresentava incisão cirúrgica localizada na linha média do tórax anterior, dreno do tipo Portovac, sonda vesical de demora do tipo folley, com acesso venoso central em veia subclávia direita. Dos diagnósticos:

1) DE: Dor relacionada a agente lesivo físico, neste caso, ao procedimento cirúrgico, caracterizada por relato verbal, expressão facial de dor e mudanças no apetite. Intervenções: observar indicadores não-verbais de desconforto; reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor; oferecer alívio com os analgésicos prescritos; avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante (através de Escalas de Dor); promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor. Resultado esperado: redução do nível de dor a um nível de conforto aceitável pelo paciente.

2) DE: Integridade da pele prejudicada relacionada ao fator mecânico cirúrgico e alteração no turgor da pele, caracterizado por alteração da integridade da pele. Intervenções: Administração de medicamentos/analgésicos, supervisão da pele.

Resultados: controle da dor, alcance da regeneração de células e tecidos, após fechamento intencional.

3) DE: Risco de choque relacionada a infecção e hipoxemia. Intervenções: cuidados com o local da incisão, precaução contra sangramento. Resultados: Resposta a medicação, controle de riscos.

4) DE: Risco de recuperação cirúrgica retardada relacionada com infecção perioperatória do sítio cirúrgico. Intervenções: monitorar vulnerabilidade à infecção; examinar pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem; examinar a condição das incisões cirúrgicas em tórax e óstio de dreno. Resultado esperado: recuperação cirúrgica em tempo adequado. Diariamente observada a incisão cirúrgica concentrando-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar as complicações. Eram avaliados a integridade dos pontos, presença de sangramento, sinais de infecção, a formação de fístulas e/ou deiscência, bem como como progressão de tamanho, conformidade das bordas, tipo de tecido que a lesão apresenta, sua drenagem e as condições da pele peri-operatória. Concomitante a isto, a monitoração de possível sangramento. O controle da dor no pós-operatório foi constantemente observado e realizada as medicações conforme prescrição médica, afim de promover conforto ao paciente em vista aos estímulos dolorosos prolongados decorrentes as complicações no pós-operatório, para esta mensuração a enfermagem lançou mão da escala de mensuração de dor para avaliar as características desta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos, ao aplicar a SAE na elaboração desse estudo, a viabilização de um cuidado integral, baseando nossas ações para as necessidades do cliente, de forma a propiciar uma recuperação com diminuição de danos ou possíveis sequelas do tratamento cirúrgico. Este tipo de atenção ao paciente favorece o desenvolvimento, na prática, da integralidade na assistência de enfermagem, corroborando com o olhar clínico, a percepção das necessidades do cliente e o planejamento de ações mais seguras. Neste cenário, a residência em enfermagem atua de modo a assimilar novos conhecimentos e emprega-los ao campo de pratica junto aos preceptores, favorecendo o aprimoramento da equipe através do compartilhamento do conhecimento científico e a execução de intervenções satisfatórias, que venham a repercutir positivamente na qualidade da assistência prestada ao indivíduo. Logo, percebemos a necessidade de formação de profissionais com habilidades e competências capazes de mudar o cenário da saúde vigente através da eficácia na atuação da equipe de enfermagem, repercutindo diretamente na assistência multiprofissional em saúde.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de Enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed; 2011.

ANDO, K., et al. Current therapeutic strategies and novel approaches in osteosarcoma. **Cancers**, v. 5, p. 591-616, 2013.

CAVALCANTE, L. F. S. et al. "Osteosarcoma": um artigo de revisão. **Rev Pat Tocantins**, v. 4, n. 1, 2017.

FLETCHER, C. D. M.; UNNI, K. K.; MERTENS, F. WHO Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. IARC Press. Lyon 2002.

GARFINKEL, L. Cancer mortality in non smokers: prospective study of American Cancer Society. **J Natl Cancer Inst.**, v. 65, n. 5, p. 1169-73, 1980.

LI, Y. et al. The Calcium-Binding Protein S100A6 Accelerates Human Osteosarcoma Growth by Promoting Cell Proliferation and Inhibiting Osteogenic Differentiation. **Cellular Physiology and Biochemistry**, v. 37, n. 6, p. 2375-2392, 2015.

PAIROLERO, P. C. Chest wall tumors. In: SHIELDS, T. W.; LOCICERO III, J.; PONN, R. B. editors. **General thoracic surgery**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 1999; 589-98.

ROSENBERG, N. P. et al. Condrossarcoma de esterno. **J Pneumol**, v. 29, n. 1, 2003.

SAMAL B.P., et al; Calcaneal osteosarcoma, a challenge for diagnosis: a rare case report and literature review. **Oncology Discovery**, v. 3, art. 2, p. 2-3, 2015.

SCHAJOWICZ, F.; SISSONS, H. A.; SOBIN, L. H. The World Health Organization's Histologic Classification of Bone Tumors. A Commentary on the second edition. **Cancer**, v. 75, p. 1208-1214, 1995.

SILVA, T. M. R.; SOUZA, S. R.; COUTO, L. L. Itinerário terapêutico de adolescentes com osteossarcoma: implicações para o diagnóstico precoce. **Rev Min Enferm.**, v. 21, p. 1028, 2017.

WANG, S.; SHI, H.; YU, Q. Osteosarcoma of the jaws: demographic and CT imaging features. **Dentomaxillofac Radiol.**, v. 41, n. 1, p. 37-42, 2012.

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA COMISSÃO DE FERIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ

Manuely Pinto de Souza

Centro Universitário Do Estado do Pará
(CESUPA)
Belém - PA

Regiane Ferreira Bezerra

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém - PA

Introdução: Por meio de reuniões extraordinárias e visitas diárias dos enfermeiros participantes da Comissão são implantados protocolos para medidas de prevenção e tratamento de lesões já existentes bem como padronização de métodos de curativos. Todo usuário no Hospital Público estadual Galileu (HPEG) É avaliado por um profissional enfermeiro seguido de um processo lógico e científico organizado que está implantado na instituição que se chama SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem). **Objetivo:** Demonstrar a atuação da equipe de enfermagem na Comissão de Feridas no Hospital Galileu ressaltando a sua efetividade. **Método:** Foram utilizadas a visão de enfermeiros participantes da Comissão de Feridas do Hospital Estadual Galileu através de conversa e revisão bibliográfica. **Resultados:** O grupo de Comissão de feridas no HPEG é efetivo e funciona como abordagem ao usuário de forma complexa de abordagem ao indivíduo sendo mais que uma simples execução de

curativo e sim uma visão do usuário de forma abrangente, total e com humanização garantindo a eficácia de seu tratamento. **Conclusão:** O HPEG possui uma Comissão de Feridas que trabalha com abrangentes tipos de cuidados e materiais técnicos necessários para cuidados e prevenção de lesões de pele. A equipe unifica seus conhecimentos delineando um plano terapêutico para ser seguido com cada usuário garantindo que o usuário tenha adesão ao tratamento, cicatrização e/ou diminuição dos riscos de lesões e diminuição da permanência no hospital que podem propiciar co-infecções.

Introdução: Por meio de reuniões extraordinárias e visitas diárias dos enfermeiros participantes da Comissão são implantados protocolos para medidas de prevenção e tratamento de lesões já existentes bem como padronização de métodos de curativos, produtos necessários para o tratamento da lesão e cuidados diferenciados ao usuário que possui riscos para desenvolvimento destas. A comissão de Tratamento e Prevenção de Feridas do Hospital Público Estadual Galileu (HPEG) foi criada em 2014 a partir da necessidade de acompanhar usuários que apresentavam integridade da pele prejudicada, construída a partir da equipe multiprofissional

com predominância de enfermeiros assistenciais, assim, por meio de reuniões mensais a partir de cronograma e visitas diárias dos enfermeiros participantes da Comissão são implantados protocolos para medidas de prevenção e tratamento de lesões já existentes bem como padronização de métodos de curativos, produtos necessários para o tratamento da lesão e cuidados diferenciados ao usuário que possui riscos para desenvolvimento destas.

Com o decorrer do tempo foram avaliadas por um grupo de enfermeira a necessidade de realizar integração de profissionais de diversas especialidades para realizar prestação de assistência aos usuários portadores de lesões visando a promoção a saúde destes usuários hospitalizados (MALAGUTTI, 2015).

Os avanços da medicina e tecnologia proporcionaram uma prática elaborada em evidências revolucionando o papel dos profissionais atuantes no meio intra-hospitalar ampliando as fronteiras ofertando aos usuários serviços especializados, por meio deste artifício são desenvolvidos altos níveis de habilidades e competências (Domansky,2014).

Todo usuário no Hospital Público Estadual Galileu é avaliado primeiramente por um enfermeiro no setor de acolhimento em consonância com a resolução do COFEN nº 538/2009 onde rege que o usuário do serviço de saúde deve ser avaliado por um profissional enfermeiro no seu primeiro atendimento seguido de um processo lógico e científico organizado que está implantado na instituição que se chama SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem). Ao avaliar que o usuário possui risco para desenvolvimento de lesões ou já se encontra com alguma lesão em tratamento ou não, é solicitado a avaliação e conduta de um enfermeiro membro da equipe de Comissão de Feridas, após as orientações a equipe sobre tratamento e prevenções de lesões de pele, assim, o responsável pelas evoluções realizadas em prontuário informatizado onde todos os envolvidos na comissão podem ter acesso. Todos os casos de usuários com lesões ou possíveis riscos são discutidos na visita multiprofissional que acontece diariamente em visita ao usuário onde são repassadas as todas as condutas relacionados ao usuário com orientação sobre cuidados e tratamentos de lesões. As medições das lesões são realizadas via formulário existente na instituição e são verificadas a cada sete dias. São utilizados internamente na instituição o Protocolo de Segurança do Paciente de Lesões por Pressão e Manual de Prevenção e Tratamento de Feridas disponível a todos os profissionais.

Objetivo: Demonstrar a atuação da equipe de enfermagem na Comissão de Tratamento e Prevenção de Feridas no Hospital Público Estadual Galileu ressaltando a sua efetividade.

Método: Foram utilizados relatos de experiência de enfermeiros participantes da Comissão de Feridas do Hospital Estadual Galileu e Revisão Bibliográfica.

Descrição da Experiência: A equipe de enfermagem HPEG padroniza e gerencia tipos de serviços prestados aos usuários, estratégias para a implantação de novos produtos necessários para efetivar todos os processos cicatriciais do usuário levando

em consideração a atuação dos enfermeiros na prevenção e tratamento de lesões de pele. São realizados curativos do usuário no processo de admissão onde já são identificados possíveis riscos e levantamento de tratamento se caso houver lesões já existentes por profissionais qualificados resultando dessa forma o sucesso do plano terapêutico e uma assistência de enfermagem de qualidade.

O enfermeiro está diretamente presente nos tratamentos dos usuários que possuem riscos para desenvolvimento de lesões e exercem papel fundamental no planejamento de ações e implementações que são desenvolvidas na admissão do usuário através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). As avaliações de possíveis lesões de pele são realizadas através de uma ferramenta chamada Escala de Braden instrumento que identifica riscos para aparecimento de lesões por pressão e é utilizado como parte do exame físico realizado diariamente evidenciadas via prontuário onde são realizadas as outras etapas da SAE como diagnóstico e planejamento considerando o grau de complexidade respeitando o usuário integralmente e ao final de cada ciclo de planejamento é realizado uma análise para verificar a eficácia do tratamento ou medidas de prevenção de possíveis lesões.

São utilizados vários métodos de prevenção como utilização de produtos eficazes para o não surgimento de lesões, colchões piramidais, coxins, relógio de mudança de decúbito conforme avaliação anterior do enfermeiro, essa é realizada diariamente assim possuindo variação das horas necessárias para cada mudança de decúbito conforme evolução, adesão do usuário ao tratamento e estado clínico. Os usuários podem ser facilmente identificados pela ferramenta Kanban (É um gerenciador de tarefas de origem japonesa adotado na Instituição afim de facilitar a gestão de leitos) que encontram-se acessível no setor de acolhimento visível a toda a equipe e gestores onde quem possui o risco de lesões ou já possuem e estão em acompanhamento pela Comissão de Feridas através de ícone no referido leito do usuário.

O usuário que recebe alta médica hospitalar e faz parte da Comissão de Feridas, é rastreado através da visita multiprofissional que acontece diariamente para uma possível data conforme plano terapêutico, logo, começam os treinamentos com familiares ou cuidadores para realizarem continuação do tratamento das lesões em casa. É entregue ao cliente uma via do formulário de alta do enfermeiro aonde vão descritas os cuidados que essa ferida precisa, quais foram os tratamentos realizados durante a internação, coberturas utilizadas e que necessitam ser realizados em domicílio ou via ambulatório para o sucesso da continuidade do tratamento fora do hospital. Todos os envolvidos na Comissão realizam orientações dias antes da alta do usuário sempre ofertando documentos impressos para melhor adesão do familiar ao tratamento e treinamentos de cuidados para evitar novos aparecimentos de lesões de pele.

Resultados: O grupo de Comissão de feridas no HPEG é efetivo e funciona como abordagem ao usuário de forma complexa de abordagem ao indivíduo sendo mais que uma simples execução de curativo e sim uma visão do usuário de forma abrangente,

total e com humanização garantindo a eficácia de seu tratamento. Cada resultado dos casos que são acompanhados pela Comissão de Feridas são repassados para a direção de enfermagem durante as reuniões com todos os enfermeiros que participam da Comissão casos de usuários que estão inseridos no processo, consumo de material técnico e placas de curativo biológico, em casos de materiais em teste são repassados os resultados onde cada profissional pontua se o tratamento com o referido material foi efetivo e eficaz e também são realizadas apresentações para que todos da equipe passem a possuir treinamento, conhecimento teórico sobre o perfil de feridas tratadas nesta instituição e custo e benefício.

Conclusão: Conclui-se que o Hospital Galileu possui uma Comissão de Feridas que trabalha de forma efetiva com abrangentes tipos de cuidados e materiais técnicos necessários para cuidados e prevenção de lesões de pele. Todos os profissionais que formam a equipe multiprofissional no hospital participam da Comissão de feridas e unificam seus conhecimentos delineando um plano terapêutico para ser seguido com cada usuário garantindo desta forma que ele tenha adesão ao tratamento, cicatrização e/ou diminuição dos riscos de lesões e diminuição da permanência no hospital que podem propiciar co-infecções.

DESCRITORES: Comissão; Feridas; Enfermagem; Cuidados.

REFERENCIAS

Malagutti W. Feridas: Conceitos e Atualidades. 2016. São Paulo. 280p.

Domansky RC, Borges EL. Manual de Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseada em Evidências. 2ª Ed. Rio De Janeiro, 2014.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA HANSENÍASE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Amanda de Oliveira Bernardino

Universidade de Pernambuco

Recife – PE

Marília Gabrielle Santos Nunes

Universidade Maurício de Nassau

Recife – PE

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

Universidade Federal de Pernambuco

Vitória de Santo Antão – PE

Karla Romana Ferreira de Souza

Universidade de Pernambuco

Recife – PE

Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas

Universidade de Pernambuco

Recife – PE

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo analisar as evidências da literatura sobre os fatores de risco para Hanseníase. Trata-se de uma revisão da literatura, na qual a busca de artigos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores “Hanseníase”; “fatores de risco”, “Enfermagem” e “prevenção de doenças” no período de Outubro de 2017. Foram encontrados inicialmente 2.739 artigos e após o refinamento, 17 artigos foram incluídos. A maioria dos estudos apresentou um perfil dos pacientes que tiveram hanseníase e apresentaram complicação que foram: ser

do sexo masculino, ser maior de 15 anos, ter baixa condição socioeconômica, ter baixa escolaridade ter idade entre 30 – 59 anos. Observou-se que a enfermagem se demonstrou estar incapacitada para o diagnóstico precoce da Hanseníase, assim como na execução de ações educativas para prevenção, gerando outro fator de risco para as complicações que é a desinformação da população.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; fatores de risco; Enfermagem e Prevenção de Doenças.

ABSTRACT: The present study aims to analyze the literature evidence on risk factors for leprosy. It is a literature review, in which the search for articles was carried out in the Virtual Health Library, with the descriptors “Leprosy”; “Risk factors”, “Nursing” and “disease prevention” in the period of October 2017. Originally, 2,739 articles were found and after refining, 17 articles were included. The majority of the studies presented a profile of the patients who had leprosy and presented complications that were: being male, being over 15 years old, having low socioeconomic status, having low education being between 30 and 59 years of age. It was observed that nursing was shown to be incapacitated for the early diagnosis of leprosy, as well as in the execution of educational actions for prevention, generating another risk factor for the complications that is the disinformation of

the population. KEYWORDS: Leprosy; risk factors; Nursing and Disease Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

A hanseníase conhecida desde os tempos bíblicos como “lepra”, ainda apresenta grande repercussão e importância para a saúde pública no Brasil e no mundo, devido ao grande poder de causar deformidades e incapacidades e também por trazer consequências físicas e psicológicas, que atinge a vida do indivíduo em tratamento, sua família e a comunidade na qual ele está inserido (PINHEIRO, GOMES, et al., 2017).

No passado, as estratégias de enfrentamento da doença era baseada no isolamento compulsório e na exclusão social. Atualmente são exigidas novas condutas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) relacionadas a eliminação do preconceito, reinserção social e melhoria da qualidade de vida, levando em considerações questões e direitos das pessoas afetadas pela hanseníase (PINHEIRO, SILVA, et al. 2014).

Considerando que a hanseníase é uma doença crônica secular e envolve diversas ações no seu processo operacional, deve ser executado de forma segura e responsável pelos profissionais de saúde, que por sua vez devem estar capacitados para realização dos diagnósticos precoce, tratamento, prevenção e controle da doença (MATOS, FERREIRA, et al 2015).

As atividades de controle e prevenção da hanseníase visam a descoberta de novos casos, ao tratamento poliquimioterápico dos doentes para curar o indivíduo e interromper a cadeia de transmissão do *Mycobacterium Leprae*, assim como a realização de atividades de prevenção, tratamento de incapacidades físicas com reabilitação física e social do indivíduo (PINHEIRO, et al 2014).

A doença atinge pele e nervos e apresenta-se em quatro formas clínicas: tuberculóide, dimorfa, virchoviana e indeterminada, os principais sinais e sintomas mais evidentes são manchas, falta de sensibilidade, câimbras, dores musculares, espessamentos de nervos, músculos e articulações, o tratamento implica a utilização de medicação durante seis ou doze meses, dependendo do diagnóstico apresentado pelo paciente: forma paucibacilar; quando apresenta até cinco sinais da doença, ou multibacilar; quando apresenta mais de cinco sinais da doença (MARTINS, IRIART. 2014).

Atualmente, o profissional de saúde desempenha na atenção básica um importante papel na prevenção da hanseníase e no acompanhamento dos portadores dessa doença, especialmente entre aqueles indivíduos menores de 15 anos, entretanto suas atribuições no enfrentamento positivo desses indivíduos frente à doença, fortalecendo os fatores protetores, buscando a detecção de fatores de risco pelo trabalho conjunto com a família e redes de apoio, orientando sobre o autocuidado para prevenir possíveis incapacidades futuras (FERNANDES, et al 2013).

A transmissão da hanseníase é por via respiratória de pessoa para pessoa, foi

descoberta pelo cientista norueguês Amauer Hansem em 1873, os estudos afirmam, que o homem é considerado como o único reservatório natural do bacilo, e que a principal fonte de infecção são os portadores das formas multibacilares da doença, diante dessa realidade que permeia a hanseníase, percebe-se a importância da educação em saúde na prevenção relacionadas ao autocuidado em hanseníase, porque a doença tem cura, tem tratamento e tem prevenção (SOUZA, AYRES, MANEGUIN, 2014).

Esse estudo tem como questão de pesquisa: Os principais fatores de risco; diagnóstico tardio, caso de doenças na família, baixo padrão socioeconômico, ser do sexo masculino, faixa etária entre 30 e 49 anos, desinformação a respeito da hanseníase, abandono do tratamento, medo da discriminação e do preconceito, desorganização no controle de registro dos casos, a falta de capacitação dos profissionais de saúde sobre ações de prevenção, alto percentual de pacientes com grau II de incapacidades físicas, residentes na zona rural, baixo grau de escolaridade, a falta de orientação no autocuidado, aglomeração de pessoas infectadas no mesmo ambiente.

Tendo em vista o exposto, o objetivo deste estudo foi de analisar as evidências da literatura sobre os fatores de risco para Hanseníase.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, definida como uma síntese do que está sendo estudado sobre um determinado assunto e as suas contribuições para a formação teórico/prática, aumentando o conhecimento e permitindo compreender o que foi discutido e refletido (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa permite que os artigos de todos os formatos, metodologias e abordagens sobre um assunto sejam incluídos. Assim, o estudo poderá ser observado em diversos formatos. A revisão integrativa deve seguir um rigor metodológico científico através de etapas, para que as informações e conhecimentos colhidos sejam fidedignos (Souza, Silva, Carvalho, 2010). As etapas para a construção desse estudo foram primeiramente, delimitar a questão de pesquisa: “Quais os principais fatores de risco para a Hanseníase”?

Posteriormente foram definidos como descritores que poderiam surgir em estudos que responderiam a questão de pesquisa, os seguintes: “Hanseníase”; “fatores de risco”, “Enfermagem” e “prevenção de doenças” com o operador lógico booleano “AND”.

A busca foi realizada a partir da Biblioteca Virtual em Saúde, no período de Outubro de 2017, incluindo as seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Consideraram-se ainda como critérios de inclusão adicionais: 1) artigos com texto completo; 2) artigos nos idiomas português; 3) artigos dos últimos cinco anos

(2013-2017).

A construção de um instrumento para a coleta de dados foi necessária devido a grande quantidade de artigos encontrados sobre o assunto, categorizando-os, sintetizando os resultados e melhorando a compreensão de cada artigo. Foi composto por: título, ano, país, método, base de dados e principais resultados.

| Cruzamento | Sem critérios de inclusão | Com Critérios de Inclusão |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| Hanseníase AND Fatores de Risco AND Enfermagem AND Prevenção de Doenças | 0 | 0 |
| Hanseníase AND Fatores de Risco AND Enfermagem | 97 | 3 |
| Hanseníase AND Enfermagem AND Prevenção de Doenças | 63 | 0 |
| Hanseníase AND Fatores de Risco | 541 | 5 |
| Hanseníase AND Enfermagem | 581 | 45 |
| Hanseníase AND Prevenção de Doenças | 1457 | 28 |
| Total | 2739 | 81 |

Tabela 01. Cruzamento dos descritores

Na primeira busca, foram encontrados 2.739 artigos. Após selecionar apenas aqueles que preenchiam aos critérios de inclusão mencionados, o total foi de 81 títulos.

Após a leitura dos títulos e dos resumos foram selecionados 32 artigos que consideravam o objetivo e questão de pesquisa propostas. Após leitura dos títulos, resumos e artigos na íntegra, chegou-se ao total de 14 artigos, sendo: seis da LILACS e um do MEDLINE, sete da Base de Dados BDENF.

O preenchimento do instrumento foi realizado por dois revisores de forma independente, para extração dos principais aspectos abordados. Na interpretação dos resultados, seguiu-se à leitura comparativa entre os artigos, verificando-se suas similaridades e procedendo-se ao agrupamento.

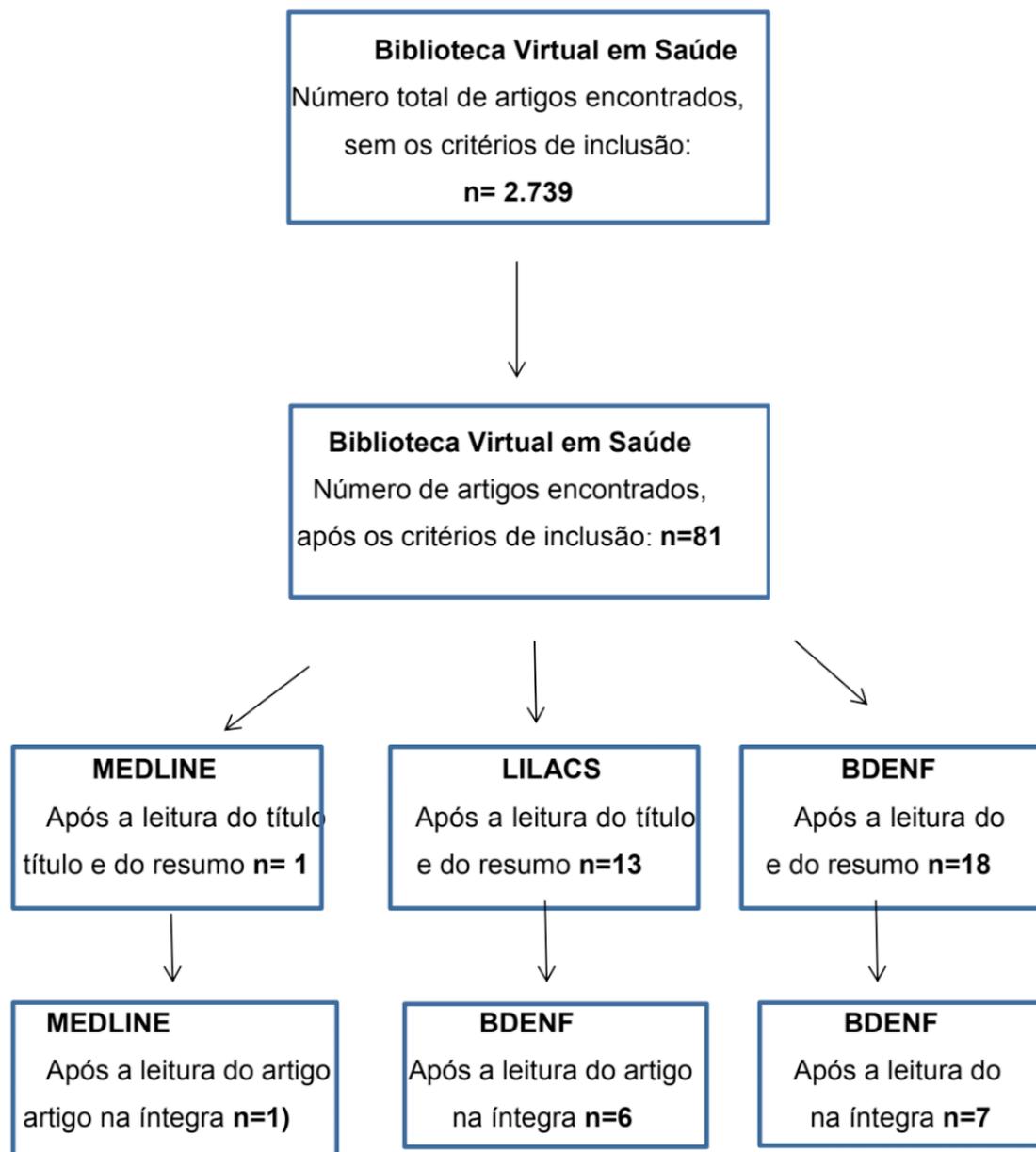


Figura 1: Sequencia da Busca na Literatura.

3 | RESULTADOS

Do total de 14 artigos incluídos, o principal método de estudo foi a pesquisa quantitativa com 11 (78,5%) artigos, vindo em seguida a qualitativa 3 (21,5%).

| Título do Artigo | Base de dados | Ano | Método | Fator de risco para HANSENÍASE |
|--|----------------------|------------|---------------|--|
| Avaliação do Grau de Resiliência de Adolescentes com Hanseníase | BDEF | 2013 | Quantitativo | Com casos de doenças na família; Masculino; Renda de um salário mínimo; |
| Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem | BDEF | 2014 | Quantitativo | Faixa etárias entre 30 a 49 anos; Masculino; pessoas acima de 15 anos |
| O Estigma em Hanseníase e sua Relação com as Ações de Controle | BDEF | 2014 | Qualitativo | Desinformação á respeito da hanseníase, diagnóstico tardio, abandono do tratamento, o medo da discriminação e o preconceito. |
| A Assistência de Enfermagem aos Portadores de Hanseníase Assistidos Pelo Programa de Saúde da Família | BDEF | 2016 | Quantitativo | A falta de recursos financeiros, a falta de organização e controle de registros dos casos. |
| Aptidões Cognitivas e Atitudinais do Enfermeiro da Atenção Básica no Controle da Hanseníase | BDEF | 2017 | Quantitativo | A falta de capacitação dos profissionais de saúde sobre ações de prevenção. |
| Atributos da Atenção Primária em Saúde no Controle da Hanseníase: Ótica do Enfermeiro | BDEF | 2017 | Quantitativo | O crescimento desordenado do município e da população, a falta de meio de transporte para o deslocamento do paciente até a unidade de saúde. |
| Perfil epidemiológico da hanseníase em um município do nordeste brasileiro: uma análise retrospectiva | BDEF | 2017 | Quantitativo | Diagnóstico tardio. |
| Avaliação Das Incapacidades Físicas Em Ex-Portadores De Hanseníase Da Época Do Isolamento Compulsório | LILACS | 2013 | Quantitativo | A falta de orientações e de medidas preventivas, alto percentual de pacientes com grau II de incapacidades físicas. |
| Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem | LILACS | 2014 | Quantitativo | Faixa etária entre 30 e 40 anos, sexo masculino. |
| Autocuidado na percepção de pessoas com hanseníase sob a ótica da complexidade | LILACS | 2014 | Qualitativo | Baixo padrão socioeconômico, diagnóstico tardio, incapacidades e sequelas, o medo da rejeição e do abandono. |
| Perfil Clínico-Epidemiológico da Hanseníase no Estado do Acre: Estudo Retrospectivo | LILACS | 2014 | Quantitativo | Sexo masculino, maiores de 15 anos, residentes na zona rural, cor parda, baixo grau de escolaridade. |

| | | | | |
|---|---------|------|--------------|--|
| Perfil de Casos e Fatores de Risco para Hanseníase, em Menores de Quinze Anos, em Município Hiperendêmico da Região Norte do Brasil | LILACS | 2014 | Quantitativo | Maiores de 15 anos, contato intradomiciliar, baixa renda familiar, profissão de lavrador. |
| Conhecimento Sobre Prevenção de Incapacidades em um Grupo de Autocuidado em Hanseníase | LILACS | 2014 | Qualitativo | A falta de orientação no autocuidado. |
| Perfil clínico-Epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo Oeste Catarinense, 2004 a 2014. | LILACS | 2015 | Quantitativo | Baixa escolaridade, sexo masculino, baixa renda socioeconômica. |
| Perfil clínico e Epidemiológico de pacientes em reação hansêmica. | LILACS | 2015 | Quantitativo | Sexo masculino, Baixa condições socioeconômica, idade entre 30 e 59 anos, baixa escolaridade |
| Conjuntura Epidemiológica da hanseníase em menores de quinze anos no período de 2003 a 2013, Belém-PA. | LILACS | 2015 | Quantitativo | Menores de 15 anos, a falta de informação sobre a doença. |
| Padrões espaciais da hanseníase em um estado hiperendêmico no Norte do Brasil, 2001-2012 | MEDLINE | 2015 | Quantitativo | Diagnóstico tardio da doença, aglomeração de pessoas infectadas, transmissão ativa. |

Quadro 1: Descrição dos artigos que abordam fatores de riscos para a hanseníase, segundo título, base de dados, ano, método e fatores de riscos abordados. Recife-PE, 2017.

A partir da leitura dos principais achados dos artigos selecionados, a abordagem central destes focava na descrição dos principais fatores de risco para a Hanseníase.

Nos artigos analisados, observa-se uma preocupação internacional quanto à revisão desses fatores para os novos achados, afim, de contribuir, para a diminuição de números de pessoas com hanseníase.

4 | DISCUSSÃO

A maioria dos estudos apresentou um perfil dos pacientes que tiveram hanseníase e apresentaram complicação que foram: ser do sexo masculino, ser maior de 15 anos, ter baixa condição socioeconômica, ter baixa escolaridade ter idade entre 30 – 59 anos. (FENANDES, et al, 2013); (BELTRÃO, et al 2013); (CHAVES, et al, 2013).

Ser homem implica em menosprezar o autocuidado, alguns estudos explicam que o homem não procura a assistência à saúde por medo, vergonha, por falta de tempo, pelo estigma e o preconceito, que favorecem para o silêncio em torno da doença e levam esses pacientes a automedicação, com medo de serem estigmatizados, os homens evitam revelar o diagnóstico e falar sobre a doença é um tabu, nos dias atuais por medo do preconceito muitos pacientes não conta para ninguém que está

com a doença, e muitos preferem realizar o tratamento em hospitais de referências mais distantes, deixando de fazer em unidades básicas de saúde próximas a suas residências, evitando assim que outras pessoas fiquem sabendo do diagnóstico da sua doença, são todos esses fatores que contribuem para a demora na busca de ajuda médica e para o retardo do diagnóstico correto (MARTINS, IRIART, jan./mar.2014).

A condição de renda baixa e baixa escolaridade pode ser explicada pelo fato de alguns estudos demonstrarem que esses fatores contribuem para a falta de informação, a falta de conscientização para o autocuidado e a falta de preocupação com sua saúde, tendo em vista que as preocupações estarão voltadas para cuidados imediatos como: alimentação e moradia. Contudo, o risco maior de adoecer está ligado a diversos fatores, tais como os níveis de endemia, condição socioeconômica desfavorável e situação precária de vida e saúde (FRANCO, MACEDO, MENEZES, et al 2014).

Um dos principais fatores para as complicações da hanseníase é o abandono do tratamento, que pode complicar muito o estado de saúde do paciente, e aumentando o número do patógeno no organismo, voltando a ser transmissor, deixando o organismo resistente aos antibióticos que são o tratamento da doença e prolongando assim o tempo de tratamento e cura (LANA, LANZA, CARVALHO, et al 2014).

Outro fator que contribuem para as complicações da hanseníase é o diagnóstico tardio, acontece devido a falta de informação da população e capacitação dos profissionais de saúde, que devem ter por sua vez ter a capacidade de desenvolver ações preventivas e de autocuidado para orientar a população com segurança (MONTEIRO, MELO, BRITO, et al 2015).

A enfermagem entra como papel principal nesse sentido de reconhecer quem é a população de risco para orientar e buscar ativamente a fim de prevenir as complicações que hanseníase pode trazer, favorecendo os fatores protetores, pelo trabalho conjunto com a família e redes de apoio, orientando sobre o autocuidado para a prevenção de possíveis deformidades e incapacidades futuras (FERNANDES, CHARVES, et al 2013).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo concluiu que os fatores de risco para as complicações que a hanseníase pode proporcionar são: ser homem, faixa etária entre 30 e 59 anos, diagnóstico tardio, abandono do tratamento, renda e escolaridade.

A enfermagem se demonstrou estar incapacitada para o diagnóstico precoce da Hanseníase, assim como na execução de ações educativas para prevenção, gerando outro fator de risco para as complicações que é a desinformação da população.

REFERÊNCIAS

- ALVES E.S, Oliveira L.B, Araújo T.M.E. **Perfil epidemiológico da hanseníase em um município do nordeste brasileiro: uma análise retrospectiva.** J res: fundam. Care.online 2017,p.648-657 . RJ- RIO DE JANEIRO. Acesso em Ago/2017.
- CARVALHO, M.A.J, Lopes, N.T.B, Santos T.S, Santos K.S. **Avaliação das incapacidades físicas em ex. portadores de hanseníase na época do isolamento compulsório.** Hansen Int. 2013; 38. (1,2); p.47-55. CE- CEARÁ. Acesso em Ago/2017.
- FERNANDES. C, Beltrão B.A, Chaves D.B.R. **Avaliação do grau de evidencia de adolescentes com hanseníase.** Rev.enfermagem, UERJ,2013, out/dez,21(4).Bdenf 2013, p. 496 -501. RJ- RIO DE JANEIRO. Acesso em Ago/2017.
- FRANCO. M.C.A, Macedo G.M.M, Menezes B.Q, Neto. M.J, Brasil. M. **Perfil de casos e fatores de risco para hanseníase em menores de 15 anos em um município da região Norte do Brasil.** Revista Paraense de Medicina v28(4) out/dez 2014. PA- PARÁ. Acesso set/out 2017.
- LANA. F.C.F, Lanza F.M, Cavarlho A.PM, Tavares AP.N.O. **Estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle.** Rev. enferm, UFSM 2014, jul/set;4(3). RS- RIO GRANDE DO SUL. Acesso em set/out 2017.
- MATOS E.U.M, Ferreira A.M.R, Palmeira J.P, Carneiro D.F. **Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos, no período de 2003 a 2013, Belém-PA.** Hansen Int. 2015 ; 40(2) ,Belém do Pará, p. 17 - 23. PA- PARÁ. Acesso em Set/out 2017.
- MONTEIRO L.D, Melo F.R.M, Brito A.L, Alencar C.M, Henkelborch J. **Padrões espaciais da hanseníase em um estado hiperendêmico no norte do Brasil, 2001-2012.** RSP.2015. Rev Saúde Pública 2015 p.49 - 84. TO- TOCANTINS. Acesso em set/out 2017.
- OLIVEIRA J.C.F, Leão. A.M.M, Brito. Fus. **Análise do perfil epidemiológico da hanseníase, R.j. Uma contribuição da enfermagem.** Rev. enferm. UFRJ, R.J, 2014 nov/dez, 22(6). RJ- RIO DE JANEIRO. Acesso entre set/out de 2017.
- PALU F.H, Cetolin S.F. **Perfil clínico epidemiológico dos pacientes no extremo oeste catarinense.** Arq. catarinense Med. 2015 abr/jun; 44(2). SC- SANTA CATARINA. Acesso entre out/nov 2017.
- PINHEIRO J.J.G, Gomes S.C.S, Aquino D.M.C, Caldas A.I.M. **Aptidões cognitivas e atitudes do enfermeiro da atenção básicas no controle da hanseníase.** Rev, baiana enferm. (2017);31(2): e 17257. BA- BAHIA. Acesso entre out/ nov 2017.
- QUEIROZ T.A. Carvalho F.P.B, Simpson C.A, Fernandes, A.C.L, Figueiredo D.L.A, Knackpuss M.I. **Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hanseníase em um estado hiperendêmico do norte do Brasil, 2001- 2012.** Rev. gaúcha Enferm. 2015, p 185 - 191. MG- MINAS GERAIS. Acesso entre out/nov 2017.
- SILVA, LSR, Silva TM, Rocha T.J. Andrade G.W, Lessa E.C. **Assistência de enfermagem dos portadores de hanseníase assistidos pelo Programa de Saúde da Família.** Rev, Enferm. UFPE. online, recife, 10(!): 4111- 7. PE- PERNAMBUCO. Acesso entre out/nov 2017.
- SILVA M.S, Silva E.P, Monteiro F, Teles S.F. **Perfil clínico e epidemiológico da hanseníase no estado do Acre: estudo retrospectivo.** Hansen Int. 2014 (2). AC- ACRE. Acesso entre out/nov 2017.
- SOUZA G.S, Silva R.L.F, Xavier M.B. **Atributos da atenção primaria em saude no controle da hanseníase: ótica do enfermeiro.** Rev. baiana enferm. (2017); 31(!); e 17251. BA- BAHIA Acesso entre out/nov 2017.
- SOUZA J.A, Ayres J.A, Meneguiñ S, Spagnolo R.S. **Auto cuidado na percepção de pessoas com**

hanseníase sob a ótica da complexidade. Revista de Enfermagem 18(3) jul/set 2014. SP- SÃO PAULO. Acesso em out/nov 2017.

TELES S.F, Tominori J, Oliveira L, Rodrigues D, Silva R.P.M, Flomian M.C. **Aspectos clínicos epidemiológicos e sociais da hanseníase em indígenas na região do Auto Rio Juruá. Acre/ Brasil.** Hansen Int. 2014; 39(2): p. 47 - 54. AC- ACRE. Acesso em out/nov 2017.

O PERFIL DO PACIENTE ONCOLÓGICO ASSISTIDO NO DOMICÍLIO PELO SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL OPHIR LOYOLA

Suellem Regina Pimentel de Araújo

Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Belém – Pará

Mayrlla Aleixo Marçal

Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Belém – Pará

Jéssica Fernanda Scerni Gondim Costa

Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Belém – Pará

Maria de Belém Ramos Sozinho

Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Belém – Pará

RESUMO: A mudança no perfil demográfico da população mundial acentuou a incidência de doenças como o câncer. Embora alguns tipos oncológicos leve anos para desenvolver-se, uma parcela considerável destes pacientes chega ao serviço de saúde em estágio tardio da doença, necessitando assim de cuidados paliativos, onde se tentará eliminar ou diminuir os sintomas apresentados, reduzindo e aliviando seu sofrimento em busca de uma melhor qualidade de vida. O objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil socioeconômico e demográfico do paciente oncológico assistido em domicílio pelo serviço de cuidados paliativos de um hospital público de referência, bem como identificar o tempo de inserção na visita domiciliar e o tipo de câncer mais prevalente.

É uma pesquisa de campo, descritiva, quantitativa, retrospectiva, realizada a partir de prontuários de pacientes assistidos no domicílio pelo serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Ophir Loyola, entre janeiro de 2012 a dezembro de 2014. Em nossa análise a maioria dos pacientes são mulheres, raça parda, idosos, casados, com baixa escolaridade, cristãos, sendo sua principal fonte de renda o benefício ou aposentadoria, recebem de um a dois salários mínimos. As neoplasias predominantes foram câncer de útero, próstata e o gástrico. O número de visitas domiciliares realizadas foram de 1 a 3, com tempo de permanência no serviço inferior a 1 ano. Este estudo não propõe avaliar a efetividade do serviço, mas sim servir de subsídio para políticas públicas referentes a atenção domiciliar paliativa, tornando a sobrevivência do paciente mais digna e confortável. **PALAVRAS-CHAVE:** Perfil; Câncer; Cuidados paliativos; Assistência domiciliar; Enfermagem.

ABSTRACT: The change in the demographic profile of the world population has accentuated the incidence of diseases such as cancer. Although some types of oncology take years to develop, a considerable portion of these patients arrive at the health service in the late stage of the disease, thus requiring palliative care, where they try to eliminate or reduce the symptoms presented, reducing and alleviating

their suffering in search of a better quality of life. The objective of this research was to identify the socioeconomic and demographic profile of the oncology patient attended at home by the palliative care service of a public reference hospital, as well as to identify the time of insertion in the home visit and the most prevalent type of cancer. This is a descriptive, quantitative, retrospective, field survey of patients assisted at home by the Ophir Loyola Hospital Palliative Care service between January 2012 and December 2014. In our analysis, the majority of patients are women, brown race, elderly, married, with low schooling, Christians, being their main source of income the benefit or retirement, receive from one to two minimum wages. The predominant neoplasms were cancer of the uterus, prostate and gastric cancer. The number of home visits performed was 1 to 3, with a stay in the service of less than 1 year. This study does not propose to evaluate the effectiveness of the service, but rather to serve as a subsidy for public policies regarding palliative home care, making patient survival more dignified and comfortable.

KEYWORDS: Profile; Cancer; Palliative care, Homecare; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A atual mudança no perfil demográfico da população mundial, associada à transformação nas relações entre as pessoas e o meio ambiente, acentuou a incidência das doenças crônicas degenerativas na população brasileira, como o câncer. Este se refere a um conjunto de patologias em que há um crescimento anormal e desordenado de células com algum potencial invasivo e origem multifatorial. A detecção e o tratamento precoce melhoram os prognósticos do tratamento e cura (ANCP, 2014).

No estado do Pará estima-se que ocorreram cerca de 8.630 novos casos de câncer para cada 100 mil habitantes, com maior incidência no ano de 2014 do câncer de próstata, estômago, traqueia, brônquio e pulmão para homens e, para mulheres os de mama, colo de útero e ovário (BRASIL, 2014).

Dados da OMS mostram que cerca de 70% das mortes por câncer ocorrem em países com baixa e média renda, devido grande proporção destes pacientes ser diagnosticados em estágios avançados da doença, impossibilitando a remissão clínica e sem possibilidades terapêuticas atuais (LIMA *et al.*, 2013). Dessa forma a equipe de saúde prestará assistência paliativa na tentativa de eliminar ou diminuir os sintomas apresentados, reduzindo e aliviando sofrimentos desnecessários (GANDI; PAULILO, 2004).

A assistência domiciliar vem sendo adotada em cuidados paliativos para reduzir a demanda por atendimento hospitalar, dando continuidade ao tratamento, diminuindo riscos de infecção hospitalar, retomando vínculo e maior autonomia do paciente e seus familiares, promove a prevenção e diminuição do sofrimento, possibilitando uma melhor qualidade de vida (CREMESP, 2008).

O aumento da incidência e da mortalidade por câncer no Brasil o evidencia como

grave problema de saúde pública, principalmente devido a maioria dos pacientes buscarem tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), demandando alto custo financeiro, necessidade de tecnologia de ponta, medicamentos caros e profissionais especializados (BRASIL, 2014).

As neoplasias possuem um elevado custo social devido deixarem sequelas físicas e psicoemocionais, tanto no paciente quanto em seus familiares, cabendo aos cuidados paliativos focar a avaliação e o manejo dessas sequelas e estar presente na trajetória da doença (CREMESP, 2008).

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Câncer é a designação dada a um conjunto de mais de 100 doenças, onde ocorre crescimento celular desordenado, agressivo e incontrolável, e que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos, acarretando transtornos funcionais. São neoplasias podendo ser benignas ou malignas, atingem órgãos diversos e seu grau de severidade e tempo de proliferação variam (BRASIL, 2011).

A OMS definiu Cuidado paliativo como a abordagem que possibilite a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (ANCP, 2009). Estes devem ser prestados por equipes multiprofissionais, em ambiente hospitalar ou domiciliar, incluindo o apoio à família e a atenção ao luto (ANCP, 2006).

No ano de 2002 a OMS reafirmou os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de cuidados paliativos (ANCP, 2009). Entre estes estão: Promover o alívio da dor e de outros sintomas; Não acelerar nem adiar a morte; Oferecer suporte para que o paciente viva ativamente, bem como à família durante a doença do paciente e o luto.

Embora todos os pacientes acometidos por doenças graves, progressivas e incuráveis devam receber cuidados paliativos desde o seu diagnóstico, atualmente não há disponibilidade de profissionais e serviços que possam suprir essa demanda. Pela dificuldade na oferta desse serviço foram estabelecidos critérios de recomendação para inserção em cuidados paliativos, considerando a possibilidade de indicação para aqueles pacientes que esgotaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou prolongamento da vida, que apresentam sofrimento moderado a intenso e que optam por manutenção de conforto e dignidade da vida (ANCP, 2012).

Em cuidados paliativos há uma necessidade de boa relação interpessoal entre profissionais e pacientes, tornando as intervenções técnicas secundárias à relação que se busca estabelecer entre a equipe multiprofissional, pacientes e familiares. O processo de cuidar não deve ser meramente tecnicista e reducionista e sim uma assistência harmônica e centrada no paciente fora de possibilidades de cura, com

tratamento adequado para estes pacientes sendo primordial a manutenção da humanização no processo de morrer, com alívio dos sofrimentos físicos, psicológicos e espirituais (CARDOSO *et al.*, 2013).

Cuidados paliativos podem ser prestados dentro das instituições hospitalares, ambulatoriamente e em domicílio, de acordo com as necessidades sociais específicas e as particularidades dos serviços de saúde existentes no local. Ressalta-se a importância do cuidado domiciliar proporcionar assistência ao cliente e capacitação de cuidadores/famíliares para continuidade do cuidado (MELO; RODRIGUES; SCHMIDT, 2009).

Os cuidados prestados em domicílio, públicos ou privados, favorecem os princípios dos cuidados paliativos dentro da afirmação da vida e reconhecendo a morte como processos naturais, prestando auxílio aos pacientes e a família, cooperando durante a doença e trabalhando o luto e a perda (FRIPP, 2009).

A prestação dos cuidados paliativos em domicílio possui benefícios para paciente, família e sistema de saúde, tais como: horários menos rígidos, privacidade, cuidado ativo da família, redução das internações hospitalares longas e de alto custo (BRASIL, 2012).

Silva e Silveira (2015) relatam que o câncer associa-se a sintomas diversos como algia, anorexia, náuseas e vômitos, constipação e depressão, entre outros, os quais diminuem a qualidade de vida do paciente, mas que também podem atingir a família, como a depressão. Para realizar a abordagem dos sintomas do paciente em cuidado paliativo, a comunicação, verbal e não-verbal, é essencial (BRASIL, 2012). Identificados os sintomas, as queixas devem ser abordadas, medicamentosamente ou não, para controle e alívio dos sintomas relatados (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

O uso de medicamentos em cuidados paliativos centra-se na necessidade de aliviar os sintomas e evitar a polifarmácia. A OMS e a *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) desenvolveram listas de medicamentos essenciais em cuidados paliativos com indicações para ansiedade, constipação, delírio, depressão, diarreia, dispneia, dor leve a moderada, dor moderada a severa, dor neuropática, fadiga, náusea, vômito e insônia (BARBOSA, 2011).

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, de caráter exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa retrospectiva. Estando em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde N^o. 466/2012 recebeu parecer de liberação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) número 1.062.764. Através de formulário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas foram analisados 192 prontuários de pacientes assistidos no setor da visita domiciliar, desenvolvida pela Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos (CCPO) do Hospital Ophir Loyola (HOL), Procurou-se manter o resguardo da privacidade, anonimato e autonomia dos pacientes.

Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários de pacientes atendidos em cuidados paliativos pelo serviço de visita domiciliar e que vieram a óbito no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. Excluiu-se os pacientes que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi desenvolvido no primeiro semestre de 2015 no HOL. Os dados citados nesta pesquisa estão relacionados aos prontuários de pacientes oncológicos assistidos no domicílio pelo serviço de cuidados paliativos do referido hospital que foram ao óbito entre janeiro de 2012 a dezembro de 2014, totalizando a análise de 192 prontuários de pacientes.

| VÁRIAVEL | QUANT. | PORCENTAGEM (%) |
|---------------------|--------|-----------------|
| SEXO | | |
| Feminino | 101 | 53 |
| Masculino | 91 | 47 |
| IDADE | | |
| 1 à 20 | 3 | 2 |
| 21 a 40 | 12 | 6 |
| 41 à 60 | 61 | 32 |
| 61 à 80 | 81 | 42 |
| Acima de 81 | 35 | 18 |
| RELIGIÃO | | |
| Ateu | 1 | 1 |
| Católico | 42 | 22 |
| Espirita | 2 | 1 |
| Evangélico | 31 | 16 |
| Sem registro | 116 | 60 |
| ESTADO CIVIL | | |
| Solteiro | 41 | 21 |
| Casado | 80 | 42 |
| União estável | 9 | 5 |
| Separado | 10 | 5 |
| Viúvo | 34 | 21 |
| Sem registro | 18 | 9 |

Tabela 1. Características sociais de acordo com sexo, idade, religião e estado civil.

Da população amostral da pesquisa, obteve-se uma maior proporção pertencente ao sexo feminino 53%, o cristianismo é a religião majoritária, porém essa informação

sofre o risco de não representar a realidade uma vez que 116 prontuários (60%) estavam sem o registro destas informações, as quais não foram preenchidas. Os indivíduos casados se concentraram em 42 % dos pesquisados, os viúvos foram 21% da amostra.

O estudo apresentou mais mulheres e idosos, informação esta de acordo com dados expressos na literatura como em estudo de Martelli *et al.* (2011) em sua análise retrospectiva de 137 prontuários de pacientes idosos em internação domiciliar em que a porcentagem de mulheres ficou em 54,7%. Barros (2012) em estudo sobre atenção domiciliar no Distrito Federal a taxa de acometimento por neoplasias entre as mulheres foi superior a masculina.

Em relação a faixa etária o grupo de 61 a 80 anos foi mais prevalente (42%), seguido da faixa etária de 41 a 60 anos (32%). Com resultados semelhantes temos Martelli *et al.* (2011) sobre internação domiciliar onde cerca de 37% dos pacientes se encontravam na faixa etária entre 61 e 80 anos, também em Brondani *et al.* (2013) em que a população idosa representou 45,6% da amostra referente a dependentes de atendimento domiciliar.

Leite, Nogueira e Terra (2015) apresentam indivíduos na faixa etária conjunta de 61 anos ou mais de 79%. Pesquisa realizada em hospital oncológico do Pará revelou taxa de 64% de população idosa acometidos por tipo específico de câncer, fato este que reflete o aumento na expectativa de vida e o processo de transição demográfica em que as doenças crônicas são mais propícias nesta faixa etária, se justificando nesta pesquisa principalmente em função dos dados abordados serem referentes a óbito, uma vez que o risco de morte por câncer aumenta com a idade (CARMO; SILVA; TEIXEIRA, 2014).

A atenção espiritual na assistência em saúde torna-se cada vez mais necessária, uma vez que, o ser humano busca significado em sua vida quando se encontra mais próximo do seu fim. Para os cuidados paliativos a atenção do ser humano além das dimensões físicas e emocionais são prioridades, embora poucos profissionais percebam as necessidades espirituais de seus pacientes não registrando tais informações (PERES *et al.*, 2007), como os prontuários pesquisados em que cerca de 60% estavam sem registro.

Ainda assim a grande porcentagem das religiões referidas (católicos e evangélicos) corroboram com Fornazari e Ferreira (2010) onde o cristianismo (católicos e evangélicos) foi a religião de 60% de seus entrevistados, os quais após o diagnóstico se aproximaram mais ainda de sua fé.

A maioria era casada ou vivia em união estável, fato evidenciado em estudos anteriores sobre perfil de pacientes idosos com câncer como em Andrade *et al.* (2013) cujo 52,6% dos pacientes sobreviventes ao câncer em sua amostra viviam com companheiros ou com cuidador familiar, Hisse *et al.* (2014) ressalta que o fato dos pacientes oncológicos encontrarem-se casados ou morando com companheiros influencia na sua situação de saúde reduzindo o estresse e auxiliando na manutenção

do tratamento e na sobrevida.

| VÁRIAVEL | NÚMERO | PORCENTAGEM (%) |
|-------------------------------|--------|-----------------|
| ESCOLARIDADE | | |
| Sem escolaridade | 20 | 10 |
| Ensino fundamental incompleto | 79 | 41 |
| Ensino fundamental completo | 28 | 15 |
| Ensino médio incompleto | 8 | 4 |
| Ensino médio completo | 15 | 8 |
| Ensino superior incompleto | 2 | 1 |
| Ensino superior completo | 3 | 2 |
| Sem registro | 37 | 19 |
| COR / ETNIA | | |
| Branco | 29 | 15 |
| Pardo | 94 | 49 |
| Negro | 21 | 11 |
| Amarelo | 0 | 0 |
| Indígena | 0 | 0 |
| Sem registro | 48 | 25 |
| PROFISSÃO | | |
| Doméstica | 38 | 20 |
| Aposentado | 37 | 19 |
| Sem registro | 44 | 23 |
| Outros | 73 | 38 |
| RENDA | | |
| 1 a 2 S.M. | 118 | 61 |
| 3 a 4 S.M. | 5 | 3 |
| 5 a 6 S.M. | 2 | 1 |
| Acima de 7 | 2 | 1 |
| Sem registro | 65 | 34 |

Tabela 2. Características sociais de acordo com escolaridade, cor/etnia, profissão e renda.

A amostra revelou que a maior parte dos indivíduos (41%) possui o ensino fundamental incompleto, mas revelou também uma alta taxa de analfabetos (10%). Relacionado a profissão, 38 pacientes eram domésticas (20%) e 37 eram aposentados (19%), renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (61%). Quanto a cor/etnia 94 indivíduos foram declarados pardos (49%).

A baixa escolaridade foi preponderante (51%) com analfabetos juntamente com ensino fundamental incompleto. Tal característica parece refletir o perfil populacional assistido pela instituição de saúde analisada, referência hospitalar pública regional no atendimento a pacientes oncológicos, atendendo a uma demanda por vezes menos

privilegiada socioeconomicamente e com nível escolar mais baixo em sua maioria.

No que se refere a escolaridade o estudo se mantém dentro do que já especificado em estudos anteriores como em Karkow *et al.* (2013) que sugere que o nível de instrução associa-se ao menor acesso a informação sobre saúde repercutindo na incidência de alguns casos de câncer como o de colo de útero, mais frequente nas mulheres de classes sociais mais baixas e menor nível de instrução. Fripp, Facchini e Silva (2012) em sua pesquisa desenvolvida com pacientes em cuidados paliativos no Rio Grande do Sul obtiveram um percentual de 55% de pessoas com ensino fundamental incompleto e alta taxa de analfabetismo (19%).

Em Silva (2012) encontramos expressa a relação entre baixa escolaridade e a má remuneração das pessoas acometidas pelo câncer, uma vez que as duas características geralmente se justificam entre si, estando as duas expressas nos dados encontrados nesta pesquisa.

A prevalência de indivíduos de raça parda está em acordo com dados obtidos em outras pesquisas como em Santos *et al.* (2012) em que 51,9% dos indivíduos declararam-se pardos. Ferreira *et al.* (2015) obteve porcentagem de pacientes atendidos em serviço público oncológico de Recife de cerca de 61%. Oliveira, Thomaz e Silva (2014) atribuem o número quantitativo de pardos a fatores regionais e características sociais da população, sendo a população que mais utiliza o SUS na região Norte composta de pardos e negros.

Cerca de 39% dos indivíduos da amostra declararam não serem economicamente ativos (domésticas e aposentados). Tal apresentação assemelha-se a outros estudos nacionais nos quais a principal fonte de renda referida foi o benefício/aposentadoria como em Silva *et al.* (2012) para a qual a própria situação de fragilidade física e emocional do paciente, as dificuldades atribuídas ao tratamento, a baixa escolaridade aliada a próprias discriminações do mercado de trabalho contribuem para esse fato.

Ferreira *et al.* (2015) mencionam que 80,6% dos idosos presentes em sua observação eram aposentados ou em licença à saúde. Públio, Silva e Viana (2014) referem que apenas 14% dos pacientes em tratamento quimioterápico pertencentes a sua pesquisa eram ativos no trabalho, com 42% sendo aposentados, atribuindo este dado ao fato dos pacientes apresentarem limitações físicas e emocionais para retornarem ao serviço.

| VARIÁVEL | NUMERO | PORCENTAGEM (%) |
|-----------------------|--------|-----------------|
| TIPO DE CÂNCER | | |
| Colo de útero | 37 | 19 |
| Próstata | 26 | 13 |
| Gástrico | 26 | 13 |
| Pulmão | 13 | 7 |
| Mama | 13 | 7 |
| Outros | 77 | 41 |

| TEMPO DE DIAGNÓSTICO | | |
|-----------------------------|----|----|
| > 1 ano | 21 | 11 |
| 1 à 2 anos | 27 | 14 |
| 3 à 4 anos | 29 | 15 |
| Mais de 5 anos | 50 | 26 |
| Sem registro | 65 | 34 |
| METÁSTASE | | |
| Sim | 90 | 44 |
| Não | 44 | 23 |
| Sem registro | 58 | 33 |

Tabela 3. Características acordo com o tipo de câncer, tempo de diagnóstico e metástase.

A Tabela 3 nos trás o perfil das patologias coletadas. O câncer do colo do útero foi predominante, seguido do câncer de próstata e do gástrico (13% cada um). A maioria dos indivíduos convive com a neoplasia a cerca de 5 anos ou mais (26%) com 44% evoluindo com metástases, embora grande a falta de registro desta informação (34%), bem como nos casos de metástases (33%).

Em nossas pesquisas entre as mulheres o tipo de câncer mais prevalente foi o de colo de útero, e entre os homens o de próstata. Silva *et al.* (2015) refere que o câncer de próstata é o tipo de câncer mais comum nos homens brasileiros e o 6º tipo mais comum de câncer no mundo, porém, quando se trata do tipo neoplásico que mais atinge o sexo feminino Girianelli, Gamarra e Silva (2014) identificaram através de suas pesquisas que a mortalidade pelo câncer de colo de útero na região Norte foi superior a mortalidade causada pelo câncer de mama, havendo diminuição dos óbitos entre as mulheres que se encontram em capitais e aumento das mulheres que residem no interior, este fato pode estar ligado as maiores dificuldades para o acesso ao tratamento nas localidades afastadas das capitais.

Para Barros (2012) a população feminina é mais atingida por câncer de mama, útero e ovário, sendo que estes tipos oncológicos abarcaram 41,85% de sua amostra, já entre os homens o câncer de próstata apareceu em 19% dos casos. O câncer gástrico foi o mais comum em nossa pesquisa, sem atingir gênero específico. As prevalências em nossa pesquisa estão de acordo com outros trabalhos, apesar das inversões na ordem de ocorrência.

Através da análise criteriosa dos prontuários, notou-se que a maioria dos indivíduos foram diagnosticados inicialmente com algum tipo neoplasia há cerca de 5 anos ou mais (26%), além dos prontuários nos quais não se localizou registrado esta informação (34%). Prado (2013) identificou em sua pesquisa que o tempo de diagnóstico prevalente foi inferior há 1 ano (55%) mas variou de meses a mais de 10 anos, podemos concluir assim que o tempo de diagnóstico pode influenciar no fator que designa as possibilidades de tratamento curativo ou inserção do indivíduo no

serviço de Cuidados paliativos.

Os dados coletados dos prontuários possibilitaram resultados bem expressivos no que se refere a ocorrência de metástase (44%) com um quantitativo absoluto de 90 pacientes que evoluíram para metástases dos tipos mais diversos. Segundo Rosa *et al.* (2013), o processo de metástase ocorre quando a célula normal forma um clone e prolifera-se no organismo de maneira anormal, adquirindo características invasivas, podendo infiltrar tecidos e ganhar acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, que as levam até outros lugares do corpo. Rocha 2011 observou que a metástase se apresenta na maioria dos indivíduos com câncer devido a detecção tardia. Lima (2013) relata que a presença de metástase em idosos é incidente, sendo um dado este preocupante com um diagnóstico mais tardio, estando a doença em estágio mais avançado e com presença de metástases.

| VARIÁVEL | NUMERO | PORCENTAGEM (%) |
|---|--------|-----------------|
| SINTOMAS AOS CUIDADOS PALIATIVOS | | |
| Algia | 71 | 37 |
| Astenia | 24 | 12,5 |
| Diarréia/constipação | 30 | 15,6 |
| Anorexia | 27 | 14 |
| Insônia | 26 | 13,5 |
| Edema | 20 | 10,4 |
| Dispneia | 14 | 7,3 |
| MEDICAMENTOS UTILIZADOS EM CCPO | | |
| ANALGÉSICO | | |
| Dimorf | 18 | 24 |
| Dipirona | 6 | 8 |
| ANTIEMÉTICO | | |
| Bromoprida | 13 | 17 |
| Nausebron | 1 | 1 |
| ANTIULCEROSO | | |
| Omeprazol | 11 | 15 |
| Ranitidina | 2 | 3 |
| LAXANTE | | |
| Lactulona | 11 | 15 |
| Óleo mineral | 1 | 1 |
| ANTIPSICÓTICO | | |
| Haloperidol | 2 | 3 |
| Amplictil | 10 | 13 |

Tabela 4. Características de acordo com os sintomas aos cuidados paliativos e os principais grupos farmacológicos utilizados.

As variáveis da tabela 4 revela os sintomas mais relevantes apresentados durante os cuidados paliativos, como algia (37%), diarreia / constipação (15,6%) e anorexia (13,5%).

Ferreira, Souza e Stuchi (2008), ao desenvolverem suas pesquisas sobre os cuidados paliativos e família, identificaram que a algia tem sido o sintoma mais recorrente entre os pacientes que se encontram nessa fase final da doença, e no

caso das mulheres com câncer de colo do útero além da algia, ocorre a constipação associando-se a depressão.

Prado e Campos (2011) relatam que entre as queixas dos indivíduos estudados que se encontram em cuidados paliativos oncológicos, a algia foi a mais relevante (38,1%), enquanto os demais sintomas (náuseas, vômito, constipação, diarreia) acometeram 21% desses indivíduos.

A amostra da tabela 4 relaciona os grupos farmacológicos mais utilizados pelos pacientes durante os cuidados paliativos como os analgésicos, antiemético, antiulceroso, laxantes, antipsicótico.

Uma vez que os mecanismos que causam dor podem estar relacionados a causas psicossociais a utilização de ansiolíticos é praxe (LIMA et al., 2013). Batista (2014) também refere em sua pesquisa que os analgésicos foram os fármacos mais utilizados, seguidos dos antieméticos e antiulcerosos.

| VARIÁVEL | NUMERO | PORCENTAGEM (%) |
|--|--------|-----------------|
| INSERÇÃO NA VISITA DOMICILIAR | | |
| 1 a 2 semanas | 45 | 24 |
| 3 a <4 semanas | 25 | 13 |
| 1 a 4 meses | 82 | 43 |
| 5 a 8 meses | 21 | 11 |
| 9 a <12 meses | 10 | 5 |
| 1 a 2 anos | 9 | 4 |
| Nº DE VISITAS REALIZADAS | | |
| 1 à 3 | 83 | 43 |
| 4 à 6 | 27 | 14 |
| 7 à 9 | 8 | 4 |
| Acima de 10 | 29 | 15 |
| Nenhuma visita | 45 | 24 |
| INTERVALO ENTRE DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAMENTO À CCPO | | |
| >7 Dias | 2 | 1 |
| >3 Semanas | 1 | 0 |
| > 11 Meses | 29 | 15 |
| A partir de 1 Ano | 74 | 39 |
| Sem registro | 86 | 45 |

Tabela 5. Inserção na visita domiciliar, intervalo entre diagnóstico e CCPO.

O tempo de inserção no serviço de CCPO na modalidade de visita domiciliar foi em grande proporção de 1 a 4 meses (43%), já o tempo entre o diagnóstico e a inserção na CCPO revelou-se bem longo com maioria predominante a partir de 1 ano (39%). Cerca de 43 % dos pacientes receberam de 1 a 3 visitas domiciliares pelo serviço desde o momento entre a admissão na CCPO ao óbito. O intervalo entre o momento do diagnóstico e a admissão na CCPO foi de anos (39%), importante ressaltar que dos 192 prontuários analisados cerca de 86 não apresentaram essa informação registrada

prejudicando a estatística.

Em nossa pesquisa cerca de 96% dos pacientes foram a óbito em menos de 1 ano após admissão no serviço de Cuidados Paliativos Domiciliar, em conformidade com *Medicare* de Cuidados Paliativos pelo critério de admissão no serviço quanto ao prognóstico de tempo de vida estimado de seis meses até 12 meses insuportavelmente longo se corresponder a tempo de sofrimento (ANCP, 2009). Silva e Hortale (2006) referem que cerca de 90% dos pacientes com câncer terminal vivem poucos meses ou semanas.

Cerca de 39% dos nossos pacientes foram a óbito anos após o diagnóstico inicial da neoplasia, este dado se encontra dentro dos dados encontrados em outras pesquisas referentes a sobrevida de pacientes oncológicos. Segundo Nunes e Rodrigues (2012), o tempo de sobrevida não envolve apenas o tempo até o momento da morte, mas sim o curso evolutivo da doença, incluindo sintomas, desempenho funcional, impacto familiar e social e questões espirituais e financeiras. Filho *et al.* (2013), ao desenvolver sua pesquisa, revelou que o tempo de sobrevida dos indivíduos estudados se mostrou inferior a cinco anos (53,8%).

Carmo, Silva e Teixeira (2014), discorre que o índice de sobrevida de 5 anos ainda é baixo e quando o indivíduo não realiza nenhum tipo de tratamento esse tempo se reduz para média de 4 meses, informações essas que se relacionadas a nossa pesquisa na qual 43% dos pacientes evoluíram a óbito em até 4 meses e em sua totalidade sobreviveram menos de 2 anos após a inserção no serviço de cuidados paliativos, nos indicam que estes pacientes estão chegando ao serviço com estado patológico avançado.

Ramos (2013), esclarece que existe três modelos de atendimento domiciliar: a visita domiciliar com o objetivo da equipe avaliar as necessidades do paciente e família e promover ações educativas, o atendimento domiciliar que seria ações complexas, desenvolvimento de atendimento da equipe ao usuário no seu domicílio e a internação domiciliar que envolve o uso de aparato tecnológico no domicílio.

Importante descrever que 24% dos pacientes não receberam nenhuma visita domiciliar do serviço de Cuidado Paliativos e que 43% destes receberam até 3 visitas. Este fato parece ocorrer devido as dificuldades de acesso a moradia do paciente bem como por dificuldades impostas pela própria carência de infraestrutura do serviço. Fernandes, Duarte e Schmalfluss (2014) em sua pesquisa sobre as dificuldades enfrentadas por um serviço de atenção domiciliar encontraram referência a falta de pessoal específicos do serviço de visita domiciliar diante da demanda, a falta de recursos materiais como veículo próprio para o serviço, a falta de segurança no domicílio ou comunidade do paciente.

Floriani e Schramm (2007) mencionam a necessidade das visitas domiciliares necessitarem de tempo para acontecerem com qualidade, necessitando assim que o profissional possua um grande aporte logístico e uma agenda de atendimento bem organizada, sendo assim concluímos que a escassez de profissionais e materiais

prejudica o funcionamento do serviço, contribuindo para a ocorrência do não atendimento em domicílio de alguns pacientes. Moreira, Ferreira e Junior (2012) mencionam que as maiores dificuldades nos serviços de cuidados paliativos relacionam-se à carência de recursos, de tempo disponível e de comunicação eficiente entre pacientes, equipe e família a qual é dificultada pela sobrecarga de trabalho das equipes, necessitando assim de mais treinamento da equipe e espaço na rotina de trabalho dos profissionais.

5 | CONCLUSÃO

As doenças crônicas, tais como o câncer, vêm acometendo cada vez mais a população mundial, independentemente dos fatores como a idade, gênero ou raça. Sua incidência está ligada a mudanças no perfil populacional e epidemiológico associado às falhas e falta de prevenção nos serviços de saúde de atenção primária, fazendo com que o diagnóstico das doenças seja tardio.

O cuidado paliativo é prestado ao cliente a fim de preservar a qualidade de vida de uma forma humanizada, inserindo-se nesta modalidade a visita domiciliar. Esta deve ser realizada por equipe multidisciplinar, de acordo com as necessidades de cada paciente para possibilitar uma devida assistência.

Ressalte-se o grande número de pacientes que foram direcionados para Cuidado paliativo sem nunca terem recebido nenhum tratamento curativo devido estadiamento avançado da doença, evidenciando falhas no serviço de rastreamento e dificuldade para diagnóstico destas patologias.

O presente estudo não buscou avaliar a efetividade do serviço de cuidados paliativos domiciliar, mas subsidiar políticas públicas vindouras na atenção domiciliar, para tornar a sobrevida mais digna e confortável ao indivíduo e apoio a família.

REFERÊNCIAS

ANCP/AGÊNCIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. RJ: Diagraphic, 2006, 60p.

ANCP / AGÊNCIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos - Ampliado e atualizado**. 2ª edição. Editora Solo, Agosto/2012.

_____. **O que são cuidados paliativos**. ANCP, novembro/2009. Disponível em <<http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

ANDRADE, F.P.; MUNIZ, R.M.; LANGE, C.; SCHWARTZ, E.; GUANILO, M.E.E. **Perfil sociodemográfico e econômico dos sobreviventes ao câncer segundo o grau de resiliência**. Texto E Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 476-84.

BARBOSA, M.F. **Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e utilização de medicamentos: perfil e satisfação**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

BARROS, L.N. **Atenção domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho/DF: Perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010.** Universidade de Brasília – UNB/ Faculdade de Medicina / Núcleo de Medicina Tropical/ Dissertação de Mestrado. Brasília, 2012.

BATISTA, M.R. **Estudos de medicamentos em pacientes oncológicos hospitalizados.** Trabalho de Conclusão de Curso / Graduação em Farmácia – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. 2014.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / INCA / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p.: il. col., mapas.

_____. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. 128 p.: il.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR - **Caderno de Atenção Domiciliar Volume 2.** BRASÍLIA – DF: ABRIL – 2012.

BRONDANI, C.M. RAMOS, L.H.; BEUTER, M.; LAMPERT, M.A.; SEIFFERT, M.A.; BRUINSMA, J.L. **Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar.** Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Vol 3. 2013.

CARDOSO, D.H.; MUNIZ, R.M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I.C.O. **Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional.** Texto e Contexto Enfermagem. Vol.22, N°4, Florianópolis. Oct./Dec. 2013.

CARMO, C.B.S.; SILVA, R.D.; TEIXEIRA, R.C. **Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão em hospital público de referência oncológica do estado do Pará.** Revista Paraense de Medicina. Volume 28. Janeiro-março. 2014.

CREMESP / Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Cuidado Paliativo. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

DIAS, G.A.R; PEREIRA, V.F; LOPES, M.M.B; CASCAIS, J.C; DAEL, P.C.L. **A atenção prestada por enfermeiros em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde – Volume 05. Número 03, Ano 2014. páginas: 2043-2058.

FERNANDES, M.; DUARTE, M.L.C.; SCHMALFUSS, J.M. **Facilidades e dificuldades na realização de visitas domiciliares em um centro de atenção psicossocial.** Cogitare Enfermagem. 2014. Jul/Set; 19 (3).

FERREIRA, M.L.L; SOUZA, A.I.; FERREIRA, L.O.C.; MOURA, J.F.P.; JUNIOR, J.I.C. **Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 2015; 18(1):165-177.

FERREIRA, N.M.L.A.; SOUZA, C.L.B.; STUCHI, Z. **Cuidados paliativos e família.** Revista Ciências Médicas, Campinas, 17(1):33-42, jan/fev., 2008.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. **Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):2072-2080, set, 2007.

FORNAZARI, S.A.; FERREIRA, R.E.R. **Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos:**

Qualidade de Vida e Saúde. Universidade Estadual de Londrina- Psicologia: Teoria e Pesquisa. Abr-Jun 2010, Vol. 26 n. 2, pp. 265-272.

FRIPP, J.C. **Internação domiciliar e cuidados paliativos para pacientes oncológicos no município de Pelotas / RS.** Universidade Federal de Pelotas - Departamento de Medicina Social - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública Baseada em Evidências. Pelotas / Rio Grande do Sul:2009.

FRIPP, J.C.; FACCHINI, L.A.; SILVA, S.M. **Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde-SUS.** Epidemiologia Serviços de Saúde, Brasília, 21(1):69-78, jan-mar 2012.

GANDIN, L.A.A.; PAULILO, M.A.S. Cuidados Paliativos: a visão de pacientes além de possibilidades terapêuticas. Serviço Social Revista. 2004. VOL 6(2), pag 1679-81.

GIRIANELLI, V.R.; GAMARRA, C.J.; SILVA, G.A. **Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil.** Revista de Saúde Pública. 2014; vol. 48(3):459-467.

GOLDIM, J.R.; PITHAN, C.F.; OLIVEIRA, J.G.; RAYMUNDO, M.M. **O processo de consentimento livre e esclarecido em pesquisa: uma nova abordagem.** Revista Associada Medica Brasileira. 2003; vol. 49(4): 372-4.

HISSE, C.N.; SCHWARTZ, E.; LIMA, L.M.; FEIJÓ, A.M.; SANTOS, B.P.; VIEGA, A.C. **Caracterização dos pacientes de quimioterapia e hormonioterapia de uma unidade de oncologia.** Revista de Enfermagem Centro Oeste Mineiro. 2014 maio/ago; 4(2):1185-1193.

KARKOW, M.C.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; MISTURA, C.; ROSA, B.V.C.; ROSA, N.; MARTINS, M.S.; DEBUS, P.S.; DORNELES, V.C. **Perfil dos usuários do serviço de radioterapia de um hospital universitário.** Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Vol 3. 2013.

LEITE, M.A.C.; NOGUEIRA, D.A.; TERRA, F.S. **Aspectos sociais e clínicos de pacientes oncológicos de um serviço quimioterápico.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2015 jan-fev; 16(1):38-45.

LIMA, A.D.; MAIA, I.O.; JUNIOR, I.C.; LIMA, J.T.O.; LIMA, L.C. **Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil.** Revista Dor. Sao Paulo, 2013 out-dez;14(4):267-71.

LIMA, A.D.; MAIS, I.O.; JUNIOR, I.C.; LIMA, J.T.O.; LIMA, L.C. **Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil.** Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil- 2013.

MARTELLI, D.R.B.; SILVA, M.S.; CARNEIRO, J.A.; BONAN, P.R.F.; RODRIGUES, L.H.C.; MARTELLI-JÚNIOR, H. **Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa.** Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, VOL 21 [1]: 147-157, 2011.

MELO, T.M.; RODRIGUES, I.G.; SCHMIDT, D.R.C. **Caracterização dos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos no domicílio.** Revista Brasileira de Cancerologia. 2009; VOL 55(4): pag: 365-374.

MOREIRA, L.M.; FERREIRA, R.A.; JUNIOR, A.L.C. **Discussão de Protocolo para Cuidadores de Pacientes com Câncer em Cuidados Paliativos.** Paidéia - set.-dez. 2012, Vol. 22, No. 53, 383-392.

NUNES, M.G.S.; RODRIGUES, B.M.R.D. **Tratamento paliativo: perspectiva da família.** Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

- OLIVEIRA, B.L.C.A.; THOMAZ, E.B.A.F.; SILVA, R.A. **Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008)**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(7):1-15, jul, 2014.
- PERES, M.F.P.; ARANTES, A.C.L.Q.; LESSA, P.S.; CAOUS, C.A. **A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos**. Revista de Psiquiatria Clínica. 34, supl 1; 82-87, 2007.
- PRADO, C. D.; CAMPOS, J.A.D.B. **Caracterização clínica, demográfica e nutricional de pacientes oncológicos atendidos em um hospital público – 2008**. Alimentação e Nutrição, Araraquara, vol. 22, n. 3, p. 471-478, jul./set. 2011.
- PRADO, M.M.M.V. **A qualidade de vida dos acompanhantes de portadores de neoplasia**. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde- FACES Curso de Enfermagem. Centro universitário de Brasília. 2013.
- PÚBLIO, G.B.; SILVA, K.O.; VIANA, G.F.S. **Qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia**. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.7, n.2, p.244-257, jul./dez. 2014.
- RAMOS, M.F.A.B. **A bioética frente aos cuidados paliativos e à assistência domiciliar: uma revisão integrada**. Brasília, 2013.
- ROCHA, R.C.A. **Avaliação clínica do perfil epidemiológico de 665 pacientes com câncer oral diagnosticados entre os anos de 1970 – 2009 na FOUSP**. Universidade de São Paulo / Faculdade de Odontologia / tese de mestrado. 2011.
- SANTOS, R.A.; PORTUGAL, F.B.; FELIX, J.D.; SANTOS, P.M.O.; SIQUEIRA, M.M. **Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: Relevância dos Fatores de Risco Álcool e Tabaco**. Revista Brasileira de Cancerologia. 2012.
- SILVA, C.M.G.; CANGUSSU, M.C.T.; MENDES, C.M.C.; ARAÚJO, R.P.C. **Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltez no período entre 2000 e 2006**. Revista de Ciências Médicas e biológicas, Salvador, vol. 12, especial, p.411-418, dez.2013.
- SILVA, D.I.S.; SILVEIRA, D.T. **Cuidados paliativos: desafio para a gestão e políticas em saúde**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.06, Nº. 01, Ano 2015 p.501-13.
- SILVA, E.P.; SUDIGURSKY, D. **Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica**. Acta Paulista de Enfermagem. 2008;21(3):504-8.
- SILVA, R.C.F.; HORTALE, V.A. **Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(10):2055-2066, out, 2006.
- SILVA, S.E.D.; ALMEIDA, M.R.; CORRÊA, A.C.A.; MONTEIRO, J.M.N.; GONÇALVES, P.J.C.; CARNEIRO, R.B.; GOMES, S.A.C.; BRAVO, T.B.; AMARAL, T.L.; ALVES, P.S.; SANTOS, J.A.; CUNHA, N.M.F.; VASCONCELOS, E.V. **Câncer – uma doença psicossocial: câncer no homem e a herança da cultura machista**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.06, Nº. 01, Ano 2015 p.606-16.
- SILVA, V.K.A. **A política de humanização no atendimento a pessoas com câncer: Um estudo na Associação Esperança e Vida de Campina Grande – PB**. Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação. Paraíba - 2012.

APLICAÇÃO DO MÉTODO DÁDER EM PACIENTES HIPERTENSOS DE UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE CARUARU

Maria Aparecida Farias Souto Maior

Bacharelado em Farmácia, Departamento de Farmácia, Universidade Tabosa de Almeida, Caruaru-PE, Brasil. E-mail: mariaasouto@outlook.com

Kawanny Millena Alves de Melo

Bacharelado em Farmácia, Departamento de Farmácia, Universidade Tabosa de Almeida, Caruaru-PE, Brasil. E-mail: millena_kawanny@hotmail.com

Carlos Eduardo Miranda de Sousa

Doutor em Ciências Farmacêuticas, Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil. E-mail: eduardo.miranda@nudfac.com.br

Mestre em Ciências Farmacêuticas, Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

Graduado em Bacharelado em Farmácia, Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

João Paulo de Melo Guedes

Mestre em Ciências Farmacêuticas, Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil. E-mail: jpmguedes@gmail.com

Graduado em Bacharelado em Farmácia, Departamento de Farmácia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.

Carlos Henrique Tabosa Pereira da Silva

Doutor em Ciências Farmacêuticas, Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil. E-mail: henriquetabosa@pesqueira.ifpe.edu.br

Mestre em Ciências Farmacêuticas, Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

Graduado em Bacharelado em Farmácia, Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

RESUMO: A Hipertensão Arterial caracteriza-se pela elevação dos níveis tensionais no sangue e é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública do Brasil. Nesse contexto, a Atenção Farmacêutica é importante, contribuindo tanto para a melhoria da adesão medicamentosa, como na farmacoterapia dos hipertensos, diante da identificação e resolução dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM). O estudo foi realizado com pacientes idosos. Foram escolhidos 20 indivíduos aleatoriamente, independentes do sexo, com idade entre 58 e 98 anos, diagnosticados com hipertensão, que utilizavam continuamente medicamentos anti-hipertensivos. O processo de coleta dos valores pressóricos deu-se antes do início da aplicação do questionário, na parte da manhã, com o paciente em repouso. O objetivo desse estudo foi investigar e avaliar os Problemas Relacionados aos Medicamentos anti-hipertensivos e realizar a avaliação e intervenção farmacêutica. Foi aplicado o Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico em

pacientes cadastrados na Casa dos Pobres São Francisco de Assis, no município de Caruaru-PE, Brasil, durante três meses. O Método Dáder é um tipo de questionário utilizado pelos profissionais farmacêuticos onde os mesmos se responsabilizam pelas necessidades do paciente associadas ao uso de medicamentos. A análise dos dados ocorreu por meio de estatística descritiva e identificou-se que 60% dos pacientes apresentaram PRM, sendo necessárias 168 intervenções farmacêuticas, visando à resolução desses problemas. O PRM mais frequente foi apresentação de um problema de saúde por reação adversa causada pelo medicamento. A aplicação do Método Dáder resultou numa ampla avaliação farmacoterapêutica, que obteve melhoria na qualidade de vida dos pacientes em estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Método Dáder; Atenção Farmacêutica; Hipertensão.

ABSTRACT: Hypertension is characterized by elevated blood pressure levels and is considered one of the major problems for public health in Brazil. In this context, Pharmaceutical Care is important, contributing both to the improvement of drug adherence and to the pharmacotherapy of hypertensive patients, in view of the identification and resolution of problems related to medications (PRM). The study was performed with elderly patients. Twenty randomly selected, sex-independent individuals, aged 58 to 98 years, diagnosed with hypertension, who continuously used antihypertensive drugs were selected. The process of collecting blood pressure values occurred before the beginning of the questionnaire, in the morning, with the patient at rest. The aim of this study was to investigate and evaluate the problems related to antihypertensive drugs and to perform the pharmaceutical evaluation and intervention. The Dáder Method of Pharmaco-therapeutic Follow-up was applied to patients enrolled in the House of the Poor São Francisco de Assis, in the city of Caruaru-PE, Brazil, for three months. The Dáder Method is a type of questionnaire used by pharmacists where they are responsible for the patient's needs associated with the use of medications. Data analysis was performed using descriptive statistics, and 60% of the patients were identified as having PRM, requiring 168 pharmaceutical interventions to resolve these problems. The most frequent PRM was the presentation of a health problem due to the adverse reaction caused by the drug. The application of the Dáder method resulted in a comprehensive pharmacotherapeutic evaluation, which obtained improvement in the quality of life of the patients under study.

KEYWORDS: Dáder method; Pharmaceutical attention; Hypertension.

INTRODUÇÃO

A pressão alta caracteriza-se por um aumento da pressão arterial sistêmica, e de acordo com as V Diretrizes Brasileiras, a hipertensão arterial é caracterizada como uma síndrome que se menciona pelo aumento dos níveis tensionais associado à variações metabólicas, hormonais, e hipertrofia cardiovascular, podendo estas serem consideradas fatais e não-fatais.¹ De acordo com as Diretrizes, os indivíduos que serão

considerados hipertensos são aqueles que possuem sua pressão arterial com valores igual ou maior que 140 x 90 mmHg.²

O tratamento para hipertensão necessita do uso de medicamentos e de mudanças no estilo de vida. O tratamento medicamentoso tem por objetivo reduzir os níveis da pressão arterial para menos que 140/90 mmHg com a utilização de fármacos. Geralmente é realizada a associação de dois ou mais fármacos, para a obtenção de melhores resultados. Alguns exemplos de fármacos utilizados são: diuréticos, beta-bloqueadores, bloqueadores de canal de cálcio, entre outros.³

Além do tratamento medicamentoso, as mudanças no estilo de vida devem ser estimuladas, para auxiliar no tratamento medicamentoso da hipertensão, reduzindo os níveis pressóricos.⁴ Essas medidas não-farmacológicas enquadram-se em redução do peso corporal, baixo consumo de sal, prática de exercícios físicos, entre outros. Todos os pacientes hipertensos devem mudar seu estilo de vida, durante toda a vida. Esses hábitos saudáveis garantem não só a queda dos níveis pressóricos, como também diminuem o risco de eventos cardiovasculares.⁵

A utilização de um amplo número de medicamentos contribui para o aparecimento dos chamados PRM, que são os Problemas Relacionados aos Medicamentos, que são problemas de saúde que se relacionam com a farmacoterapia do paciente e que irá interferir na qualidade de vida dos mesmos e nos resultados terapêuticos.⁶

Segundo o Comitê de Consenso Médico (2002), problemas de saúde caracterizados por resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia, que surgem através de diversas causas, e chegam a conduzir o não alcance dos objetivos terapêuticos, ou o aparecimento de efeitos não desejados, caracterizam os PRM. Podem ocorrer por diversos motivos, desde a conduta estabelecida para os medicamentos, até o próprio usuário e seus aspectos psicológicos, sociais, biológicos, entre outros.

A atenção farmacêutica é uma prática profissional, onde há uma interação direta entre farmacêutico e paciente na busca de tentar atender às necessidades e dúvidas apresentadas pelo mesmo em relação aos medicamentos. Estão envolvidas na atenção farmacêutica a análise da situação do paciente, de acordo com suas necessidades em relação ao medicamento, a produção de um plano para ser seguido demonstrando os objetivos do tratamento farmacológico, as intervenções apropriadas e a avaliação de como está seguindo o plano para determinar os resultados reais do paciente.⁸

O Método Dáder foi elaborado por um Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, que visa o seguimento do tratamento farmacológico de determinados pacientes. Esse método trata-se de um questionário que baseia-se na obtenção da história farmacoterapêutica dos pacientes, que vai avaliar o estado e situação em um período determinado, com a finalidade de identificar e resolver os possíveis PRM apresentados. Caso PRM sejam identificados, são realizadas as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver esses problemas, e os resultados obtidos serão avaliados.⁹

Para sua realização, o Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) requer um

método de trabalho exigente. Por esse motivo, os profissionais clínicos necessitam nessas atividades de manuais de atuação, consensos, protocolos, etc, para regularizar parte do seu trabalho. O AFT necessita de procedimentos de trabalhos organizados e validados, que permitam ter uma avaliação do processo e dos resultados. O Método Dáder é baseado na aquisição da história Farmacoterapêutica do paciente, os problemas de saúde que ele apresenta e os medicamentos que utiliza, e na observação de seu estado de situação em um tempo determinado a fim de apontar e solucionar os Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) que o mesmo apresenta. Após esta observação, se realizarão as intervenções farmacêuticas que são necessárias para resolver os PRM e, após isso, serão observados os resultados.¹⁰

No Brasil, o Método Dáder é o mais propício e utilizado para a prática da Atenção Farmacêutica. Esse método tem por vantagem possibilitar a realização do seguimento farmacoterapêutico de forma sistemática, mostrando uma estratégia importante para o uso racional de medicamentos, propiciando um melhor tratamento com melhores resultados.¹¹

O presente artigo teve como objetivo avaliar a farmacoterapia e os possíveis Problemas Relacionados aos Medicamentos de pacientes hipertensos, após a introdução do acompanhamento farmacoterapêutico pelo Método Dáder.

METODOLOGIA

Após aprovação pelo Sistema Nacional de Ética em Pesquisa, sob parecer substanciado nº 1.806.488, foi realizado um estudo prospectivo observacional e longitudinal (que visa analisar as variações nas características dos mesmos elementos amostrais ao longo do tempo), de natureza quantitativa.

O estudo foi realizado com 20 pacientes idosos, diagnosticados com hipertensão, que fazem o uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos, cadastrados na Casa dos Pobres São Francisco de Assis, Caruaru-PE, Brasil.

O processo de coleta dos valores pressóricos se deu antes do início da aplicação do questionário, na parte da manhã, com o paciente em estado de repouso. A coleta foi realizada com auxílio do esfigmomanômetro e do estetoscópio.

Foi utilizada a metodologia relativa ao Método Dáder de seguimento farmacoterapêutico, que é um questionário que baseia-se nas seguintes etapas de procedimento de coleta de dados: oferecimento do serviço do Método Dáder, onde foi explicado o que era o serviço e o que ele oferecia ao paciente; primeira entrevista (onde foram colhidas informações importantes, como dados do paciente e farmacoterapia); fase de estudo (análise da situação do paciente; avaliação dessa situação e suspeitas de PRM); segunda entrevista; reanálise da situação; avaliação e intervenção farmacêutica (onde o objetivo foi melhorar com relevância os PRM dos pacientes). As informações observadas foram registradas no próprio questionário. Foram realizadas

2 entrevistas com cada paciente, durante o 2º semestre do ano de 2016. A segunda entrevista foi realizada 3 meses após a primeira. Os dados são registrados e tabulados através da aplicação do questionário validado do próprio Método Dáder, onde são identificados os PRM (e realiza-se a classificação categórica).

De acordo com a metodologia Dáder, foi visto que a farmacoterapêutica atende os critérios de necessidade, efetividade e segurança em seu uso. O Método Dáder também serve para detectar PRM, conforme classificação categórica detalhada a seguir: Necessidade: PRM1 – O paciente que se encaixa nessa categoria é aquele que apresenta um problema de saúde por não utilizar o medicamento de que necessita; PRM2 – O paciente que se encaixa nessa categoria é aquele que apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento de que não necessita; Efetividade: PRM3 – O paciente que se encaixa nessa categoria é aquele que apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que foi mal selecionado; PRM4 – O paciente que se encaixa nessa categoria é aquele que apresenta um problema de saúde por usar uma posologia inferior a de que necessita; Segurança: PRM5 – O paciente que se encaixa nessa categoria é aquele que apresenta um problema de saúde por usar uma posologia superior a de que necessita; PRM6 – O paciente que se encaixa nessa categoria é aquele que apresenta um problema de saúde porque nele o medicamento causa uma reação adversa.

A análise dos dados em questão ocorreu por meio de estatística descritiva (média percentual e desvio padrão) e foram utilizadas distribuições de frequências e gráficos para variáveis quantitativas. Para essas análises, foram utilizados os softwares Excel e o GraphPad Prism.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da avaliação farmacoterapêutica 20 idosos hipertensos moradores da Casa dos Pobres no município de Caruaru-PE, sendo 14 homens (70%) e 6 mulheres (30%).

| Variáveis | Masculino (n=14) | Feminino (n=6) | Total (n=20) |
|-------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------|
| Faixa etária (em anos) | | | |
| <65 anos | 7,14% (1) | 0% (0) | 5%(1) |
| >65 anos | 92,86% (13) | 100% (6) | 95%(19) |
| PAS* | | | |
| Ótima(=120mmHg) | 35,71% (5) | 83,3%(5) | 50%(10) |
| Normal(121 a 130mmHg) | 14,29%(2) | 16,7%(1) | 15%(3) |
| Limítrofe(131 a 140mmHg) | 50%(7) | 0%(0) | 35%(7) |
| Escolaridade | | | |
| Alfabetizado | 35,71% (5) | 33,3% (2) | 35%(7) |
| Não-alfabetizado | 64,29%(9) | 66,7% (4) | 65%(13) |
| Prática de atividades físicas | | | |
| Sim | 100% (14) | 100% (6) | 100% (20) |
| Não | 0% (0) | 0% (0) | 0% (0) |
| Tabagismo | | | |
| Sim | 1% (1) | 0% (0) | 1% (1) |
| Não | 99% (14) | 100% (6) | 99% (19) |
| Bebidas alcoólicas | | | |
| Sim | 0 | 0 | 0% (0) |
| Não | 100% (14) | 100% (6) | 100% (20) |

*PAS: Pressão Arterial Sistólica

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida dos 20 pacientes analisados, segundo o gênero, do município de Caruaru-PE, 2017.

*PAS: Pressão Arterial Sistólica

Durante os três meses de avaliação farmacoterapêutica, observou-se que 10 pacientes avaliados apresentaram Pressão Arterial Sistólica ótima (menor ou igual a 120mmHg), enquanto 3 pacientes apresentaram Pressão Arterial Sistólica normal (entre 121 a 130 mmHg) e 7 pacientes apresentaram Pressão Arterial Sistólica limítrofe (entre 131 a 140mmHg). Esse fato se explica por serem pacientes hipertensos diagnosticados e em tratamento medicamentoso. A percepção existente sobre a hipertensão arterial e suas medidas de controle determinam elementos significativos capazes de reduzir drasticamente óbitos decorrentes dessa doença. Diante de sua assintomatologia, na maioria das vezes, o indivíduo hipertenso poderá ser surpreendido por suas complicações, sendo necessário aprender a conviver com sua forma crônica.¹¹

Estudos epidemiológicos têm demonstrado a relevância de vários fatores de risco para a circunstância de doenças cardiovasculares. Esse agrupamento de fatores de risco inclui a análise do IMC, faixa etária, consumo de álcool, diabetes, histórico familiar para estudo da pressão arterial, escolaridade, tabagismo, atividades físicas, obesidade e sedentarismo.¹²

A prática de atividades físicas, com intensidade leve a moderada, deve ser recomendada em todos os casos.¹²

Condições socioeconômicas e a falta de adesão ao tratamento constituem fortes obstáculos ao controle da hipertensão arterial.¹³ Considerando a escolaridade dos pacientes avaliados, apenas 7 são alfabetizados, sendo 13 não-alfabetizados, o que pode dificultar a adesão ao tratamento. A idade e o grau de escolaridade podem estar relacionados com o grau de adesão ao tratamento do paciente hipertenso, comprometendo, assim, o sucesso do tratamento anti-hipertensivo.

A idade avançada juntamente com a exposição a diversos medicamentos, além do predomínio de mais de uma doença por paciente, desenvolvem-se como fatores de risco para o desenvolvimento de Problemas Relacionados à Medicamentos na amostra estudada. Os idosos são mais acometidos por apresentarem maior equivalência de doenças, fazerem uso da polifarmácia e apresentarem alterações consideráveis relacionadas à farmacocinética e farmacodinâmica.¹⁴

Foi observado nesse estudo, que 60% dos pacientes apresentaram algum tipo de PRM. Foi encontrado um total de 18 problemas relacionados aos medicamentos, distribuídos em 3, dos 6 tipos existentes, de acordo com a classificação dessa metodologia (Figura 1). Os problemas relacionados aos medicamentos são frequentes e afetam negativamente a qualidade de vida do paciente.

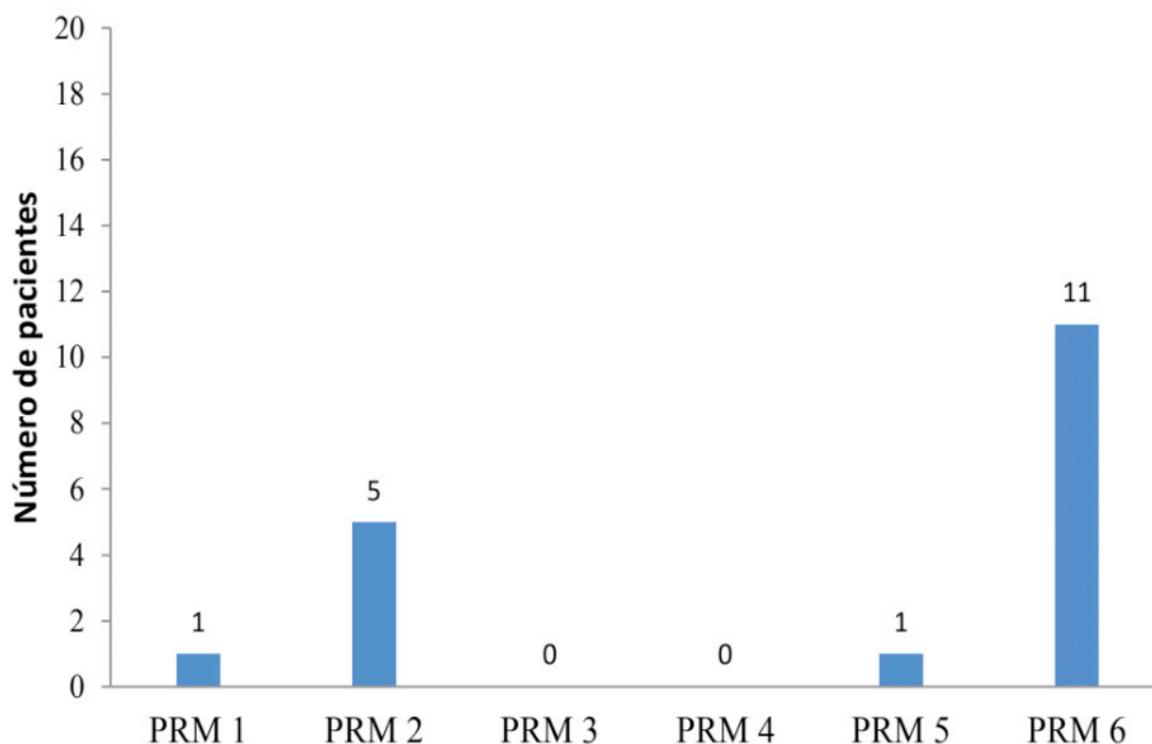


Figura 1. Frequência dos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) encontrados nos pacientes (n = 20) avaliados em Caruaru-PE, 2017

A abordagem educativa no processo de atenção farmacêutica com hipertensivos favorece a elucidação de dúvidas e proporciona uma maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas.¹⁵

O problema relacionado aos medicamentos mais encontrado foi o PRM 6, em 11 pacientes. O PRM 1 foi encontrado em apenas 1 paciente. O PRM 2 foi encontrado em 5 pacientes. O PRM 5 foi encontrado em apenas 1 paciente (Figura 1). Esses fatos podem ser explicados por rapidez no atendimento médico (que impossibilita o questionamento pelo paciente, dificultando um atendimento humanizado e racional), prescrições inadequadas, abandono do tratamento, esquemas terapêuticos inadequados, falhas na seleção, erros de medicação tais como doses inadequadas, interação medicamentosa e falta de orientação quanto ao tratamento, resultando em mau uso e falta de efetividade da farmacoterapia.¹⁶

Os problemas relacionados aos medicamentos 3 e 4 não foram apresentados pelos pacientes avaliados nesse estudo. Acredita-se que esse fato ocorre por se tratar de pacientes que possuem atendimento médico periódico e que dispõem de uma fácil aquisição de medicamentos.¹⁶

A figura 2 mostra as variações na pressão arterial sistólica comparando-se a primeira e a segunda entrevista do período de acompanhamento farmacoterapêutico nos pacientes avaliados.

Na primeira entrevista, 7 pacientes apresentaram pressão arterial sistólica limítrofe (131 a 140mmHg), enquanto os demais apresentaram pressão arterial sistólica normal (entre 121 a 130mmHg) ou pressão arterial sistólica ótima (menor ou igual a 120mmHg). Com o transcorrer das avaliações farmacoterapêuticas, esses valores mudaram, reduzindo para 3 o número de pacientes com níveis pressóricos elevados, o que pode ser induzido pela idade avançada e agregação de outras doenças. Assim, diante da estatística descritiva, pode-se afirmar que a prática da atenção farmacêutica baseada no Método Dáder melhorou a qualidade de vida dos pacientes.

| PRIMEIRA ENTREVISTA | SEGUNDA ENTREVISTA |
|---------------------|--------------------|
| 11/7 | 11/7 |
| 13/8 | 12/8 |
| 13/7 | 12/8 |
| 13/8 | 12/8 |
| 13/8 | 12/8 |
| 13/8 | 13/7 |
| 12/8 | 11/7 |
| 9/5 | 10/6 |
| 10/6 | 11/7 |
| 11/7 | 12/8 |
| 10/6 | 11/7 |
| 11/7 | 11/7 |
| 11/9 | 10/6 |
| 10/6 | 10/6 |
| 11/6 | 12/8 |

| | |
|------|------|
| 11/9 | 12/8 |
| 12/6 | 12/8 |
| 13/7 | 13/7 |
| 12/8 | 12/8 |
| 13/9 | 13/7 |

Tabela 2. Alterações na pressão arterial sistêmica considerando os valores pressóricos da primeira e segunda entrevista, em 20 pacientes hipertensos na cidade de Caruaru-PE 2017

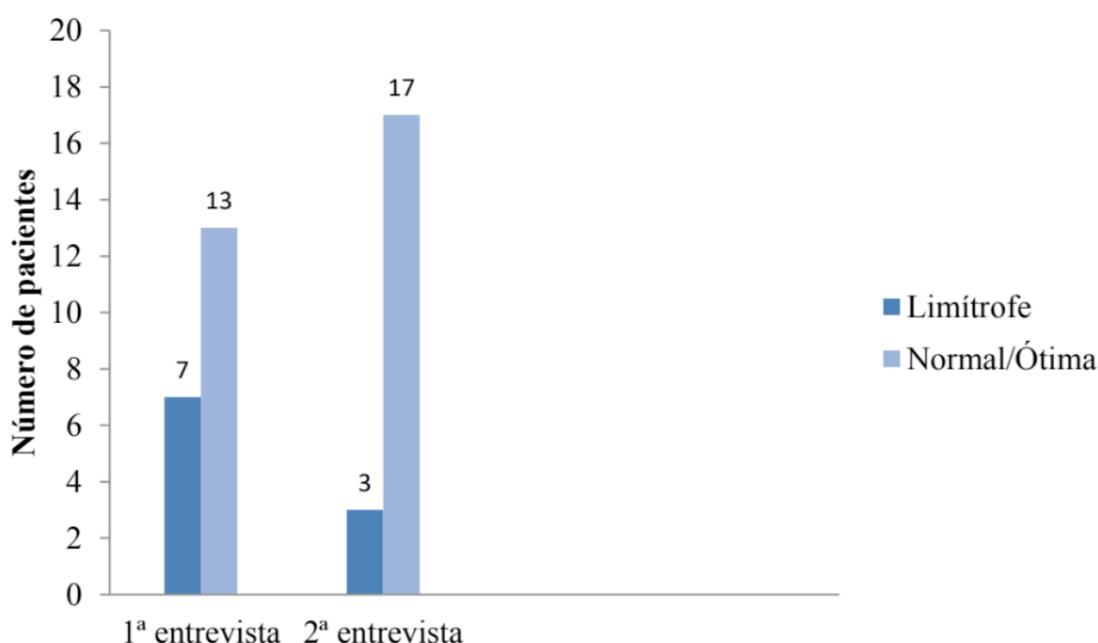


Figura 2. Alterações na pressão arterial sistêmica considerada limítrofe (131 a 140mmHg), considerando os valores pressóricos da primeira e segunda entrevista, em 20 pacientes hipertensos na cidade de Caruaru-PE, 2017

Durante o período de acompanhamento farmacoterapêutico realizado nessa pesquisa, foram aplicadas 168 intervenções farmacêuticas nos pacientes hipertensos (Tabela 3).

| Intervenções farmacêuticas | Frequência |
|---|------------|
| Acompanhamento pressórico | 2 |
| Orientação sobre o uso correto da medicação | 111 |
| Orientação sobre a doença | 13 |
| Medidas não farmacológicas | 20 |
| Armazenamento de medicamentos | 20 |

Tabela 3. Periodicidade das intervenções farmacêuticas realizadas em 20 pacientes hipertensos no município de Caruaru-PE, 2017

As intervenções farmacêuticas são necessárias para a adesão do paciente ao tratamento e permitem tanto a identificação como a prevenção de problemas

relacionados aos medicamentos.⁹

CONCLUSÃO

Nesse estudo, 55% dos pacientes apresentaram o problema relacionado aos medicamentos de tipo 6, sendo o mais frequente, que representa um problema de saúde porque o medicamento causa uma reação adversa ao paciente, e 45% dos pacientes não apresentaram nenhum problema relacionado aos medicamentos.

REFERÊNCIAS

Araújo ALA, Pereira LR.L, Ueta JM, Osvaldo F. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do sistema único de saúde. *Ciência&Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 13, p. 611-617, 2008.

Brondani S, Cadó T, Genehr S, Pereira L, Piloneto A, Silva RM, et al. **Hipertensão Arterial: Abordagem Interdisciplinar na Atenção Básica, uma revisão bibliográfica**, 2004.

Brune MFSS, Ferreira EE, Ferrari CKB. **O método dáder na atenção farmacêutica em pacientes hipertensos no município de pontal do araguaia-MT, brasil**. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 402-409, 2014.

Comitê de consenso. **Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos**. *Ata Médica Portuguesa*, v.17, p. 59-66, 2004.

Farina SS, Romano-Lieber NS. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança?. *Saúde soc. São Paulo*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2009.

Gerlack LF, Werlang MC, Bós AJG. **Problemas relacionados ao uso de medicamentos em idosos atendidos em um ambulatório multiprofissional de hospital universitário no rio grande do sul**. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 13-17, jan/mar 2015.

Gravina CF, Grespan SM, Borges JL. **Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso**. *Rev Bras Hipertens*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 33-36, 2007.

Lopes LO, Moraes ED. **Tratamento não-medicamentoso para hipertensão arterial**.

Lyra Júnior, DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. **A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica**. *Rev Latino-am Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 435-41, maio-jun 2006.

Machuca M, Fernandez-Llimos FF, Faus MJ. **Manual de acompanhamento farmacoterapêutico, Método Dáder**, 2004.

Nobre F, Coelho EB, Lopes, PC, Geleilete TJM. **Hipertensão Arterial Sistêmica Primária**, *Revista FMRP*, v. 48, n. 5, p. 256-72, set/out 2015.

Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. **Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-saúde, Brasil**. *Revista Paam Salud Publica*. p. 103-107, 2010.

Pereira IMO. **Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica**. *Liph Science*. V.2, n.2, p. 21-40, abr./jun., 2015.

Perroti TC, Campos Filho J, Uehara CA, Almada Filho CM, Miranda RD. **Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso**. *Rev Bras Hipertens*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 37-41, 2007.

Prado ALM, Silva CEB, Brito CP, Prado MCM, Prado OMP. **Exercício físico no tratamento da**

hipertensão arterial sistêmica: Hipotensão pós-exercício e prescrição do exercício físico para pacientes hipertensos. Motricidade. V.8, n.52, p. 719-724, 2012.

Yokoyama CS, Malucelli A, Momo CMC. **Proposta do sistema de informação para atenção farmacêutica baseado no método dáder.** Rev Ciênc Farm **Básica Apl.** v. 32, n.1, p. 19-26, 2011.

AVALIAÇÃO DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Andrezza Araújo do Nascimento

Hospital Universitário Lauro Wanderley
João Pessoa - PB

Celidarque da Silva Dias

Hospital Universitário Lauro Wanderley
João Pessoa - PB

Flávia Pessoa de Belmont Fonseca

Hospital Universitário Lauro Wanderley
João Pessoa - PB

Lorena Aquino de Vasconcelos

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa-PB

Luciana Lucena Aranha de Macêdo

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa - PB

RESUMO: A farmácia clínica proporcionou a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, levando a prática da atenção farmacêutica com a atuação efetiva do profissional na assistência ao paciente, sob a responsabilidade farmacoterapêutica, visando um tratamento seguro e eficaz. A conciliação medicamentosa tem por finalidade evitar ou minimizar acidentes com medicamentos sejam reações adversas ou erros de medicação, no intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente. O objetivo do estudo é avaliar a conciliação medicamentosa, realizada pela farmácia clínica, no setor da clínica médica em

um Hospital Universitário da cidade de João Pessoa. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, documental, de caráter repectivo realizado com os usuários com até 48 horas de admissão na unidade da clínica médica do hospital conciliados pelo farmacêutico clínico entre os meses de abril de 2016 a março de 2017. Os dados foram coletados por meio da análise da ficha de anamnese farmacêutica inicial do paciente, da ficha de evolução farmacêutica diária e da ficha de intervenções farmacêuticas, e analisados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Science*) versão 23.0 mediante análise descritiva, utilizando frequências, médias e desvio padrão. Houve discrepância medicamentosa em 67,5% das fichas analisadas dos 1008 usuários conciliados, dessas 13,4% eram não intencionais e geraram intervenções farmacêuticas, aceitas em 92,6% dos casos. O estudo demonstra a importância do farmacêutico clínico no hospital, refletindo na segurança e eficácia farmacoterapêutica visando à saúde do usuário, prevenção de eventos adversos e diminuição de gastos no tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Farmácia clínica, conciliação medicamentosa, erros de medicação.

ABSTRACT: The clinical pharmacy provided the approach of the pharmacist to the patient and the

health team, taking the practice of pharmaceutical care with the effective performance of the professional in the patient care, under the pharmacotherapeutic responsibility, aiming at a safe and effective treatment. The purpose of medication conciliation is to avoid or minimize accidents with medications, such as adverse reactions or medication errors, in order to improve the patient's quality of life. The purpose of the study is to evaluate the clinical conciliation, performed by the clinical pharmacy, in the medical clinic sector in a University Hospital in the city of João Pessoa. It is a cross-sectional and quantitative, documentary, retrospective study conducted with users with up to 48 hours of admission to the hospital's medical clinic unit reconciled by the clinical pharmacist between April 2016 and March 2017. The data were collected through the analysis of the patient's initial pharmaceutical history record, the daily pharmacy evolution chart and the pharmaceutical intervention sheet, and analyzed by the statistical program SPSS (Statistical Program for Social Science) version 23.0 through a descriptive analysis using frequencies, means and standard deviation. There was a drug discrepancy in 67.5% of the analyzed files of the 1008 reconciled users, of which 13.4% were unintentional and generated pharmaceutical interventions, accepted in 92.6% of the cases. The study demonstrates the importance of the clinical pharmacist in the hospital, reflecting pharmacotherapeutic safety and efficacy aimed at the health of the user, prevention of adverse events and reduction of treatment costs.

KEYWORDS: Clinical pharmacy, medication conciliation, medication errors.

1 | INTRODUÇÃO

Gouveia (1999) enfatiza que no início do século XX, o farmacêutico era considerado o profissional de referência quanto a medicamento, exercendo papel fundamental em todas as fases do ciclo do medicamento. Neste período, além da posse e dispensação do medicamento, ele era responsável pela elaboração de todo o arsenal, disponível à população, daquela época.

Entretanto, com o crescimento da indústria farmacêutica e a diversificação do campo de atuação do profissional farmacêutico, houve um distanciamento deste profissional da área de medicamentos descaracterizando a farmácia, reduzindo a ação do farmacêutico a uma simples venda de medicamentos industrializados (HEPLER e GRAINGER-ROUSSEAU, 1995; GOUVEIA, 1999).

Para Pereira e Freitas (2008), a insatisfação provocada por esta condição resultou, na década de 1960, em um movimento de reflexão de estudantes e professores da Universidade de São Francisco (EUA) o qual resultou no surgimento da "Farmácia Clínica". Segundo Menezes (2000) esta nova atividade tinha por objetivo a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, proporcionando o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia dos medicamentos.

Hepler e Strand (1990) sugerem na década de 90, uma nova atividade profissional ao farmacêutico denominado de *Pharmaceutical Care*, no intuito de reduzir

a morbidade e mortalidade relacionada aos medicamentos. Este novo exercício foi traduzido como Atenção Farmacêutica, em português e sua definição baseia-se na dispensa responsável da terapêutica farmacológica objetivando alcançar resultados que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do doente.

De acordo com Organização Pan-Americana da Saúde (2002), na atenção farmacêutica, o farmacêutico passa a atuar de forma mais efetiva na assistência ao paciente. Responsabilizando-se pela necessidade, segurança e efetividade da farmacoterapia do paciente. Isto é alcançado mediante a identificação, resolução e prevenção dos problemas relacionados com medicamentos. Wannmacher (2012) afirma que ao receber o medicamento indicado, na dose certa, por um período de tempo adequado, a baixo custo para o paciente é o que se denominou de uso racional de medicamentos, e que contribui para integralidade do cuidado à saúde.

Erros de medicação são definidos como qualquer evento que pode levar ao uso inapropriado de um medicamento podendo, ou não, causar dano ao paciente. São considerados como um tipo de evento adverso que pode ocasionar importantes agravos à saúde dos pacientes além de relevantes repercussões econômicas e sociais. (ANACLETO, 2010).

É relato comum na literatura que pacientes hospitalizados sofrem algum evento adverso relacionado a medicamento (EAM) após alta, causa potencial de danos que resultam em visitas a emergência e até mesmo readmissões de alto risco para a saúde de pacientes, principalmente idosos. Isso acomete, além da recaída do quadro clínico do paciente, mais gastos para o hospital.

Muitos dos pacientes apresentam discrepância entre o tratamento prescrito na alta e o tratamento utilizado antes, durante e depois da hospitalização levando a questionamento sobre qual medicação se deva tomar e a interações medicamentosas desconhecidas por ele.

Conforme Altuna *et al.* (2009) nesse aspecto, a conciliação é uma forma que permite trazer os cuidados da atenção farmacêutica para o processo de admissão, transferência entre os pontos de assistência e a alta hospitalar, o ponto mais complexo na transição de cuidados e que deve ser planejado de maneira a não haver fragmentação da atenção à saúde. A fim de evitar reinternações e assegurar que os tratamentos e cuidados continuem em outros níveis assistenciais é necessário que a alta hospitalar seja planejada, fornecendo informações aos pacientes, familiares e cuidadores, e para isso farmacêuticos clínicos contribuem significativamente para obtenção de resultados clínicos positivos. Nessa perspectiva, segundo Moriel *et al.* (2008), a conciliação representa uma estratégia capaz de reduzir erros de medicação, riscos potenciais ao paciente, e gastos no atendimento.

Nessa perspectiva, sabendo que o farmacêutico possui extrema importância e responsabilidade na evolução de um paciente, o presente trabalho visa avaliar a conciliação medicamentosa destacando a importância da atuação do profissional farmacêutico nesse processo no âmbito hospitalar dos pacientes admitidos no Hospital

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a conciliação medicamentosa, realizada pela unidade da farmácia clínica no setor da clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley da cidade de João Pessoa, visando promover o uso seguro e racional dos medicamentos e prevenir possíveis erros de medicação, contribuindo para uma melhor assistência ao usuário.

Objetivos Específicos

- ✓ Descrever a conciliação de medicamentos realizada com os usuários internos no setor da clínica médica, do Hospital Universitário Lauro Wanderley, onde atua a farmácia clínica;
- ✓ Quantificar e classificar as discrepâncias encontradas entre os medicamentos prescritos;
- ✓ Quantificar as intervenções aceitas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal e quantitativo, documental, de caráter re prospetivo, realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/EBSERH) da Universidade Federal da Paraíba. Trata-se de um hospital escola, público, de médio porte e administração indireta pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSE RH. Apresenta estrutura física predominantemente vertical, com os serviços concentrados em um único bloco (monobloco). Possui corpo clínico aberto e seu nível de complexidade é terciário.

O hospital possui um serviço de Farmácia Clínica que atua, dentre outras unidades, na clínica médica subdivida em ala A e B, de maneira que é realizado tratamento clínico com tempo de internação variado que depende da patologia causadora da internação. O estudo foi realizado, no período de fevereiro a novembro de 2017, com usuários admitidos e encaminhados às unidades da clínica médica, onde há acompanhamento desses usuários por farmacêutico clínico.

A população alvo do estudo foram os usuários conciliados pelo farmacêutico clínico na unidade da clínica médica do hospital, sendo incluídos todos os usuários conciliados com até 48 horas de admissão e excluídos os usuários com mais de 48 horas de admissão.

A coleta de dados foi realizada no setor da clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, durante o mês de setembro de 2017, em caráter retrospectivo,

referente aos meses de abril de 2016 a março de 2017, por meio da análise da ficha de anamnese farmacêutica inicial do paciente utilizada pelos farmacêuticos clínicos e residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar/RIMUSH do serviço de farmácia clínica do HULW/EBSERH.

Nesse período estudado, 1008 usuários foram conciliados no setor da clínica médica, sendo, portanto, revisadas 1008 fichas. As variáveis estudadas foram a existência de discrepâncias medicamentosas, a classificação das discrepâncias encontradas e número de intervenções aceitas.

Os dados coletados foram analisados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Science*) versão 23.0, mediante análise descritiva, utilizando frequências, médias e desvio padrão. Os dados foram avaliados fazendo referência com a literatura e expressos em percentagem na forma de tabelas e gráficos.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (CEP/HULW/UFPB), sob CAAE: 73499417.5.0000.5183, de forma que nenhum dado individual do usuário (nome, número de prontuário) ou dos profissionais de saúde foi considerado na análise dos resultados ou divulgado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que 17% dos usuários não faziam uso de medicamentos em casa para serem conciliados com a terapia da internação, já 67,5% apresentaram discrepâncias enquanto 15,6% não apresentaram discrepâncias.

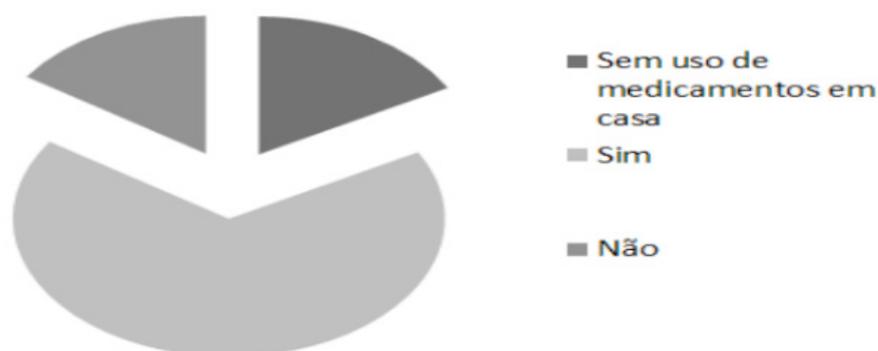


Gráfico 1: Distribuição quanto a presença de discrepâncias medicamentosas nos usuários internos na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 a março de 2017. João Pessoa-PB.

Tal resultado é semelhante ao encontrado por Franklin e colaboradores (2010) e Reis e colaboradores (2013), que mostraram uma taxa de discrepâncias de 14,7% em seu estudo, exigindo a intervenção do profissional farmacêutico. Já no hospital no sul do Brasil, cerca de 80,2% de prescrições apresentaram discrepâncias medicamentosas (SOARES, 2016). Mais recentemente, um estudo conduzido por Lombardi e

colaboradores encontrou frequência de 53,9% de inconsistências medicamentosas (LOMBARDI *et al*, 2016).

Estudos demonstram que as prescrições estão ligadas à maioria dos casos de erro de medicação. Na análise de 4.031 prontuários em dois hospitais de ensino dos Estados Unidos, 49% deles continham erros de prescrição (ALLARD *et al*, 2002; DEAN *et al*, 2002). Da mesma forma, revisões sistemáticas mostram que, em média, 7 a 10% das prescrições apresentam algum tipo de erro (LEWIS *et al*, 2009; FRANKLIN *et al*, 2010).

As atividades desenvolvidas por farmacêuticos clínicos desempenham papel fundamental na promoção do uso racional de medicamentos, garantindo ao usuário uma farmacoterapia adequada, com resultados terapêuticos definidos, e minimizando conseqüentemente os riscos de resultados desfavoráveis da terapia medicamentosa (ASHP, 1995; MARIN *et al*, 2003; KABOLI *et al*, 2006). Entre essas atividades, a revisão das prescrições médicas é um item extremamente importante, pois permite a identificação, a resolução e a prevenção do surgimento de problemas relacionados aos medicamentos (PRM) e desfechos negativos associados à farmacoterapia (COMITÊ DE CONSENSO, 2007).

As discrepâncias originam um cenário desfavorável ao uso racional de medicamentos dentro das instituições hospitalares e podem causar eventos de complexidade e magnitude diferentes. A não prescrição/administração do medicamento de uso contínuo do usuário pode levar a uma ruptura importante dos efeitos dos medicamentos, que até então vinham sendo administrados (OLIVEIRA-FILHO *et al*, 2014; ISMP, 2015).

A partir da análise das fichas verificou-se a presença de discrepâncias em 67,5% delas, sendo 57,2% de discrepâncias intencionais, 13,4% de discrepâncias não intencionais e 29,4% sem discrepâncias (Gráfico 2).



Gráfico 2: Distribuição quanto ao tipo de discrepâncias medicamentosas nos usuários internos na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa-PB.

O resultado quanto à classificação das discrepâncias foi semelhante ao estudo no hospital no sul de Santa Catarina com 49,6% de discrepâncias intencionais

(LOMBARDI *et al*, 2016).

A maior parte das discrepâncias não intencionais são relacionadas a omissão de medicamentos, ou seja, medicamentos que o usuário fazia uso antes da admissão e que não foram prescritos no internamento, da mesma forma do que foi encontrado por Lombardi *et al*. (2016) em seu estudo (61%).

Muitos outros estudos concordam com esse resultado, principalmente no que tange à maior incidência de discrepâncias de omissão (GLEASON *et al*, 2004; CORNISH *et al*, 2005; PIPPINS *et al*, 2008; PÀEZ *et al*, 2010; ZONI *et al*, 2012; BECKETT *et al*, 2012; HELLSTRÖM *et al*, 2012; TAM *et al*, 2005; CATER *et al*, 2015; DOERPER *et al*, 2015).

Por fim, ainda nesse aspecto, com relação à conciliação medicamentosa, sabendo que uma discrepância não intencional gera uma intervenção farmacêutica, podemos concluir que houve um total de 13,4% de intervenções farmacêuticas (Gráfico 2).

Nesses casos, o farmacêutico clínico que está fazendo acompanhamento do usuário na clínica médica, ao identificar a ausência de um medicamento ou mesmo uma mudança na dose ou frequência do uso, aborda o médico responsável para melhor esclarecimento e registra na ficha de intervenção farmacêutica, quando necessário.

O resultado do presente estudo vai ao encontro de Maloni e colaboradores (2012) na Unidade de Primeiro Atendimento Morumbi do Hospital Israelita Albert Einstein que apresentou 34,9% de intervenções farmacêuticas em seu estudo e de Reis e colaboradores (2013) em um hospital de Curitiba, com 14,5% de intervenções realizadas.

O benefício do farmacêutico clínico envolvido no cuidado do usuário é observado com base no número de intervenções que ocorreram (n=149) e, embora ele represente menos de 10% dos medicamentos conciliados, é possível verificar a promoção da segurança do usuário, uma vez que a maioria dos erros de medicação ocorre durante a fase de prescrição e no processo de administração do medicamento, o farmacêutico promove maior influência para prescrição e uso adequado do medicamento (PATANWALA *et al*, 2010).

Além de promover segurança e cuidado efetivo do usuário, evitando erros de medicação e oferecendo apoio aos profissionais da saúde por meio de informações sobre medicamentos (HONG *et al*, 2009), as intervenções farmacêuticas geram benefícios diretos para o usuário e também para a equipe interdisciplinar, além de propiciar um incremento sobre a qualidade do tratamento do usuário (MALONI *et al*, 2012).

O estudo apresentou, portanto, um total de 149 intervenções farmacêuticas (total de discrepâncias não intencionais), porém 7,4% das intervenções realizadas não foram aceitas, em contra partida houve a aceitabilidade de 92,6% das intervenções (Gráfico 3).



Gráfico 3: Distribuição quanto à aceitabilidade das intervenções farmacêuticas realizadas dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 a março de 2017. João Pessoa – PB.

No que se refere a aceitabilidade das intervenções farmacêuticas, os farmacêuticos clínicos do Hospital Universitário Lauro Wanderley informaram que na grande maioria das vezes há aceitabilidade do médico envolvido na abordagem. No estudo no Hospital das clínicas da Universidade Federal do Paraná o índice de aceitabilidade foi 74,71% (REIS *et al*, 2013), o que pode ser considerado uma porcentagem relevante.

Esse dado vai de encontro do estudo de Néri (2004) em um grande hospital universitário no Ceará, durante um mês, demonstrou 11,34% das intervenções farmacêuticas não aceitas, de Ribeiro e colaboradores (2015) em hospital de Salvador, que encontrou 12% de intervenções não aceitas e de diversos outros estudos similares, os quais predominam a aceitação das intervenções (REIS *et al*, 2013; FIDELES *et al*, 2015), entretanto outros estudo publicados apresentam predominâncias de não aceitação das intervenções: 53% (CHARPIAT *et al*, 2012) e 85,8% (FRANCA, 2015).

CONCLUSÕES

A conciliação medicamentosa é um serviço farmacêutico que tem por objetivo prevenir danos e aumentar a segurança dos usuários dentro das instituições hospitalares, esse serviço ocorre por meio da verificação da prescrição e do uso de medicamentos analisando a presença de possíveis discrepâncias nas prescrições.

O conhecimento farmacêutico das possíveis discrepâncias e seus fatores de risco torna-se fundamentais para a elaboração de estratégias que consigam contribuir para a segurança dos usuários durante o período de internação nas instituições de saúde garantindo a continuidade do tratamento que vinha sendo realizado em domicílio.

O presente estudo constatou que a revisão de prescrições médicas desempenha um papel essencial nas atividades dos farmacêuticos clínicos hospitalares e pode colaborar para melhorar a qualidade do uso de medicamentos bem como a segurança do usuário.

REFERÊNCIAS

- ALLARD, J. *et al.* Medication errors: causes, prevention and reduction. **Br J Haematol.** 2002.
- ALTUNA, A.A. *et al.* Guía para la implantación de programas de Conciliación de La Medicación en los centro sanitários. **Societat Catalana de Farmàcia Clínica.** 2009.
- ANACLETO, TA *et al.* Erros de medicação – Farmácia hospitalar. **Pharmacia Brasileira.** 2010.
- ASHP- American Society of Healthy-System Pharmacists. Guidelines: Minimum Standard for Pharmacies in Hospitals. **Am J Health Syst Pharm.** 1995.
- BECKETT, R.D.; CRANK, C.W.; WEHMEYER, A. Effectiveness and Feasibility of PharmacistLed Admission Medication Reconciliation for Geriatric Patients. **J Pharm Pract,** 2012.
- CATER, S.W. *et al.* A prospective cohort study of medication reconciliation using pharmacy technicians in the emergency department to reduce medication errors among admitted patients. **J Emergency Med.** 2015.
- CHARPIAT, B. *et al.* Prescriptions analysis by clinical pharmacists in the post-operative period: a 4-year prospective study. **Acta Anaesthesiol Scand.** 2012.
- COMITÉ DE CONSENSO. Tercer consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharm,** 2007.
- CORNISH, P.H. *et al.* Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. **Arch Intern Med.** 2005.
- DEAN B, SCHACHTER M, VINCENT C, BARBER N. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. **Lancet.** 2002.
- DOERPER, S. *et al.* Development and multi-centre evaluation of a method for assessing the severity of potential harm of medication reconciliation errors at hospital admission in elderly. **Eur J Intern Med.** 2015.
- FIDELES, G.M.A. *et al.* Recomendações farmacêuticas em unidade de terapia intensiva: três anos de atividades clínicas. **Rev. Bras. Ter. Intensiva,** 2015.
- FRANCA, Carolina S.L. Reconciliação Medicamentosa Em Pacientes Cirúrgicos em um hospital do Estado de Sergipe, **Mestrado Em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal De Sergipe,** 2015.
- FRANKLIN, B.D.; MCLEOD, M.; BARBER, N. Comment on ‘prevalence, incidence and nature of prescription errors in hospital inpatients: a systematic review’. **Drug Saf,** 2010.
- GLEASON, K.M. *et al.* Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. **Am J Heal Pharm.** 2004.
- GOUVEIA, W. A. At center stage: Pharmacy in the next century. **Am. J. Health-Syst Pharm.** v.56, p.2533, 1999.
- HELLSTRÖM, L.M. *et al.* Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. **BMC Clin Pharmacol.** 2012.
- HEPLER, C. D.; GRAINGER-ROUSSEAU, T. J.; Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? **Drugs.** v. 49, n. 1, p. 1-10, 1995.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

HONG, A.L. *et al.* Pharmacist implementation in the emergency department. **Ann Emerg Med**. 2009.

ISMP- Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Medicamentos Potencialmente Perigosos de Uso Hospitalar e Ambulatorial - Listas atualizadas 2015. **Boletim ISMP**, 2015.

KABOLI, P.J. *et al.* Clinical pharmacists and inpatient medical care – a systematic review. **Arch Intern Med**, v.166, p. 955-963, 2006.

LEWIS, P.J. *et al.* Prevalence, incidence and nature of prescription errors in hospital inpatients: a systematic review. **Drug Saf**, 2009.

LOMBARDI, N.F. *et al.* Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. **Ver. LATINO-Am. Enfermagem**, 2016.

MALONI, T.M. *et al.* Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. **Einstein**, 2012.

MALONI, T.M. *et al.* Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. **Einstein**, 2012.

MARIN, N. *et al.* Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: **OMS/OPAS**; 2003.

MENEZES, E.B.B. Atenção farmacêutica em xeque. **Rev. Pharm. Bras.**, v.22, p.28, 2000.

MORIEL, M.C. *et al.* Prospective study on conciliation of medication in orthopaedic patients. **Farm Hosp**. v. 32, n. 2, p. 65-70, 2008.

NÉRI, E.D.R. Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário [dissertação]. Fortaleza: **Universidade Federal do Ceará**; 2004.

OLIVEIRA- FILHO, A.D. *et al.* Otimização da Adesão Terapêutica Pós-Alta Hospitalar de Pacientes com DCV: Ensaio Clínico Randomizado. – Estudo Pilote. **Arq. Bras. Cardiol**, 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta. Brasília, **OPAS**, 24 p, 2002.

PÀEZ, Vives F. *et al.* An interdisciplinary approach to reconciling chronic medications on admission to Mora d'Ebre local hospital. **Rev Calid Asist**. 2010.

PATANWALA, A.E. *et al.* A prospective observational study of medication errors in tertiary care emergency department. **Ann Emerg Med**. 2010.

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v.44, n.4, p. 601-612, 2008.

PIPPINS, J.R. *et al.* Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. **J Gen Intern Med**. 2008.

REIS, W.C.T. *et al.* Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário no Brasil. **Rev. Einstein**, 2013.

RIBEIRO, V.F. *et al.* Realização de intervenções farmacêuticas por meio de uma experiência em farmácia clínica, **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo**, v.6 n.4 18-22 out./dez. 2015.

SOARES, A.S. Inconsistências Medicamentosas em Hospital no Sul do Brasil: A Importância da Reconciliação Medicamentosa na Segurança do Paciente. Tese de mestrado. **UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**, 2016.

TAM, V.C. *et al.* Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. **CMAJ**, 2005.

WANNMACHER, L. Uso racional de medicamentos, **Ministério da Saúde**. Brasília-DF, 2012.

ZONI, A.C. *et al.* The impact of medication reconciliation program at admission in an internal medicine department. **Eur J Intern Med**, 2012.

O PAPEL SOCIAL DO FARMACÊUTICO FRENTE À EVOLUÇÃO HISTÓRICA DE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL

Mônica Cristina Sampaio Majewski

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Curitiba – Paraná

Fernanda Cristina Ostrovski Sales

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Curitiba – Paraná

Carla Corradi-Perini

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Curitiba – Paraná

RESUMO: A maior atuação do profissional farmacêutico no âmbito de saúde, tanto pública quanto privada, observada atualmente, resulta da evolução histórica de sua prática profissional. Tal evolução é composta de duas necessidades que a impulsionaram: a do farmacêutico se adaptar num mercado em evolução para o cuidado dos indivíduos e a da sociedade de ser atendida por um profissional qualificado no uso racional de medicamentos. O objetivo do presente trabalho é o relato do histórico da profissão farmacêutica, de maneira cronológica, para a reflexão sobre sua evolução, a partir de revisão de literatura. Observa-se a modificação clara de foco do trabalho farmacêutico, ao longo de sua história. Este foco, que no início, consistia exclusivamente na elaboração/manipulação dos medicamentos, passou a ser, com a era da industrialização, a distribuição dos medicamentos industrializados e, por fim, com

o reconhecimento da atual e real necessidade de atuação junto ao usuário de medicamentos, a orientação ao paciente sobre o uso correto da farmacoterapia e acompanhamento dos resultados clínicos da mesma. Como resultado da evolução de sua profissão, o farmacêutico apresenta-se cada vez mais preocupado e capacitado no âmbito acadêmico a ser um profissional de saúde, acessível a comunidade e executando suas ações inerentes a profissão. Por meio da atuação mais consistente deste profissional junto aos usuários de medicamentos, espera-se que a comunidade, reconheça que o farmacêutico é o profissional de saúde mais qualificado para garantir os resultados esperados através do uso racional de medicamentos, atuando principalmente como porta de entrada do sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Farmacêutico, histórico, prática profissional.

ABSTRACT: The greater performance of the pharmaceutical professional in the field of health, both public and private, observed today, results from the historical evolution of his professional practice. This evolution is made up of two necessities that propelled it: that of the pharmacist adapt in an evolving market for the care of individuals and that of society to be attended by a qualified professional in the rational use of medicines. The objective of

the present work is the history of the pharmaceutical profession, in a chronological way, for the reflection on its evolution, from a literature review. It is observed the clear modification of focus of the pharmaceutical work, throughout its history. This focus, which at first consisted only of the elaboration / manipulation of medicines, became, with the industrialization, the distribution of industrialized medicines and, finally, with the recognition of the current and real need for action with the user of medication, patient guidance on the correct use of pharmacotherapy and follow-up of the clinical results. As a result of the evolution of his profession, the pharmacist presents himself increasingly worried and qualified in the academic scope to be a health professional, accessible to the community and performing his actions inherent to the profession. Through the more consistent performance of this professional among drug users, the community is expected to recognize that the pharmacist is the most qualified health professional to guarantee the expected results through the rational use of drugs, acting primarily as a gateway to the health system.

KEYWORDS: Between three and five keywords.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, observa-se a profissão farmacêutica ocupando maior espaço no âmbito de saúde, tanto pública quanto privada. Desde o final do século XX até o início do século XXI, a sociedade vem sofrendo uma série de mudanças em questões sociais, econômicas e culturais. Porém, tal desenvolvimento não elimina as necessidades em geral da população que continuam a crescer, principalmente em uma sociedade onde a expectativa de vida vem aumentando gradativamente. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a expectativa de vida do brasileiro passou de 45,5 anos em 1940, para 75,8 anos em 2016. Essa população, que está mais preocupada com a saúde e que está cada vez mais buscando qualidade de vida, recorre a serviços médicos com mais frequência e isso acaba resultando no aumento de uso de medicamentos (IBGE, 2017).

A relação entre a sociedade e as farmácias acontece pelo fornecimento de medicamentos. Entende-se por “farmácia comunitária” os estabelecimentos farmacêuticos não hospitalares e não ambulatoriais que atendem a comunidade (CORRER; OTUKI, 2013). A farmácia é um estabelecimento de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos (BRASIL, 2014).

A principal responsabilidade da farmácia é a distribuição de medicamentos, porém, hoje não se constitui mais como a única. Busca-se atualmente ampliar a participação da farmácia no sistema de saúde brasileiro, fazendo com que as atribuições do farmacêutico vão além da dispensação de medicamentos e produtos para a saúde,

oferecendo também serviços farmacêuticos clínicos à população (CORRER; OTUKI, 2013).

No momento, existem diversos documentos e resoluções dos órgãos competentes que regulamentam a prestação de serviços farmacêuticos em farmácia e a exigência da prática de atenção farmacêutica como parte do manual de Boas Práticas de Farmácia. Em 11 de agosto de 2014, foi sancionada pela Presidência da República e publicada a Lei nº 13.021/14 que muda o conceito e classificação de farmácias no Brasil reconhecendo-as como Estabelecimento de Saúde e não como apenas um comércio (CRF-PR, 2014).

Após aproximadamente cem anos de profissão farmacêutica é possível observar três períodos importantes nos quais a prática sofreu algumas transformações. Temos a prática tradicional, com os boticários preparando e dispensando medicamentos magistrais. Em seguida vem a era da industrialização, onde o farmacêutico teve que acompanhar o avanço e se aperfeiçoar cada vez mais nessas questões. E por último a necessidade do farmacêutico em desenvolver os cuidados clínicos focados no paciente, surgindo assim a farmácia clínica (CORRER; OTUKI, 2013).

A atualidade da profissão farmacêutica é resultado de uma sequência de fatos baseados na evolução da necessidade da população no que diz respeito ao cuidado (manutenção / recuperação) com sua saúde. Trabalhos que relatem a avaliação de tal histórico de maneira cronológica são de grande importância para a reflexão sobre a evolução desta profissão, sendo este o objetivo do presente trabalho.

2 | HISTÓRICO

Baseados em dados históricos, acredita-se que a medicina moderna se originou na Grécia, assim como o nome boticário, ou apotecário que deriva do grego apothéke. A casa comercial na qual a população da época se abastecia de medicamentos denominava-se botica. Na verdade, botica era uma pequena caixa de madeira que continha as drogas medicinais mais utilizadas e podia ser facilmente transportada de um lugar para outro nas visitas aos doentes. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011) (ZUBIOLI, 2004)

Os primeiros antecedentes históricos da Farmácia no Brasil surgem no Período Colonial com os boticários. As boticas coloniais eram pequenos estabelecimentos, onde o boticário vendia remédios caseiros, ervas unturas e todo tipo produto ou tratamento utilizado em cura de doenças. Os boticários eram aprovados em Coimbra pelo físico-mor, ou por seu delegado comissário na capital do Brasil, Salvador. Uma das atribuições do boticário era a de garantir que os remédios fossem puros, sem alterações e manipulados de acordo com as técnicas adequadas à sua época. Era um estabelecimento aberto ao público, o que marcou o início da profissão farmacêutica, em um primeiro momento como atividade comercial e em seguida com características

de preparações em laboratório, conhecido hoje como manipulação. (SATURNINO et al., 2012) (ZUBIOLI, 2004)

No período Monárquico, é criado o curso de Farmácia, em 1832. Antes desse período, ensinava-se farmácia como parte do curso da medicina. Juntamente com a criação do curso surge também o termo farmacêutico, substituindo o boticário. A diferença entre os termos se deu, pois, para ser reconhecido como boticário era exigido apenas a arte e competência profissional, já dos farmacêuticos diplomas, cursos e habilidades técnicas. Porém, a passagem de botica para farmácia com o farmacêutico a frente teve dificuldades. A população não distinguia a diferença entre farmacêuticos e boticários e não haviam legislações vigentes bem elucidadas ainda. Isso fez com que o farmacêutico tenha sido exclusivamente reconhecido na produção de medicamentos apenas após 1886. Depois de conquistar seu espaço, o farmacêutico foi considerado o profissional referência em todas as questões relacionadas a medicamento, participando de todas as etapas, desde a produção, comercialização até a orientação sobre como usar os medicamentos. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011) (ZUBIOLI, 2004)

No período seguinte, o Republicano, com o início da industrialização, houve a necessidade de alteração nas atividades profissionais dos farmacêuticos assim como na estrutura curricular dos cursos de Farmácia, voltando os profissionais para a área da técnica industrial. (SATURNINO et al., 2012) (ZUBIOLI, 2004). Os preparados magistrais foram trocados por medicamentos preparados industrialmente. A partir dessa mudança, o farmacêutico que antes que era reconhecido por preparar os medicamentos, passou a exercer apenas o papel de orientar e dispensar. Essa alteração impactou nas relações do farmacêutico com os médicos e pacientes, e as relações comerciais tornaram-se mais importantes. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011)

De certa forma, esse avanço industrial na área farmacêutica contribuiu efetivamente para o controle de doenças e aumento da expectativa de vida da população. Porém, essa progressão também trouxe algumas complicações. Paralelo ao despreparo dos profissionais frente a problemas sanitários e sociais, o aumento da quantidade de medicamentos disponíveis no mercado e sua propaganda intensa, representa uma influência ao uso irracional e desnecessário, aumentando também o uso por conta própria, conhecido como automedicação (PEREIRA, FREITAS, 2008) (BRASIL, 2014) (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

A partir deste cenário, é observada a necessidade de alcançar o uso racional de medicamentos, com um controle maior sob a farmacoterapia. Segundo a Organização Mundial de Saúde: entende-se que há uso racional de medicamentos quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (OMS, 1985). Foi desenvolvida então a prática dos cuidados farmacêuticos, conhecida no Brasil como Atenção Farmacêutica. De acordo com Strand (1997) Atenção Farmacêutica é “a prática na qual o profissional se responsabiliza pelas necessidades relacionadas a medicamentos do paciente e

responde por esse compromisso” (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

3 | BIOÉTICA E FILOSOFIA DO CUIDADO FARMACÊUTICO

O cuidado farmacêutico, que é definido como “um exercício onde o profissional assume a responsabilidade por todas as necessidades do paciente relacionadas à terapêutica farmacológica” faz parte de uma integração entre o farmacêutico e os demais membros da equipe de saúde, com o foco no paciente e/ou usuário de medicamento. Tal exercício é organizado para resolver problemas sociais de morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos (CIPOLLE, STRAND E MORLEY, 2006) (ZUBIOLI, 2004). Uma das responsabilidades essenciais do farmacêutico é satisfazer essa necessidade social, atendendo individualmente as necessidades dos pacientes. Pacientes que requerem tratamento farmacológico precisam da garantia que tal tratamento será adequado, efetivo e seguro. O processo de cuidado farmacêutico tem como dever primordial o serviço para o indivíduo e a sua comunidade. Essa prática pode ser orientada por fundamentos da bioética principialista, de não maleficência, beneficência, autonomia e justiça. De acordo com princípio de não maleficência, o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente, ou seja, o farmacêutico deve deixar de pensar nas questões comerciais, e tomar qualquer decisão focada no paciente. Dentro deles, a beneficência se trata de uma ação realizada em benefício do outro, promovendo feitos positivos que nesse caso, buscam prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2014). A autonomia é capacidade de uma pessoa em decidir o que ela julga ser melhor para si mesma. Neste caso, tem-se o farmacêutico com a obrigação de fornecer a seu paciente todas as informações possíveis, da maneira mais adequada, para que o mesmo tenha a compreensão e possa tomar sua decisão frente algum problema. A justiça defende que todas as pessoas têm direito a um mínimo de cuidados com a saúde, respeitando a igualdade de direitos, equidade na distribuição de bens e respeito às diferenças.

Medicamentos não são artigos de compra que possam ser oferecidos como outros bens de consumo, assim como a saúde não deve ser representada como mercadoria. Com isso, os princípios da Bioética têm por objetivo nortear e prevenir que os lucros obtidos através do ramo farmacêutico não sejam fundado em danos e sofrimento da população. Quando é dispensado um medicamento visando o lucro da farmácia e não o bem-estar do paciente, é deixado de lado o princípio de não causar mal à pessoa, pois o foco está na venda e não se tal medicamento é realmente necessário naquele caso ou se trará algum malefício.

A indústria farmacêutica tem um papel importante nesse cenário. A publicidade intensa em cima dos medicamentos incentiva o uso dos mesmos, gerando uma expectativa de obter uma melhora exorbitante ou até mesmo utópica, tornando assim as pessoas mais vulneráveis, principalmente quando já estão adoecidas. Através

da propaganda as pessoas tornam-se mais carentes de saúde, pois acreditam precisar daquele medicamento para ficar saudável. Uma vez que o Brasil é um país onde o acesso à saúde e a medicamentos são limitados, as pessoas buscam por si mesmas tratar seus sintomas e cuidar de seus problemas. E é nessa lacuna que a indústria farmacêutica trabalha. A automedicação intoxica três pessoas por hora no Brasil. Segundo os dados mais recentes do Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Brasil registrou 138.376 intoxicações e 365 mortes causadas por medicamentos entre 2008 e 2012 (KÖNIG,2015).

O papel social do farmacêutico consiste em intervir diminuindo tais riscos em que a população está exposta. O interesse econômico não pode prevalecer à saúde pública da sociedade. É notório ressaltar, que o propósito não é abominar os interesses financeiros, mas sim contê-los, uma vez que estamos nos referindo a produtos que são cruciais à vida humana. O farmacêutico deve capacitar a equipe de trabalho, supervisionar e/ou realizar cada atendimento, para evitar que esse tipo de atitude aconteça. Isso atinge diretamente a autonomia dos pacientes, que tem o direito de decidirem a melhor opção, livre de qualquer influência controladora.

4 | CONCLUSÃO

Analisando a evolução da prática farmacêutica, podemos concluir que as atividades do farmacêutico se adequaram dentro de um contexto de necessidade social. Observa-se o crescente consumo de medicamentos, uma vez que a população está cada vez mais preocupada com saúde e longevidade, por meio da farmacoterapia. Com o advento da era da industrialização, houve aumento da expectativa de vida da população e necessidade do farmacêutico se adaptar à nova realidade. A grande variedade de medicamentos disponíveis e seu uso crescente, muitas vezes irracional e desnecessário, resultaram em vários erros de medicação. Como resultado de tal sequência de acontecimentos, o profissional precisou se moldar a uma nova realidade, buscando na prática clínica para controlar a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos.

O farmacêutico, seja por reconhecimento da real necessidade social ou da oportunidade de inserir-se num mercado ascendente, apresenta-se cada vez mais preocupado e capacitado no âmbito acadêmico a ser um profissional de saúde, com fiel compromisso de serviço à comunidade, estando à disposição e executando suas ações inerentes a profissão. Por meio da atuação mais consistente deste profissional junto aos usuários de medicamentos, espera-se que a comunidade, reconheça que o farmacêutico é o profissional de saúde mais qualificado para garantir os resultados esperados através do uso racional de medicamentos, atuando principalmente como porta de entrada do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CIPOLLE, RJ, STRAND, LM, MORLEY, PC. **O exercício do cuidado farmacêutico.** Revisão técnica: Conselho Federal de Farmácia, 2006.
- CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ. **Sobre a Lei 13.201/2014** – Nota do CRF-PR. Disponível em: <<http://www.crfpr.org.br/site/noticia/visualizar/id/5008/Sobre-a-Lei-132012014--Nota-do-CRF-PR>>. Acesso em: 02 nov. 2014.
- CORRER, CJ, MELCHIORS, AC, OTUKI, MF. **A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária.** Porto Alegre: [s.n.], 2013.
- KÖNIG, M. **Medicamentos intoxicam 27 mil pessoas por ano no Brasil.** Gazeta do Povo, Curitiba, 06 abr. 2015.
- MARLI, M. **Expectativa de vida do brasileiro sobre para 75,8 anos.** Agência IBGE Notícias, 01 dez 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos>. Acesso em: 18 set. 2018.
- PEREIRA, LRL, FREITAS, O. **A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil.** Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences 2008; 44(4):602-12.
- PEREIRA, ML, NASCIMENTO, MMG. **Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico.** Revista Brasileira de Farmácia v. 92, n. 4, p. 245–252, 2011.
- SATURNINO, LUCIANA TARBES MATTANA et al. **Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade.** Rev. Bras. Farm. 93(1): 10-16, 2012.
- ZUBIOLI, A. **Ética farmacêutica.** São Paulo: Sobravime, 2004.

A PESQUISA DA OBESIDADE, DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES MELLITUS EM AFRODESCENDENTES NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ABACATAL NO MUNICÍPIO DE ANANINDEUA – PARÁ

Fabíola Vasconcelos da Silva

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Medicina, Belém – Pará

RESUMO: Doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial atingem uma quantidade significativa da população mundial. Conhecer os fatores que propiciam o surgimento dessas doenças é de grande importância para os profissionais da saúde, pois estes devem estar preparados para planejar medidas que visem o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo dessas enfermidades. Na região Amazônica, nota-se a presença de comunidades quilombolas espalhadas por diversos municípios, entre estes o município de Ananindeua, abriga a Comunidade do Abacatal, na qual se deseja descobrir relações ambientais e genéticas que favorecem o desencadeamento nas populações afro-descendentes de diabetes e hipertensão, mediante a análise da prevalência nesses indivíduos, que experimentam certo isolamento de centros urbanos.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Quilombolas.

ABSTRACT: Chronic non-communicable diseases such as obesity, diabetes mellitus and hypertension reach a significant amount

of the world's population. Knowing the factors that lead to the emergence of these diseases is of great importance for health professionals, who must be prepared to plan measures aimed at the early diagnosis and effective treatment of these diseases. In the Amazon region, we can observe the presence of quilombola communities scattered throughout several municipalities, among them the municipality of Ananindeua, home to the Abacatal Community, in which it is desired to discover environmental and genetic relationships that favor the triggering in afro-descendant populations of diabetes and hypertension, by analyzing the prevalence in these individuals, who experience some isolation from urban centers.

KEYWORDS: Obesity, Diabetes Mellitus, Hypertension, Quilombolas.

INTRODUÇÃO

A Amazônia é constituída por uma significativa variedade de grupamentos populacionais. Seringueiros, castanheiros, pescadores, indígenas, quilombolas, pecuaristas são alguns dos atores que interagem e contribuem para o estabelecimento das relações que caracterizam a região (CARDOSO, 2008). Dentre esses, os descendentes de ex-escravos chamam a atenção pela dificuldade do respeito

aos seus direitos, pela precariedade das condições de vida, bem como pela carência de informações relacionadas à saúde nos quilombos (BATISTA, 2012). A introdução da mão de obra africana nos solos amazônicos data do século XVIII, durante o governo de Marquês de Pombal, o qual ao criar a Companhia de Comércio do Grão-Pará e Maranhão, intensificou o tráfico negreiro para a Amazônia. O trabalho compulsório gerou conflitos e resistência, sendo a formação de quilombos uma estratégia de fuga da opressão do sistema colonial (MARTINS, 2006). No município de Ananindeua está localizada a Comunidade Quilombola do Abacatal, que surgiu a mais de 200 anos às margens do Iguarapé Uriboquina (MARIN, 2009). A ausência de saneamento básico, o destino inadequado do lixo, a falta de uma presença mais atuante dos profissionais de saúde na comunidade propiciam o aparecimento e a manutenção de quadros como diarreias, verminoses, doenças respiratórias, danos dermatológicos (FREITAS, 2011). Nesse contexto, a pesquisa sobre diabetes e hipertensão nos quilombolas ganha importância no sentido de desvendar como os fatores ambientais, culturais, genéticos podem propiciar o desenvolvimento dessas enfermidades que tanto assolam as sociedades contemporâneas. Assim, as comunidades quilombolas dotadas de certo isolamento geográfico e apresentando uma restrita interação genética com indivíduos de fora da comunidade surgem como uma boa oportunidade para a investigação da origem dessas doenças que tanto preocupam os órgãos e instituições de saúde, em razão do elevado número de pacientes acometidos por elas (KIMURA, 2010).

MÉTODO

A busca pela descoberta da prevalência da Obesidade, da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus na população da Comunidade Quilombola do Abacatal no município de Ananindeua foi realizada mediante visita domiciliar, onde houve a aplicação de questionário estruturado, que propiciou o conhecimento de dados individuais, antecedentes mórbidos pessoais como a presença de obesidade, hipertensão e diabetes mellitus diagnosticada por médico, antecedentes familiares, utilização de medicamentos, condições socioeconômicas, hábitos de vida como etilismo, tabagismo e regularidade de atividade física. Uma ficha com os dados antropométricos e com a medida da verificação da pressão arterial também foi preenchida após a aplicação do questionário. Em seguida, foi efetuada a coleta de sangue por punção venosa dos pacientes para a análise da glicemia, teste oral de tolerância à glicose, triglicerídeos, HDL-C e colesterol total. A verificação da pressão arterial foi feita com aparelho digital, sendo a pressão verificada por três vezes e a pressão final dada como sendo a média das três medidas. Foi realizado o cálculo do Índice de Massa Corporal, mediante a verificação do peso por balança digital e da altura por meio de estadiômetro portátil, bem como foi feita a verificação da circunferência abdominal para identificação de obesidade central. O estudo teve como alvo a população maior de 29 anos de idade,

de ambos os gêneros e residente na Comunidade Quilombola do Abacatal.

RESULTADOS

Após a realização da coleta das informações com os questionários e com os exames laboratoriais, foi possível verificar que a equipe multidisciplinar que entrou em contato com os quilombolas, entrevistou 50 famílias. Dentre os 156 indivíduos identificados através dos questionários, constatou-se que 94 (60,25%) estavam dentro da faixa etária da pesquisa, a qual corresponde a uma idade igual e/ou superior a 29 anos. Foram encontrados 14 (14, 89%) hipertensos já diagnosticados, sendo que 06 (10, 71%) das mulheres relataram a ocorrência de hipertensão gestacional. Já quanto à diabetes mellitus, foram detectados 09 (9,57%) casos diagnosticados. A partir dos exames laboratoriais, foi confirmada a diabetes dos nove pacientes anteriormente relatados e fez-se a descoberta de mais um paciente, totalizando 10 membros da comunidade detentores do diabetes mellitus. Durante a análise das amostras, percebeu-se que 07 pacientes apresentaram glicose em jejum acima do limite superior de 99 mg/dL, sem chegarem contudo, ao diagnóstico de diabetes; 32 apresentaram colesterol acima do limite superior de 200mg/dL, 44 apresentaram triglicerídeos acima do limite superior de 150mg/dL, 19 apresentaram simultaneamente colesterol e triglicerídeos elevados.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com a pesquisa na comunidade quilombola do Abacatal demonstram a necessidade de intervenção e prevenção à ocorrência de enfermidades como diabetes e hipertensão nessa parcela populacional. A associação entre alimentos ricos em sódio e industrializados, sedentarismo, ausência de acompanhamento de profissionais de saúde cria um quadro preocupante para o futuro do quilombo. Estudos anteriores como o de (TARDIDO, 2006) demonstram que entre os fatores que contribuem para o aumento da ocorrência da obesidade está a transição nutricional, a qual corresponde às mudanças dos padrões nutricionais, culminando na elevação do consumo de gorduras, açúcares e alimentos refinados. Assim, a obesidade torna-se inevitável diante de uma dieta inadequada e da precariedade da realização de atividades físicas. Durante as visitas da equipe multiprofissional, percebeu-se que os homens possuem uma atividade física mais intensa que as mulheres, já que estas por ficarem responsáveis pelo lar acabaram quase que restritas aos afazeres domésticos. Enquanto eles caminham para as matas, pedalam para a aquisição de mercadorias fora do Abacatal, trabalham na confecção de farinha e no extrativismo. O que também pode ser verificado em outros estudos de populações tradicionais como os indígenas Khisêdje do Parque do Xingu, nos quais o condicionamento físico é superior no sexo

masculino, dadas as atividades praticadas por esses, em relação às mulheres que estão mais dedicadas as atividades do lar (SANTOS, 2012). Assim, a associação entre gênero e atividade física é apropriada, uma vez que, dos 94 indivíduos acima de 29 anos, 33 eram mulheres que apresentaram colesterol e/ou triglicérides acentuados, ao passo que 26 homens tinham o mesmo quadro. Orientar essa população quanto a mudanças de hábitos prejudiciais é uma ação válida para alterar o quadro atual. Os quilombolas não podem permanecer isolados e destituídos de assistência à saúde, pois as chances do desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas são crescentes frente aos dados obtidos das entrevistas e dos exames. Outra informação pertinente é quanto aos fatores de risco como fumo e bebida alcoólica, sendo que 68 quilombolas declararam ser ou já terem sido fumantes na vida, bem como, 74 mencionaram ser consumidores de bebidas alcoólicas. Dois fatores que agravam a ocorrência das enfermidades pesquisadas. O que não difere de outras pesquisas com quilombolas como a realizada na Comunidade de Vitória da Conquista na Bahia, a qual também apresenta um significativo consumo de álcool por seus membros (CARDOSO, 2015). A permanência desses grupamentos às situações de risco e sem a assistência dos profissionais de saúde é algo que precisa ser alterado para inviabilizar o desenvolvimento nos membros do Abacatal de doenças tão comuns nas sociedades marcadas pelo estresse, pela alimentação gordurosa, pelo sedentarismo, pelos prejuízos cardiovasculares e metabólicos.

CONCLUSÃO

A ida e todo o conhecimento adquirido após o contato com os quilombolas do Abacatal foram gratificantes. Os dados coletados apontam a necessidade de intervenção para evitar a aquisição de doenças como obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial nos descendentes de ex-escravos. A procura por estratégias que tornem eficiente a assistência dada a eles deve ser outro objetivo dos governantes e profissionais da área da saúde, pois essa população já foi e continua sendo vítima do esquecimento de algumas autoridades que negligenciam na prestação de serviços a comunidade. A ausência de coleta de lixo, a ausência de saneamento básico, a ausência de um fornecimento adequado de água, a escassa iluminação elétrica, a precariedade da estrada de acesso ao quilombo são apenas alguns dos aspectos que precisam ser mudados para garantir uma sobrevivência mais digna a essas pessoas, as quais continuam sofrendo pela falta de respeito aos seus direitos cidadãos. Alguns adultos e adolescentes estão experimentando a transição para um novo padrão alimentar semelhante ao das sociedades urbanizadas. Agir para evitar a ocorrência de danos cardiovasculares e/ou metabólicos precisa ser uma meta de todos os comprometidos na queda das estimativas futuras para a prevalência das doenças alvo desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES FREITAS, Daniel et al. Percepção de estudantes da área da saúde sobre comunidades rurais quilombolas no norte de Minas Gerais-Brasil. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 4, 2013.
- BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. **Saúde da população negra**. ABPN-Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.
- BEZERRA, Vanessa Moraes et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1889-1902, 2013.
- CARDOSO, Luís Fernando Cardoso. A Constituição local: direito e território quilombola na comunidade de Bairro Alto, na Ilha de Marajó-Pará. 2008.
- CARDOSO, Luiz Gustavo Vieira; MELO, Ana Paula Souto; CESAR, Cibele Comini. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 809-820, 2015.
- CARDOSO, Luís Fernando et al. Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. **Instrumento-Revista de Estudo e Pesquisa em Educação**, v. 12, n. 1, 2009.
- FERREIRA, Haroldo da Silva et al. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. **Revista de Nutrição**, v. 26, n. 5, p. 539-549, 2013.
- FIABANI, Adelmir. O quilombo antigo e o quilombo contemporâneo: verdades e construções. **Anais ANPUH-XXIV Simpósio Nacional de História-2007**, 2007.
- FREITAS, Daniel Antunes et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, 2011.
- KIMURA, Lilian. **Fatores genéticos associados à hipertensão essencial em populações remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira-São Paulo**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- SANTOS, Kennedy Maia dos et al. Grau de atividade física e síndrome metabólica: um estudo transversal com indígenas Khisêdjê do Parque Indígena do Xingu, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2327-2338, 2012.
- SANTOS, Renata Carvalho dos; SILVA, Maria Sebastiana. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1049-1063, 2014.
- MARIN, Rosa Elizabeth Acevedo; DE CASTRO, Edna Maria Ramos. Mobilização política de comunidades negras rurais. Domínio de um conhecimento praxiológico. **Novos Cadernos NAEA**, v. 2, n. 2, 2009.
- MARTINS, Cristian Farias. As Fronteiras da Liberdade: o campo negro como entre-lugar da identidade quilombola. **Interethnic@-Revista de estudos em relações interétnicas**, v. 10, n. 3, p. 1-102, 2006.
- TARDIDO¹, Ana Paula; FALCÃO, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev bras nutr clín**, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

A PREVALÊNCIA DE LEIOMIOMA DE ÚTERO EM MULHERES NO NORTE DE MINAS GERAIS

Vinicius de Almeida Cavalcante Galdino

Discentes do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Giovanna Rodrigues Perez

Discentes do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Mariana Gabriela Ferreira Mota

Discentes do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Isadora Carla Batista Chaves

Discentes do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Magna Carolina Santos Tanajura

Discentes do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Maria Luiza Gonçalves Ribeiro da Cruz

Discentes do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Melissa Xavier Menezes

Discentes do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Rômulo Magalhães Duarte

Discentes do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Virgílio Silveira Rizério

Discentes do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Rodrigo Magalhães Duarte

Discente do curso de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas

RESUMO: O leiomioma uterino consiste em tumor benigno originado da musculatura lisa uterina que pode alterar as características do órgão provocando tanto manifestações geniturinárias quanto outras decorrentes da compressão de estruturas pélvicas, como o reto. Acomete mulheres com idade superior a 40 anos. O diagnóstico, geralmente feito com o uso de ultrassom transvaginal um dos métodos mais utilizados, e, quando sintomático, o leiomioma uterino pode ser tratado através de terapias medicamentosas ou cirúrgicas. O trabalho objetivou compreender a doença, quantificando o número de internações por ela causadas em Minas Gerais, entre os anos de 2008 a 2016 e associar suas características e importância clínica como grande preditor de morbimortalidade feminina. Esse artigo caracteriza-se como uma análise descritiva com delineamento retrospectivo e transversal na coleta dos dados, obtidos através do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). As informações obtidas foram a taxa de mortalidade, caráter de atendimento, valor total e número de obtidos, sendo estas referentes às diferentes macrorregiões do estado de Minas Gerais, do período entre 2008 e 2016. Foram evidenciados 56.969 casos de internação por leiomioma uterino nesse período, com a grande maioria dos casos ocorrendo em mulheres de 40 a 49 anos de idade (55,51%).

Também se observou gastos muito maiores no setor privado que no setor público (R\$ 28.422.618,8 e R\$ 9.392.911,04 respectivamente). A doença pode ser caracterizada pela sua alta morbidade e pelo alto custo que gera, não apenas no setor privado, mas também no setor público, evidenciando a necessidade de medidas terapêuticas adequadas.

PALAVRAS-CHAVE: Leiomioma; Útero; Mulheres.

ABSTRACT: The uterine leiomyoma consists of a benign tumor originated from the uterine smooth muscle that can alter the characteristics of the organ provoking both genitourinary and other manifestations resulting from the compression of pelvic structures, such as the rectum. It affects women over the age of 40. Diagnosis, usually done with the use of transvaginal ultrasound is one of the most widely used methods, and, when symptomatic, uterine leiomyoma can be treated through drug or surgical therapies. The main objective of this study was to understand epidemiological facts on these disease, quantifying the number of hospitalizations that it caused in Minas Gerais between 2008 and 2016 and to associate its characteristics and clinical importance as a great predictor of female morbidity and mortality. This article is characterized as a descriptive analysis with a retrospective and transversal design in the data collection, obtained through the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH / SUS). The information obtained was the mortality rate, nature of care, total value and number of obtained, being these referring to the different macroregions of the state of Minas Gerais, from 2008 to 2016. There were 56,969 cases of hospitalization for uterine leiomyoma in this period, with the great majority of cases occurring in women aged 40 to 49 years (55.51%). There were also much higher expenditures in the private sector than in the public sector (R\$ 28,422,618.8 and R\$ 9,392,911.04, respectively). The disease can be characterized by its high morbidity and the high cost it generates, not only in the private sector, but also in the public sector, evidencing the need for adequate therapeutic measures.

KEYWORDS: Leiomyoma; Uterus; Women.

1 | INTRODUÇÃO

Os leiomiomas são os tumores pélvicos sólidos mais frequentes do trato genital feminino, sendo usualmente chamados de leiomioma uterino, segundo a Febrasgo (2004).

É considerada uma patologia com frequência proporcional à idade, mulheres negras, em idade fértil e com antecedentes familiares de leiomioma. Auge (et al. 2009) alega ainda que cerca de 20 a 50% das mulheres entre a terceira e a quinta década de vida sejam portadoras desses tumores.

A fisiopatologia ainda não é bem evidenciada. Porém, sugere-se uma maior sensibilidade de receptores em seu local de crescimento e desenvolvimento a estrogênios e progesterona relativamente ao miométrio e endométrio normais sendo

raros antes da menarca e com regressão após a menopausa sem reposição hormonal, como sugere Faria, Godinho e Rodrigues (2008).

Como afirma Corleta (et al. 2007), a localização anatômica serve como critério de classificação dos miomas em submucoso, intramural e subseroso que se relacionarão aos sintomas, podendo ser distorção anatômica de órgãos subjacentes, sangramento, dismenorreia e infertilidade. Machado (et al. 2010) complementa afirmando a associação entre a doença e abortamento e complicações obstétricas. Portanto, apesar de benignos, os tumores têm importância clínica devido às suas evoluções e complicações, como histerectomia de mulheres em idade fértil, alto custo de internação e altas taxas de morbimortalidade, como relata Júnior (2003).

O leiomioma acomete parcela significativa da população feminina em idade fértil, segundo Auge (et al., 2009). Cursando com sintomatologia variada e alta morbimortalidade consequente, esses tumores são responsáveis inclusive por muitos procedimentos de histerectomia precoces e outras complicações obstétricas. São, portanto causadores significativos de injúrias físicas e psicológicas em grande número de mulheres, além de gerar despesas onerosas com internações e intervenções invasivas evitáveis. Considerando então, essa associação de fatores fica estabelecida a importância do esclarecimento correto acerca do leiomioma uterino como um benefício à população geral, justificando assim a existência desse estudo. Assim, o trabalho objetivou compreender a leiomiomatose uterina, quantificando o número de internações por ela causadas em Minas Gerais, entre os anos de 2008 a 2016 e associar suas características e importância clínica como grande preditor de morbimortalidade feminina.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de investigação, retrospectivo, transversal de caráter descritivo e quantitativo em que serão utilizados dados sobre Leiomioma, coletados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e pelo Datasus. Os critérios de inclusão são pacientes do sexo feminino internados e notificados entre os anos de 2008 a 2016 de qualquer faixa etária e raça e com caráter do atendimento eletivo ou de urgência no estado de Minas Gerais. Serão excluídos pacientes do sexo masculino e analisados todos os fatores que contribuíram para evolução da doença, bem como as diferenças encontradas entre os anos estudados em relação a incidência e prevalência dos casos. Utilizou-se o software Excel 16.0 (Office 2016) para gerenciamento e análise dos dados. Não houve a necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) já que se trata de um banco de dados de domínio público.

3 | RESULTADOS

Com base nos dados apresentados na figura 1, pode se notar um crescente número de casos de internações de mulheres em Minas Gerais com leiomioma no período de 2008 a 2012 e um declínio pouco significativo no ano de 2013, passando de 6537 para 6275. Em 2014 foram notificados 7.138 casos, observando um aumento considerável.

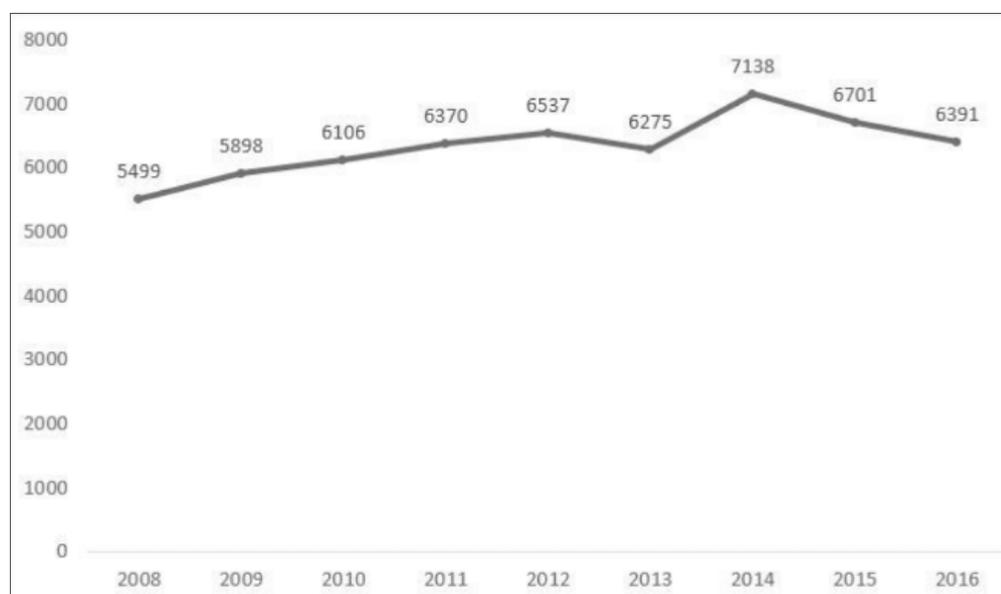


Figura 1- Número de Internação pelo Leiomioma do Útero de Mulheres de Minas Gerais 2008 a 2006

Fonte- Sistemas de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

Na figura 2 observa-se o número de internações e taxa de mortalidade por leiomioma de útero de acordo com as macrorregiões de Minas Gerais de 2008 a 2016. Nota-se um maior número de casos na região central (16.846 internações com 0,08% de óbitos) no total entre as regiões de 56.969 internações.

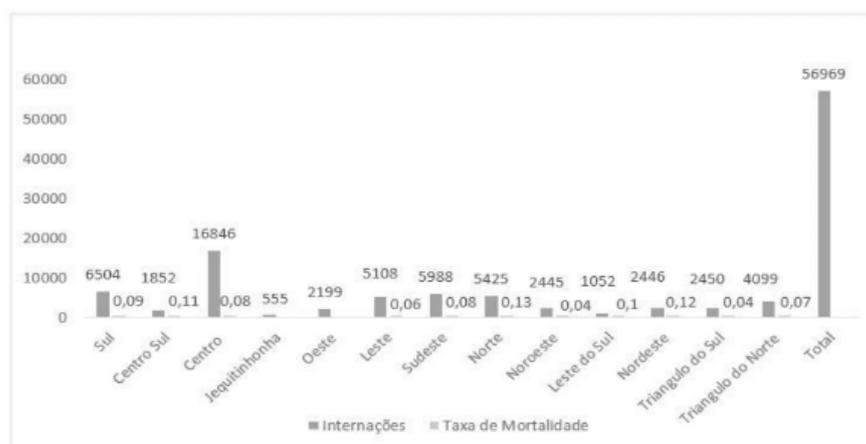


Figura 2- O Número de Internações e Taxa de Mortalidade por Leiomioma de Útero de Acordo com as Macrorregiões de Minas Gerais de 2008 a 2016.

Fonte- Sistemas de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

A partir dos dados expostos na Tabela 1, pode se concluir que a maioria das internações em decorrência de leiomioma uterino ocorre em mulheres na faixa etária dos 40 aos 49 anos (31.628 internações, 55,51%). As mulheres com idade entre 30 e 39 anos compõem o grupo responsável pelo segundo lugar em quantidade de internações (12.687 mulheres, 22,27%). A população de cor/raça parda (21.903, 38,44%) e branca (16.381, 28,75%) é a que apresentou maior número de internações em decorrência da doença. A falta de informação impediu a classificação de 14.379 mulheres (25,24%).

As internações eletivas somaram 83,95% do total (47.828), superando as internações de caráter de urgência (9.141, 16,04%) em mais de 5 vezes. Em relação ao regime de atendimento, houve predominância das internações privadas. Cerca de 63,04% (35.917) das mulheres com Leiomioma foram internadas em instituições privadas, enquanto 23,72% (13.517) delas fizeram uso do regime público, conforme os dados apresentados na Tabela 1.

Os gastos também foram maiores nas instituições privadas, uma vez que as internações nestes locais também ocorreram na maior parte dos casos. Os dados da Tabela 1 apontam que R\$ 28.422.618,83 foram gastos nas instituições privadas, representando 65,36% do valor total. Já nas instituições públicas, o gasto foi equivalente a R\$ 9.392.911,04 (21,60%)

| VARIÁVEIS | NÚMERO | % |
|-------------------------------|---------------|-------|
| Faixa Etária | | |
| Menor de 1 ano | 13 | 0,02 |
| 5 a 9 | 4 | 0,007 |
| 10 a 14 | 5 | 0,008 |
| 15 a 19 | 65 | 0,11 |
| 20 a 29 | 1.571 | 2,75 |
| 30 a 39 | 12.687 | 22,27 |
| 40 a 49 | 31.628 | 55,51 |
| 50 a 59 | 8.779 | 15,41 |
| 60 a 69 | 1.449 | 2,54 |
| 70 a 79 | 647 | 1,13 |
| 80 anos ou mais | 121 | 0,21 |
| Cor/Raça | | |
| Branca | 16.381 | 28,75 |
| Preta | 3.924 | 6,88 |
| Parda | 21.903 | 38,44 |
| Amarela | 328 | 0,57 |
| Indígena | 54 | 0,09 |
| Sem Informação | 14.379 | 25,24 |
| Caráter do atendimento | | |
| Eletivo | 47.828 | 83,95 |
| Urgência | 9.141 | 16,04 |
| Regime | | |
| Público | 13.517 | 23,72 |
| Privado | 35.917 | 63,04 |
| Ignorado | 7.535 | 13,22 |
| Gastos | | |
| Público | 9.392.911,04 | 21,60 |
| Privado | 28.422.618,83 | 65,36 |
| Ignorado | 5.667.508,01 | 13,03 |

Tabela1 - Dados Sociodemográficos e Clínicos das Pacientes Internadas por Leiomioma de Útero, Minas Gerais, 2008 a 2016

Fonte - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

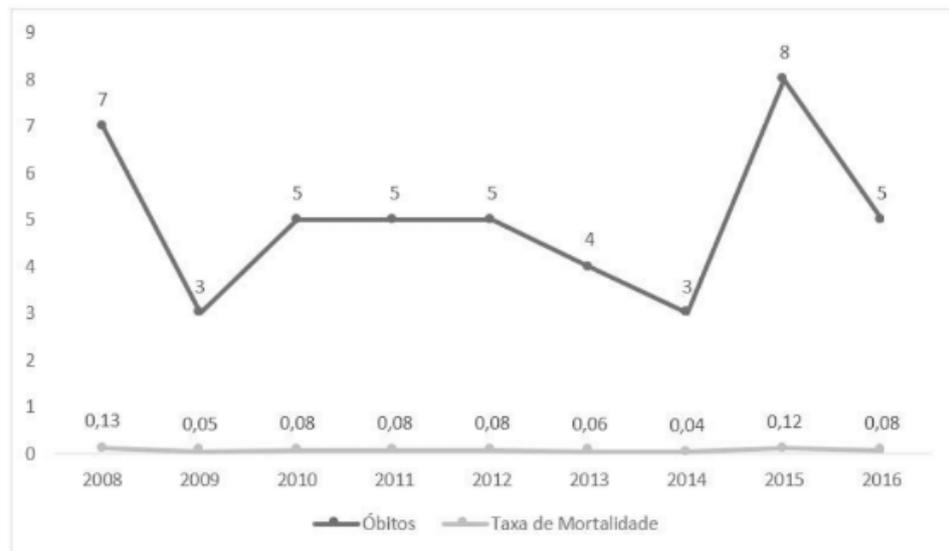


Figura 3: Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Leioma de Útero em Mulheres de Minas Gerais de 2008 a 2016

Fonte - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

Foi observado através da imagem 3 pouca diferença em relação ao número de óbitos e à taxa de mortalidade entre as mulheres de Minas Gerais portadoras de leiomioma de útero no período de 2008 a 2016, sendo o ano de 2015 com o maior número de óbitos (8) e os anos de 2009 e 2014 com os menores (3 a cada ano).

4 | DISCUSSÃO

Segundo Freitas, Menke, Rivoire e Passos (2011) os leiomiomas são tumores benignos que tem surgimento no miométrio e contém quantidade variável de tecido conjuntivo fibroso. Acometem de 20% a 40% das mulheres na idade reprodutiva, sendo os mais comuns do trato genital feminino. Machado et al (2010) complementa ainda que eles são também chamados de miomas ou fibromas. Sendo considerados tumores de músculo liso e estroma conjuntivo vascular, dependentes de estrogênio. São classificados de acordo com a localização anatômica em submucoso, intramural e subseroso. Submucosos são os que geram distorções na cavidade uterina, os intramurais não causam distorções na cavidade e menos de 50% deles culminam com o abaulamento da serosa. Já os subserosos têm 50% ou mais do nódulo abaulando a serosa do útero, podendo ser sésseis ou pediculados e normalmente são sangrativos.

Freitas, Menke, Rivoire e Passos (2011) afirmam que a prevalência de miomas sintomáticos e em média da 3^o e 4^o década de vida, sendo mais frequente na 5^o década. Seus fatores de risco são mulheres acima de 35 anos nulíparas, obesas, negras e com história familiar de miomas. Faria, Godinho e Rodrigues (2008) acrescentam que a incidência entre os 25 e 30 anos aproximada é de 0,31/1000 mulheres-ano, já de 45 a 50 anos esse valor é 20 vezes maior sendo de 6,2/1000 mulheres-ano. Sobre

a nuliparidade explica que a presença de ciclos anovulatórios caracterizados por longos períodos de hiperestrogenismo relativo aumentaria a incidência do leiomioma. A obesidade seria de 2-3 vezes mais comum a incidência de miomas, que as com baixo IMC e que em familiares do primeiro grau de mulheres com miomas, quando comparado com a população em geral a incidência é 4-5 vezes maior.

Faria, Godinho e Rodrigues (2008) trazem ainda como fatores protetores o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais. O tabagismo, no entanto, é considerado fator protetor e contraditório. Enquanto algumas pesquisas afirmam ser devido causar redução dos níveis de estrogénios a pesquisa do Black Women's Health Study, que envolveu cerca de 22.000 mulheres, não se verificou alteração do risco de leiomioma com o uso de tabaco. Já sobre a contracepção hormonal sugere que a administração de estro-progestativo oral está associada a uma menor incidência de miomas uterinos.

Na maioria dos casos os leiomiomas não causam nenhum sintoma e estes, quando existem, se relacionam com o número, tamanho e localização dos miomas. As manifestações clínicas mais comuns estão relacionadas com alterações menstruais, anemia ferropriva, sintomas devido ao aumento do volume e disfunção reprodutiva (Levie MD, 1995).

As alterações menstruais são as manifestações clínicas mais comuns (30%-60% dos casos). São caracterizadas por menorragia e hipermenorréia e parecem estar relacionadas à indução de anormalidades vasculares nas adjacências do tumor, ao aumento da superfície endometrial e à alteração estrutural do miométrio (Duarte, 2000). Ainda de acordo com Duarte (2000), o aumento de volume na região pélvica pode levar a uma compressão de estruturas pélvicas, podendo comprometê-las e causar dor. Miomas localizados anteriormente, por exemplo, podem comprimir a bexiga vesical e causar urgência miccional. O aumento do volume pode levar ainda a complicações retais, como sensação de repleção retal, ou venosas (hemorróidas, aumento da estase venosa e edema dos membros inferiores). A disfunção reprodutiva, apesar de não comprometer a ovulação, foi relatada em estudos, como os descritos por Levie MD (1995), estando mais relacionada aos últimos trimestres da gestação.

O diagnóstico, segundo A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia (2004) deve incluir a história clínica e também o exame físico e ginecológico de forma a nortear a programação e interpretação dos métodos de imagem que poderão ser feitos. Deve-se inicialmente realizar exames como hemograma completo, coagulograma e bioquímica de urina. Porém, o exame primordial é a ultra-sonografia pélvica via abdominal ou via transvaginal sendo o mais eficiente em casos de úteros de pequenos volumes, enquanto os úteros de grandes volumes, acima de 250 cm³, seria mais indicado a Ressonância nuclear magnética pélvica. Podem ser realizados também, a histerossonografia que é eficaz para orientar cirurgias endoscópicas de miomas submucos; histerossalpingografia em que poderão ser vistos divertículos e pólipos que são geralmente associados ao leiomioma; e endoscopia que auxiliaria a elucidar a verdadeira localização desse tumor benigno uterino bem como na decisão

de via cirúrgica mais adequada.

A princípio é importante ressaltar que a proposta de tratamento é feita apenas para pacientes sintomáticas, e para as assintomáticas a conduta é expectante com exames anuais, tendo como garantia as baixas taxas de malignização (0,29% a 1%) desses tumores, segundo a sociedade brasileira das sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Não há indícios que a ausência de tratamento prejudique a paciente, exceto em situações clínicas de anemias graves causadas por sangramento uterino anormal (FARIA, 2008). Em relação ao tratamento clínico, este deve ser feito de forma individualizada conforme a clínica apresentada, expectativas diante da doença e preservação da fertilidade com o uso de Anti-inflamatórios não hormonais, progestágenos e análogos de GnRH, a depender das indicações, sendo o uso associado ou isolado (FARIA, 2008). Para a sociedade brasileira das sociedades de Ginecologia e Obstetrícia o tipo de indicação da medicação ideal deveria ter as seguintes características: Eficiência em evitar o aparecimento de novos nódulos e reduzir os já existentes, baixa toxicidade, aliviar os sintomas das menorragias, baixo custo e indicações claras para cada paciente.

A abordagem cirúrgica, conforme a sociedade brasileira das sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, é uma escolha considerada quando o tratamento conservador tem falha e deve ser feita com base em variantes de desejo reprodutivo e outros condicionantes progressivos do leiomioma. Sendo a miomectomia a cirurgia clássica para remoção dos leiomiomas em pacientes com desejo de engravidar, sendo feito com o auxílio por via histeroscópica, laparoscópica ou laparotomia. Em casos da paciente não referir desejo de engravidar e com prole definida, a histerectomia é indicada nos graus mais graves da doença e deve ser feita uma discussão detalhada sobre os aspectos biológicos envolvidos.

5 | CONCLUSÃO

Por conseguinte é notória a importância do estudo de Leiomioma uterino por se tratar de uma comorbidade altamente prevalente em indivíduos do sexo feminino sendo que a maior incidência ocorre na idade fértil e adulta, entre 40-49 anos, e gera um elevado gasto no setor público e privado. O diagnóstico dessa patologia é fundamental visto que apesar de ser um tumor benigno e assintomático, ele tem uma considerável importância clínica o que pode implicar em indesejáveis evoluções e complicações, como a histerectomia em mulheres de idade fértil gerando grande impacto social-emocional. Por fim, a taxa de internações em caráter de urgência é bastante considerável visto que ela chega a 16% o que explicita a importância de não se ignorar essa condição que é um problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

AUGE, ANTONIO PEDRO FLORES; ROSSI, LIA MARA; AOKI, TSUTOMU. **Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à hysterectomia para tratamento do leiomioma uterino.** Rev Bras Ginecol Obstet, v. 31, n. 10, p. 503-7, 2009.

BECKER JUNIOR, Eduardo. **O valor adicional da sono-histerografia sobre a ecografia pélvica transvaginal em pacientes com suspeita ou diagnóstico de leiomiomas uterinos.** 2003.

CORLETA, Helena von Eye et al. **Tratamento atual dos miomas.** Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia. Rio de Janeiro. Vol. 29, n. 6 (jun. 2007), p. 324-328, 2007.

Duarte G. Doenças benignas do corpo do útero. In: Halbe HW, editor. **Tratado de Ginecologia.** 3º ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 1273-300.

FARIA, Joana; GODINHO, Cristina; RODRIGUES, Manuel. **Miomas uterinos—revisão da literatura Uterine fibroids—a review.** Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa, v. 2, n. 3, p. 131-142, 2008.

Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – **Leiomioma Uterino: Manual de Orientação** São Paulo: Editora Ponto, 2004.

FREITAS, Fernando; MENKE, Carlos Henrique; RIVOIRE, Waldemar Augusto; PASSOS, Eduardo Pandolfi. **Rotinas em Ginecologia.** 6ª edição, portoalegre: Artmed, 2011.

LevGur M, Levie MD. **The myomatous erythrocytosis syndrome: a review.** Obstet Gynecol. 1995;86(6):1026-30.

MACHADO, P. C. et al. **Efeitos do leiomioma uterino na fertilidade e gestação.** EURP, v. 2, n. 1, p. 31-5, 2010.

DOENÇA CELÍACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

Álef Lamark Alves Bezerra

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo/PB
aleflamark@gmail.com

Ricardo Montenegro Nóbrega de Pontes

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo/PB

Ravena de Sousa Borges da Fonseca

Centro Universitário Uninovafapi
Teresina/PI

Vinícius Gonçalves Ferraz

Universidade Iguazu
Nova Iguaçu/RJ

José Artur de Paiva Veloso

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa/PB

RESUMO: Doença Celíaca, é definido como uma “Síndrome de mal absorção precipitada pela ingestão de alimentos que contêm GLÚTEN”, como trigo, centeio e cevada. Essa intolerância alimentícia ocorre de forma permanente, por mediação de linfócitos T, fragmentos polipeptídicos do glúten e uma proteína contida em alguns cereais, sendo de nosologia autoimune. Dada à necessidade de se conhecer a existência dessa doença (uma vez que ela geralmente passa despercebida), fez-se esse estudo com o objetivo trazer

informações a respeito da Doença Celíaca, para que profissionais, estudantes ou pessoas interessadas sobre a abordagem do tema adquiram conhecimento sobre o mesmo. Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfico, cuja fonte de pesquisa consistiu na Biblioteca Virtual em Saúde, sendo utilizado um único descritor: Doença Celíaca, além dessa, também foram adicionados ao conteúdo da pesquisa, alguns materiais que se encontravam nas referências dos artigos encontrados. Neste estudo, foram abordados os fatores ligados a doença, além disso, vieram a ser discutidas as características clínicas, classificação, diagnóstico, tratamento, prognóstico e outras informações essenciais sobre a referida patologia, as quais geralmente não são abordados de maneira adequada, privando o entendimento pertinente sobre a enfermidade. O conhecimento sobre a doença é de extrema importância, visto que o entendimento de todos os padrões clínicos, e suas características, possibilita um diagnóstico precoce, e conseqüentemente proporciona um melhor tratamento ao paciente, acarretando num melhor prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Celíaca; Glutens; Ingestão de Alimentos; Diagnóstico.

ABSTRACT: Celiac Disease is defined as a “malabsorption syndrome precipitated by the ingestion of food containing GLUTEN” such

as wheat, rye and barley. This food intolerance occurs through the mediation of T lymphocytes, polypeptide fragments of gluten and a protein contained in some cereals, being of autoimmune nosology. Due to the need to know about the existence of this disease (since it usually goes unnoticed), this study was carried out with the objective of bringing information about the Celiac Disease, so that professionals, students or people interested in this subject can learn more about it. It is a bibliographic research, whose research source consisted of the Biblioteca Virtual em Saúde, using a single keyword: Celiac Disease. In addition to that, some materials that were found in the references of articles found. In this study, the factors related to the disease were also discussed. In addition, the clinical characteristics, classification, diagnosis, treatment, prognosis and other essential information about the pathology were discussed, which are generally not adequately addressed, depriving the understanding about the disease. Knowing more about the disease is extremely important, since the understanding of all the clinical patterns and their characteristics allows an early diagnosis and consequently provides a better treatment for patients, leading to a better prognosis.

KEYWORDS: Celiac Disease; Glutens; Eating; Diagnosis.

INTRODUÇÃO

Segundo a Biblioteca Virtual em Saúde no seu portal de Descritores em Ciências da Saúde, o descritor D002446 denominado na língua portuguesa de “Doença Celíaca”, é definido como uma “Síndrome de mal absorção precipitada pela ingestão de alimentos que contêm GLÚTEN, como trigo, centeio e cevada. [...]”. Essa intolerância alimentícia ocorre de forma permanente por mediação de linfócitos T, fragmentos polipeptídicos do glúten e uma proteína contida em alguns cereais (SILVA; et al, 2006), sendo considerada alteração múltipla não seletiva (KOTZE; et al, 2011).

Embora exista estudo que atribua a causas genéticas (KARELL; et al, 2002; UTIYAMA; et al, 2004), também existe estudo que, sem negar influência genética, acuse fatores ambientais como determinantes da doença (BAHIA; et al, 2010; KOTZE; et al, 2011). Entretanto, não se sabe ao certo ainda qual a causa da doença.

Embora inexistam estudos estatísticos no Brasil que contêm a prevalência dessa doença no país (SILVA; et al, 2006), ela tem aparecido em estudos populacionais avaliando doadores de sangue (tabela 1), porém é válido ressaltar que ela ainda pode ser mais comum do que se supõe, uma vez que pode permanecer sem diagnóstico por períodos prolongados (CASSOL; et al, 2007; SILVA; et al, 2006).

| TÍTULO | PREVALÊNCIA |
|--|-------------------------------------|
| Prevalência de doença celíaca entre os doadores de sangue no Brasil | 1:681 |
| Prevalência e características demográficas de doença celíaca entre doadores de sangue em Ribeirão Preto | 1:273 |
| Alta prevalência de doença celíaca em doadores de sangue voluntários brasileiros com base no rastreamento por anticorpos anti-transglutaminase de de igA | 1:214 |
| Prevalência de doença celíaca: variação inexplicada relacionada à idade na mesma população | 1:474 (adultos) 1:184 (crianças) |

Tabela 1 – Prevalência de Doença Celíaca

Fonte: GANDOLFI, L; et al, 2000; MELO, SBC; et al, 2006; OLIVEIRA, RP; et al, 2007; PRATESI, R; et al, 2003.

Dada à necessidade de se conhecer a existência dessa doença (uma vez que ela geralmente passa despercebida), fez-se esse estudo com o objetivo trazer informações a respeito da Doença Celíaca para que profissionais, estudantes ou pessoas interessadas no tema adquiram conhecimento sobre o tema.

METODOLOGIA

Para contemplar os objetivos deste estudo foi definido o método de pesquisa bibliográfica para se realizar uma revisão no intuito de compreender e descrever sobre a doença celíaca.

Segundo Marconi e Lakatos (1985, 1992), a pesquisa bibliográfica envolve a análise nas bibliografias tornadas públicas em relação ao tema estudado, desde publicações avulsas, revistas, livros, jornais, teses, boletins, materiais cartográficos e outros, até meios de comunicação orais (rádios, gravações em fitas e audiovisuais, filmes e televisão). Tem como finalidade colocar o pesquisador em contato com todo o material existente sobre o tema em estudo.

A fonte de pesquisa bibliográfica em saúde foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) acessada através do site <regional.bvsalud.org>. Na base de dados foram utilizados títulos de artigos e os Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME, disponibilizados no site <http://decs.bvs.br/>, os descritores foram pesquisados usando-se o português como idioma: Doença Celíaca.

A pesquisa foi desenvolvida em várias etapas: primeiro fez-se a seguinte pergunta: “quais as informações a respeito da Doença Celíaca que trazem os artigos da BVS com o descritor ‘Doença Celíaca?’”. Formulada a pergunta, foi feita a pesquisa encontrando-se um total de 17.123 artigos, a fim de encontrar resultados mais condizentes com a pesquisa, utilizou-se como fatores de inclusão: artigos na íntegra de assunto principal Doença Celíaca, limitado a humanos, no idioma português e que o assunto da revista seja Gastroenterologia. Com os fatores de inclusão, o número de artigos encontrados

reduziu para 21. Dos 21 artigos, foram excluídos os repetidos, restando um total de 17 artigos. Dos 17, foi realizada uma seleção tomando como critério o título do artigo.

Primeiro foi feita uma leitura explanatória de todos os resumos de artigos para separa-los por conteúdo. Feito isso, realizou-se uma leitura descritiva de todos os artigos na íntegra. Deve-se ressaltar que além dos artigos encontrados na BVS, também foi adicionado ao conteúdo da pesquisa alguns artigos que se encontravam nas referências dos artigos encontrados ou que fossem de leitura recomendada por algum dos professores da disciplina de Gastroenterologia da faculdade dos autores e conteúdos de um livro de Gastroenterologia retirado da biblioteca da faculdade dos autores.

Ao final da pesquisa, analisados os artigos, livros e textos e formulada as conclusões a partir do levantamento de toda bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita, foi redigido o texto definitivo em Microsoft Word 2017 para Windows 10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características clínicas e classificação

O dano produzido pelo glúten é mais intenso no duodeno e jejuno proximal, o que acarreta numa redução da área absorptiva e conseqüentemente repercussões para a nutrição do paciente (KOTZE; et al, 2011). Além mais, a manifestação desta doença não depende somente da presença de glúten na dieta, mas, também, de fatores genéticos, imunológicos e ambientais (SILVA; et al, 2006). Com isso, apresenta vários padrões clínicos: clássica, não-clássica, assintomática, latente e potencial (SILVA; et al, 2006; FERGUSON; et al, 1993; KOTZE; et al, 2011).

Clássica: mais frequente e manifesta-se nos primeiros anos de vida, com quadros clínicos de diarreia crônica, vômitos, irritabilidade, anorexia, emagrecimento, déficit de crescimento, dor e distensão abdominal, diminuição do tecido celular subcutâneo, comprometimento variável do estado nutricional, palidez por anemia ferropriva e atrofia da musculatura glútea (SILVA; et al, 2006; KOTZE; et al, 2011).

Não-clássico ou atípico: apresenta-se tardiamente e as manifestações digestivas estão ausentes ou, quando presentes, são pouco relevantes (baixa estatura, anemia por deficiência de ferro refratária à ferroterapia oral, artralgia ou artrite, constipação intestinal, hipoplasia do esmalte dentário, lesões na mucosa bucal, osteoporose e esterilidade) (SILVA; et al, 2006). Destes, os quadros com sintomas digestivos mais discretos ou com constipação intestinal são classificados como atípico digestivo e os quadros com sintomas extradigestivos são classificados como atípico extradigestivo (KOTZE; et al, 2011).

Assintomático: pacientes apresentam alteração do quadro histopatológico do intestino delgado proximal, porém sem sintomas (SILVA; et al, 2006). Isso ocorre entre

familiares de celíacos com anticorpos positivos no soro (KOTZE; et al, 2011).

Latente: pacientes apresentam, num dado momento, características histopatológicas jejunais normais consumindo glúten e, em outro período de tempo, apresentam atrofia subtotal ou total das vilosidades intestinais, retornando ao normal após isenção do glúten da dieta (SILVA; et al, 2006; KOTZE; et al, 2011).

Potencial: pacientes que não exibem e que jamais apresentaram quadro histopatológico jejunal característico da doença e que possuem anormalidades imunológicas similares àquelas encontradas em pacientes celíacos (FERGUSON; et al, 1993).

Diagnóstico

Devido às diferentes formas de apresentação da Doença Celíaca, o diagnóstico apenas com anamnese associada ao exame físico se torna mais utopia do que realidade, pois, geralmente, também é necessário associar a análise histopatológica do intestino delgado e investigação dos marcadores séricos (quadro 1). Sendo assim, devem-se seguir, em ordem, os três pilares diagnósticos da Doença Celíaca: exame clínico (sinais e sintomas supracitados), marcadores sorológicos (principais: anticorpos antigliadina, antireticulina, antiendomísio) e histopatologia do intestino delgado (microscopia: mucosa anormal do intestino delgado, com vilosidades atrofiadas ou ausentes, aumento no comprimento das criptas e no número de linfócitos intraepiteliais) (SILVA; et al, 2006). Concernente a isso, é válido citar que um estudo (UTIYAMA; et al, 2007) concluiu que embora os marcadores sorológicos possuam alta positividade, o uso de apenas um método pode levar a falsos negativos.

| SOROLOGIA | HISTOLOGIA | SITUAÇÃO |
|-----------|------------|--|
| POSITIVA | NEGATIVA | Rever ou repetir a biópsia após 1 a 2 anos. Seguir o paciente |
| POSITIVA | POSITIVA | Doença Celíaca confirmada |
| NEGATIVA | POSITIVA | Considerar outras causas de enteropatia. Se não encontrar, tratar como Doença Celíaca. Genotipagem HLA |
| NEGATIVA | NEGATIVA | Doença Celíaca excluída |

Quadro 1 – Correlação entre testes sorológicos e achados de biópsia intestinal

Fonte: KOTZE; et al, 2011.

Tratamento

Baseia-se na exclusão do glúten. Para isso, faz-se necessário um esclarecimento detalhado por parte dos médicos e dos nutricionistas quanto à doença e a dieta. Retirando-se o glúten da dieta, o paciente, dentro de dias ou semanas, fica livre dos sintomas gastrointestinais e a mucosa tem sua morfologia restaurada (SILVA; et AL, 2006). Em caso de perfuração, neoplasias e linfomas pode ser indicado tratamento

cirúrgico (KOTZE; et al, 2011).

O objetivo principal do tratamento da Doença Celíaca é a melhora da qualidade de vida do paciente, logo, devido aos alimentos que o paciente terá que retirar da sua rotina dietética, pode-se, a depender do caso, de medicamentos para correção de carências (vitaminas, sais minerais e proteínas), coadjuvantes para facilitar a digestão de gorduras (enzimas pancreáticas) e antimicrobianos para tratar infecções concomitantes. Concernente à via de alimentação do paciente pode ser parenteral quando o paciente não consegue controlar a diarreia e quando os distúrbios hidroeletrólíticos e/ou acidobásicos são graves; parenteral e enteral quando é possível controlar a diarréia e há necessidade de reposição rápida de água, eletrólitos e oligoelementos; oral quando o paciente não apresenta carências e consegue se alimentar por essa via (primeiro se isenta glúten, lactose; reduz sacarose e restringe a dieta, após isso vai colocando aos poucos os alimentos de modo a que a dieta fique apenas isenta de glúten) (KOTZE; et al, 2011).

Prognóstico

Devido a gama de complicações que a doença pode trazer e ao maior risco de desenvolvimento de tumores, fica necessária a realização periódica de USG Doppler abdominal (SILVA; et al, 2006).

Outrossim, é valido frisar que o maior fator decadente na qualidade de vida dos pacientes acometidos por Doença Celíaca não é a dieta livre de glúten, mas sim a sintomatologia da doença (CASELLAS; et al., 2005; KOTZE; et al, 2011).

Em crianças, “inicialmente o paciente celíaco pode perder peso, se já apresenta edema, mas, em seguida, começa a ganhá-lo mais rapidamente que a estatura” (KOTZE; et al, 2011, p. 318). A doença celíaca pode ser fatal em casos não reconhecidos e que o paciente evolui com uma desnutrição muito grave associada a hemorragias, infecções recorrentes ou insuficiência suprarrenal (doentes podem ser recuperados através da nutrição parenteral) (KOTZE; et al, 2011).

Observações

É importante que os bebês sejam alimentados normalmente para que se chegue ao diagnóstico precoce e o pronto tratamento (KOTZE; et al, 2011).

CONCLUSÃO

A partir do exposto, percebe-se que a doença celíaca não é dependente apenas do fator dietético, mas sim de uma diversidade de fatores, entre eles genéticos, ambientais e imunológicos, que geralmente passam despercebidos. Dessa forma,

é importante o conhecimento acerca dos vários padrões clínicos da patologia para que possa obter um diagnóstico mais precoce possível, não se baseando apenas no quadro sintomatológico da doença, mas sim aprofundando-se em dados laboratoriais.

A Doença Celíaca ainda não possui forma de controle, devido a sua nosologia autoimune e influência genética. A conduta perante um paciente portador de Doença Celíaca visa melhorar a qualidade de vida e reduzir os danos causados pela afecção. É de fundamental também, o estudo sobre o comportamento genético da doença, a fim de rastrear a doença e prevê a ocorrência desta numa sociedade.

Avista disso, o diagnóstico prévio torna possível um tratamento antecipado visando à melhora na qualidade de vida do paciente, ou seja, diminuindo a sintomatologia da doença, e evitando o agravamento das complicações acarretadas pela enfermidade, como desnutrições, anemias, as quais nos piores casos podem ocorrer desenvolvimento de tumores ou até mesmo a morte, sendo, portanto, necessário o acompanhamento constante do enfermo, através de realizações de USG Doppler abdominal.

REFERÊNCIAS

BAHIA, Magda et al. Discordância de apresentação da doença celíaca em gêmeos monozigóticos. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 47, n. 1, p. 56-60, 2010.

CASELLAS, F.; LOPEZ VIVANCOS, J.; MALAGELADA, J. R. Perceived health status in celiac disease. **Revista Española de Enfermedades Digestivas**, v. 97, n. 11, p. 794, 2005.

CASSOL, Clarissa Araujo et al. Perfil clínico dos membros da associação dos celíacos do Brasil: regional de Santa Catarina (ACELBRA-SC). **Arq. gastroenterol**, v. 44, n. 3, p. 257-265, 2007.

SILVA, Paulo César et al. DOENÇA CELÍACA: REVISÃO. **Archives of Oral Research**, v. 2, n. 5/6, 2006.

FERGUSON A., ARRANZ E., O'MAHONY S. Clinical and pathological spectrum of coeliac disease: active, silent, latent, potential. **Gut**, v. 34, n. 1, p. 150-151, 1993.

GANDOLFI L, et al. Prevalence of celiac disease among blood donors in Brazil. **Am J Gastroenterol**, v. 95, n. 3, p. 689-692, 2000.

KARELL K. et al. Not all HLA DR3 DQ2 haplotypes confer equal susceptibility to coeliac disease: transmission analysis in families. **Scand J Gastroenterol**, v. 37, n. 1, p.56-61, 2002.

KOTZE; LMS; UTIYAMA, SRS. Doença Celíaca e Outros Distúrbios da Absorção de Nutrientes. In: DANI, R; PASSOS, MCF. **Gastroenterologia essencial**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011. p. 294-330.

MELO S.B.C. et al. Prevalence and demographic characteristics of celiac disease among blood donors in Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil. **Dig Dis Sci**, v. 51, n. 5, p. 1020 –1025, 2006.

OLIVEIRA R.P. et al. High prevalence of celiac disease in Brazilian blood donor volunteers based on screening by IgA anti-tissue transglutaminase antibody. **Eur J Gastroenterol Hepatol**, v. 19, n. 1, p. 43-49, 2007.

PRATESI R. et al. Prevalence of coeliac disease: unexplained age-related variation in the same population. **Scand J Gastroenterol**, v. 38, n. 7, p. 747-750, 2003.

UTIYAMA, Shirley Ramos da Rosa et al. Triagem sorológica de familiares de pacientes com doença celíaca: anticorpos anti-endomísio, antitransglutaminase ou ambos?. **Arq. gastroenterol**, v. 44, n. 2, p. 156-161, 2007.

UTIYAMA, Shirley Ramos da Rosa; REASON, Iara José Taborda de Messias; KOTZE, Lorete Maria da Silva. Aspectos genéticos e imunopatogênicos da doença celíaca: visão atual. **Arq. gastroenterol**, v. 41, n. 2, p. 121-128, 2004.

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DO ATENDIMENTO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL DO BAIXO AMAZONAS

Caio Lucas Martins Dourado Gonçalves

Universidade do Estado do Pará, Medicina
Santarém-Pará

Marcelo José Sanches da Rocha

Universidade do Estado do Pará, Medicina
Santarém-Pará

Shirley Iara Martins Dourado

Universidade Federal do Pará, Hospital
universitário João de Barros Barreto
Belém-Pará

Breno Henrique Silva da Silva

Centro universitário do Estado do Pará,
Fisioterapia
Belém-Pará

Arthur Menezes Vaz

Universidade do Estado do Pará, Medicina
Santarém-Pará

Gabriel Tavares de Oliveira Silva

Universidade do Estado do Pará, Medicina
Santarém-Pará

RESUMO: O objetivo deste estudo foi descrever o perfil de atendimento de traumatologia ortopédica e pediátrica de um hospital de referência de Santarém/Pará, identificando a prevalência dos diferentes tipos de traumas ortopédicos atendidos no ambulatório do hospital, caracterizando procedência, idade, sexo e trauma. Foram avaliados 3.408 prontuários, onde 133 destes se tratavam

de pacientes de zero a doze anos atendidos no primeiro semestre de 2015 com trauma ortopédico gerado por fatores externos, representando 3,9% dos atendimentos no período citado. O sexo masculino foi prevalente dentre os traumatizados, com 82% do total e a faixa etária de 07 a 12 anos a mais incidente (66,9%). Quedas de alturas variáveis foi a causa mais comum com 73 casos (54,89%); a não especificação da circunstância que levou ao trauma foi a segunda variável observada com 39 casos (29,32%); seguida de atropelamento com 13 casos (9,77%). A área topográfica mais lesionada durante os traumas encontrados foi a região dos membros superiores, que apresentou 82 casos (61,7%), com predominância entre a faixa etária de 7 a 8 anos, seguido pelos membros inferiores (19,5%); crânio (17,3%) e tórax (1,5%). Neste estudo concluiu-se que há a necessidade de um melhor preenchimento das fichas de atendimento ambulatorial ortopédico, permitindo assim a determinação das causas dos traumas externos e auxiliando que novos trabalhos possam ser desenvolvidos. Os resultados dessa pesquisa assemelham-se aos obtidos por outros estudos no cenário nacional, servindo de base para demonstrar que a traumatologia na ortopedia pediátrica é uma área da saúde que necessita de atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Pediatria, Ortopedia, Trauma.

ABSTRACT: The objective of this study was describe the profile of orthopedic and pediatric trauma care at a reference hospital in Santarém/Pará, identifying the prevalence of types traumas treated at the outpatient clinic, characterizing provenance, age, gender and trauma. 3,408 medical records were evaluated, with 133 of these being patients from zero to twelve years old attended in the first half of 2015 with trauma caused by external factors, representing 3.9% of the visits in the mentioned period. The male gender was prevalent, with 82% of the total and the age group from 07 to 12 years old the most incident (66.9%). Variable height falls were the most common cause with 73 cases (54.89%); failure to specify the circumstance that led to the trauma was the second variable observed with 39 cases (29.32%); followed by trampling with 13 cases (9.77%). The most injured topographic area during the trauma was the upper limb region, which presented 82 cases (61.7%), with a predominance of 7 to 8 years, followed by lower limbs (19.5%); skull (17.3%) and thorax (1.5%). In this study, it was concluded that there is a need for a better filling out of the outpatient orthopedic care records, thus allowing the determination of the causes of external trauma and helping new work to be developed. The results of this research are similar to those obtained by other studies in the national setting, and serve as a basis to demonstrate that pediatric orthopedic traumatology is a health area that needs attention.

KEYWORDS: Pediatrics, Orthopedics, Trauma

1 | INTRODUÇÃO:

A epidemiologia descritiva tem como foco identificar e reportar o padrão e a frequência de eventos relacionados à saúde de uma população a fim de conhecer as características gerais do comportamento de doenças e identificar os subgrupos populacionais mais vulneráveis. É necessário obter sobre pessoa, tempo e lugar para poder descrever padrões de saúde e doença de um grupo populacional. O conhecimento dos dados epidemiológicos de morbimortalidade de uma unidade de saúde objetiva o aperfeiçoamento da qualidade de atenção. A coleta constante e a subsequente análise e interpretação de dados relacionados com a saúde contribuem para a formulação de provas que são usadas para evidenciar se a saúde oferecida à população estudada deve ser alvo ou não de políticas públicas (GROSSMAN, 2000, apud IMAMURA, 2012). No Brasil, os traumas são considerados crescente problema de saúde pública, pois provocam forte impacto nos índices de morbidade e mortalidade da população. As principais causas dos traumas são por causas externas, acidentes e violência, podendo ser acidentais ou intencionais, considerados conjuntos de agravos à saúde, constam na Classificação Internacional de Doenças (CID), denominada causas externas. (LOPEZ, F.A. & CAMPOS, J. 2010). A lesão por trauma ortopédico infantil possui grande demanda nos ambulatórios hospitalares devido ao comportamento característico da infância, como a natureza curiosa das crianças, o desconhecimento do perigo, pouca coordenação motora e imaturidade psicológica, sendo que a anatomo-

fisiologia pediátrica resulta em lesões peculiares. (IMAMURA, 2012). O objetivo central do trabalho foi descrever o perfil de atendimento de traumatologia ortopédica na faixa etária pediátrica, identificando a prevalência e incidência dos diferentes tipos de traumas ortopédicos atendidos, caracterizando idade, sexo e o tipo de trauma.

2 | MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa prospectiva, descritiva e exploratória com abordagem quantitativa e caráter transversal, respeitando as normas e aspectos éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi desenvolvida mediante a utilização de fichas de atendimentos do Hospital Municipal de Santarém (HMS), que continham registros abrangentes, dentre os quais os critérios de inclusão da pesquisa foram aplicados. A população estudada foi constituída por todas as pessoas na faixa etária pediátrica (0-12 anos), ou seja, que de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) abrange a faixa etária lactante, pré-escolar e escolar e que deram entrada no ambulatório do HMS, no primeiro semestre de 2015, por trauma ortopédico gerado por fatores externos. O formulário utilizado para coleta dos dados contidos nas fichas de atendimento tem como variáveis: sexo; idade; cidade de origem; causa do traumatismo e topografia do trauma. A partir da análise dos formulários foi estabelecido o perfil dos dados coletados. Esta análise foi de crucial importância para o alcance dos objetivos da pesquisa, bem como a elaboração de uma resposta a situação problema abordada, resultando no desenvolvimento do perfil das crianças que sofreram traumas ortopédicos. A formulação destes resultados foi a partir da confecção de tabelas e gráficos utilizando os programas EPI-INFO 2011 e Microsoft Office Excel 2010.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada foi constituída por todas as pessoas na faixa etária pediátrica que foram atendidas no ambulatório de ortopedia com trauma ortopédico gerado por fatores extrínsecos. Dentre os prontuários avaliados, observamos que 133 eram de crianças com traumas ortopédicos, representando 3,9% dos atendimentos nesse período. O sexo masculino foi o mais prevalente dentre os traumatizados, com 109 casos (82%) do total e a faixa etária de 07 a 12 anos a mais incidente (66,9%). Quando comparado a outros estudos, os resultados apresentaram semelhanças com pesquisa de Hanlon & Estes (1954), um estudo com duração de 10 anos, que foi relatado à predominância do gênero masculino (63,4%). As fraturas analisadas ocorreram mais notadamente entre 11 e 12 anos, segundo os autores. Imamura (2012) coloca que dentre os fatores de risco que antecedem o trauma, a idade é de suma importância,

pois determinadas faixas etárias são mais propensas a determinados traumas, principalmente na faixa etária pediátrica, quando são mais vulneráveis e suscetíveis a eventos de maior gravidade. Em relação as principais causas de traumas, as quedas de alturas variáveis foram responsáveis por 73 casos (54,89%) e a não especificação da circunstância que levou ao trauma foi a segunda variável observada com 39 casos (29,32%); seguida de atropelamento com 13 casos (9,77%) como demonstra a tabela 01.

| Variável | Frequência | |
|--------------------------|------------|-------|
| Causa do traumatismo | N | % |
| Queda | 73 | 54,89 |
| Atropelamento | 7 | 5,26 |
| Acidente de automóvel | 6 | 4,51 |
| Acidente rural | 2 | 1,5 |
| Espancamento | 1 | 0,75 |
| Arma branca | 1 | 0,75 |
| Arma de fogo | 0 | 0 |
| Não especificado | 39 | 29,32 |
| Traumatismo intrauterino | 1 | 0,75 |
| Acidente doméstico | 1 | 0,75 |
| Trauma esportivo | 2 | 1,5% |
| Total | 133 | 100% |

Tabela 01 – Distribuição dos pacientes em relação à causa do traumatismo

De acordo com Imamura (2012), as crianças são susceptíveis as lesões físicas e que dentre as causas mais comuns destacam-se quedas, acidentes de veículos de transporte e atropelamentos. Os dados colhidos nessa pesquisa também são legitimados pela SBOT, no qual o manual de trauma ortopédico de 2011 coloca que as principais causas de traumatismos em crianças são as quedas (26%); atropelamentos (23%) e a violência com (5%). Imamura (2012) afirma que os eventos por causas externas, incluindo traumas por lesões de transporte, afogamentos, queimaduras, quedas e as intoxicações, contribuem para grande parte da procura de departamentos de emergência e para internações hospitalares. Fato esse que foi comprovado na leitura de prontuários do Hospital municipal de Santarém. Imamura (2012) também coloca que as quedas fazem parte do desenvolvimento da criança quando aprendem a andar, escalar locais mais altos, correr, pular e explorar o ambiente físico. Vários fatores podem estar relacionados às quedas das crianças como fatores sócio demográficos, desenvolvimento físico, atividade e local na ocasião, altura da queda e características da superfície onde ocorreu a queda. A área topográfica mais lesionada durante o trauma foi a região dos membros superiores, que apresentou 82 casos (61,7%), com predominância desse tipo de trauma entre a faixa etária de 7 a 8 anos. Após os membros superiores, a segunda área mais atingida foi a dos membros inferiores com 26 casos (19,5%), seguido pela região do crânio 23 casos (17,3%) e

tórax com 2 casos (1,5%) (Tabela 2).

| Idade | Topografia | | | | | Total por idade |
|----------------------|------------|-------|-----------------|-----------------|---------|-----------------|
| | cabeça | Tórax | Membro superior | Membro inferior | Pescoço | |
| 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| 3 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 4 |
| 4 | 2 | 1 | 4 | 2 | 0 | 9 |
| 5 | 2 | 0 | 6 | 3 | 0 | 11 |
| 6 | 2 | 0 | 4 | 1 | 0 | 7 |
| 7 | 1 | 0 | 17 | 0 | 0 | 18 |
| 8 | 3 | 0 | 15 | 0 | 0 | 18 |
| 9 | 2 | 0 | 7 | 6 | 0 | 15 |
| 10 | 1 | 1 | 9 | 5 | 0 | 16 |
| 11 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 6 |
| 12 | 1 | 0 | 12 | 3 | 0 | 16 |
| Total por topografia | 23 | 2 | 82 | 26 | 0 | 133 |

Tabela 02 – Distribuição dos pacientes em relação a topografia lesionada

Segundo a Sociedade Brasileira de Ortopedia Traumatologia (SBOT), em um manual lançado em 2011 sobre trauma ortopédico, quanto aborda o assunto de trauma em crianças, a SBOT destaca as regiões anatômicas mais atingidas pelos traumatismos nos menores de 12 anos. No qual, o membro superior (34%) é a área mais abrangida, seguindo pelo crânio (32%); tórax e abdome (16%) e membro inferior (14%). A maior incidência de fraturas nas crianças ocorre por conta de algumas peculiaridades dos ossos, tais como lesões nas cartilagens de crescimento, por serem locais frágeis, a maior fragilidade óssea devido ao rápido crescimento dos ossos e também a maior maleabilidade do osso. Observa-se nessa na faixa etária que a criança está descobrindo o mundo e, principalmente, os meninos adoram se aventurar com bicicletas, correr, escalar dentre outras atividades consideradas como radicais para a idade, conseqüentemente, são eles as maiores vítimas de fraturas. As proporções menores da criança, a imaturidade física e motora, associadas à inexperiência, podem expô-las a riscos potenciais. A análise da procedência do paciente é de imensurável importância tendo em vista que o Hospital Municipal de Santarém é um centro de saúde de referência no oeste do Pará. Dentre os pacientes pediátricos que deram entrada no ambulatório de ortopedia, os originários de Santarém foram a grande maioria, totalizando 84 casos, representando 63,16%, seguido do município de Prainha com 8 casos (6,02%); Monte alegre com 6 casos (4,51%); Juruti e Rurópolis, ambos com 5 casos (3,76%); Alenquer, Itaituba, Oriximiná e Óbidos cada um desses municípios tiveram 4 casos, representando 3,01% cada; Almeirim com 3 casos (2,26%); Belterra e placas ambos com 2 casos (1,5%) e Trairão e Uruará com 1 caso (0,75%).

4 | CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos podemos concluir que sexo masculino se destaca como o mais acometido, com 109 casos (82%) e feminino com 24 casos (18%). Quanto à distribuição etária na faixa com maior incidência é de sete a doze anos com 66,9% dos 133 casos. A relação do sexo com essa faixa etária predominante pode surgir da conclusão de que nessas idades as crianças estão mais propensas a cair e se machucar, pois estão no período de subir em árvores, brincar de skates, andar de bicicleta, escalar, dentre outras atividades. Conseqüentemente, os meninos estão mais propensos a sofrerem fraturas do que as meninas. Em relação a variante referente à circunstância que causou traumatismo em crianças, observou-se que o fator extrínseco que provocou mais traumas foi à queda de alturas variáveis, com 73 casos (54,89%); a não especificação da circunstância que levou ao trauma foi recorrente em inúmeras fichas, sendo a segunda variável mais observada com 39 casos (29,32%). A queda já era esperada como a causa extrínseca mais responsável pelos traumas ortopédicos pediátricos. A não especificação do motivo da fratura pode estar relacionada com a urgência dos casos, ou, simplesmente, não foi coletado durante a anamnese. Como o Hospital Municipal de Santarém é um centro de saúde de referência no oeste paraense, a procedência do paciente é uma variável de muita importância, e o resultado da análise dessa variável foi que os pacientes originários do município sede do Hospital foi o grupo de maior prevalência, com 84 casos (63,16%), porém 29 casos (36,84%) são de pacientes originários de outros municípios. Os resultados dessa pesquisa assemelham-se aos obtidos por outros estudos no cenário nacional, servindo de base para demonstrar que a traumatologia na ortopedia pediátrica é uma área da saúde que necessita de atenção. Estudos epidemiológicos e clínicos são importantes indicadores da assistência oferecida, possibilitando o incremento de ações capazes de reduzir a internação hospitalar tão traumatizante para qualquer indivíduo e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- 1) BARATELLA, J.R.S. **Injúrias não-intencionais (acidentes): quedas e traumas**. In: LOPEZ, F.A.; JÚNIOR, C.D.; Tratado de pediatria. 1.ed. Barueri: Manole, 2007. p. 73-75.
- 2) BLANK, D. **Epidemiologia das injúrias intencionais (violência) e não- intencionais (acidentes)**. In: LOPEZ, F.A.; JÚNIOR, C.D.; Tratado de pediatria. 1.ed. Barueri: Manole, 2007. p. 59-63.
- 3) CARRERA, R.M.; ABRAMOVICI, S. **Atendimento inicial da criança traumatizada**. In: SCHVARTSMAN, C.; REIS, A.G.; FARHAT, S.C.L.; Coleção pediatria do instituto da criança do hospital das clínicas: pronto-socorro. 2. ed. Barueri: Manole, 2013. p. 159-170.
- 4) CARVALHO, LFA. **Traumatismo cranioencefálico grave em crianças e adolescentes**. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 98-106, Mar. 2007.
- 5) COSTA, MCO, Souza RP. **Abordagem da criança e do adolescente**. In: Costa MCO, Souza

RP, organizadores. *Semiologia e atenção primária à criança e ao adolescente*. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p.76-91.

6) FORLIN, E. **Injúrias não intencionais (acidentes): fraturas**. In: LOPEZ FA; JÚNIOR CD, *Tratado de pediatria*. 1.ed. Barueri: Manole, 2007. p. 81-83.

7) FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **A league table of child deaths by injury in rich nations**: Inocenti Report Card Nº 2. Florence: UNICEF, 2001. Disponível em: www.unicef-icdc.org. Acessado em: 24/06/2015.

8) GROSSMAN D C. **The History of Injury Control and the Epidemiology of Child and Adolescent Injurie**. *The Future of Children Unintentional Injuries in Childhood*. 2000.

9) HANLON CR, ESTES WL, **Fractures in childhood: A statistical analysis** AMJ; Surg 87: 312- 323, 1954

10) HORAN JM, MALLONEE S. **Injury Surveillance**. *Epidemiol Rev*. 2003

11) IMAMURA, Janete Honda. **Epidemiologia dos traumas em países desenvolvidos e em desenvolvimento**. 2012. 144 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Fmusp, São Paulo, 2012.

12) KLIKSBURG B, **Desigualdade, Saúde Pública e Ética: O caso latino-americano**. 2006-2007

13) LOPEZ, F.A. & CAMPOS JUNIOR, D. **Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria** – 2ed. – Barueri, SP: Manole, 2010.

14) **Manual de trauma ortopédico / SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**; coordenadores, Isabel Pozzi, Sandro Reginaldo, Múcio Vaz de Almeida e Alexandre Fogaça Cristante...[et al.].

15) MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. **Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica**. *Rev. bras. enferm*, Brasília , v. 59, n. 3, p.344-348, June 2006.

16) PAES, C.E.N.; MACIEL, W. **Injúrias não-intencionais (acidentes): riscos no ambiente doméstico**. In: LOPEZ, F.A.; JÚNIOR CD; *Tratado de pediatria*. 1.ed. Barueri: Manole, 2007. p. 65.

PERCEPÇÕES DE MÉDICOS RESIDENTES EM PERNAMBUCO SOBRE CURSO DE ÉTICA E BIOÉTICA ENTRE 2014 E 2016

Arthur Fernandes da Silva

Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Saúde, Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
Recife – PE

Helena Maria Carneiro Leão

Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco, Escola Superior de Ética Médica
Recife – PE

Magaly Bushatsky

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças
Recife – PE

Sandra Maria de Araújo Silva

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Serviço de Onco-hematologia Pediátrica
Recife – PE

Zilda do Rêgo Cavalcanti

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Serviço de Cuidados Paliativos
Recife – PE

RESUMO: Introdução: A formação teórica do médico residente deve incluir espaços de discussão crítico-reflexiva sobre Ética Médica e Bioética (EMB). Contudo, pouca atenção é dada a tal formação nesse período, a despeito dos diversos estudos sobre o tema no âmbito da graduação em medicina. Nesse sentido, o

Conselho Regional de Medicina de Pernambuco promove anualmente curso com carga horária obrigatória abordando tais temáticas para todos os residentes do Estado. Objetivos: Descrever as percepções de médicos residentes em Pernambuco sobre EMB em cursos promovidos no período de 2014 a 2016. Método: Estudo transversal, descritivo, realizado a partir dados secundários de questionário autoaplicável composto por três questões objetivas e três subjetivas entregue aos residentes ao final do curso. Resultados: participaram 469, 500 e 662 residentes ao longo dos anos de 2014, 2015 e 2016, respectivamente. A iniciativa da realização do curso foi avaliada positivamente pela maioria dos inquiridos; sua metodologia foi avaliada como adequada, porém desestimulante. A relação dos organizadores e expositores com o público foi majoritariamente apontada como boa ou excelente durante o período avaliado. Discussão: considerando a residência médica como espaço idealmente dinâmico, protegido, acolhedor e estimulador na geração de competências, é necessário compreender a importância do ensino da EMB no sentido de enfatizar as mudanças pelas quais os residentes passam nesse período de formação. Conclusões: reflexões sobre o emprego de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem são necessárias para garantir a participação e adesão de residentes

em cursos relacionados às temáticas em questão.

PALAVRAS-CHAVE: Ética Médica; Bioética; Educação Médica; Residência.

ABSTRACT: Introduction: Intern's theoretical formation should include spaces of critical-reflexive discussion on Medical Ethics and Bioethics (MEB). However, little attention is given to such training in this period, despite the various studies on the subject in the field of medical graduation. In this context, the Regional Council of Medicine of Pernambuco annually promotes a course with mandatory hours addressing such topics for all of the State's interns. Objectives: To describe the perceptions of interns in Pernambuco on MEB in courses promoted from 2014 to 2016. Method: A cross-sectional, descriptive study based on secondary data from a self-administered questionnaire composed of three objective and three subjective questions delivered to the interns at the end of course. Results: 469, 500 and 662 interns participated during the years of 2014, 2015 and 2016, respectively. The initiative of the course was evaluated positively by the majority of the respondents; its methodology was evaluated as adequate, but discouraging. The relationship between the organizers and exhibitors with the public was mostly indicated as good or excellent during the period evaluated. Discussion: considering medical internship as an ideal dynamic space, protected, welcoming and stimulating in the generation of competences, it is necessary to understand the importance of MEB teaching in order to emphasize the changes that residents spend during this training period. Conclusions: reflections on the use of active methodologies in the teaching-learning process are necessary to guarantee the participation and adherence of interns in courses related to the topics in question.

KEYWORDS: Medical Ethics; Bioethics; Medical Education; Internship.

1 | INTRODUÇÃO

A formação teórica do médico residente (BRASIL, 2003) deve incluir espaços de discussão crítico-reflexiva sobre Ética Médica e Bioética (Zaidhaft et al, 2009). Contudo, a atenção dada ainda é incipiente, a despeito do tema no âmbito da graduação em medicina. Entendendo a residência médica como espaço de aprofundamento de competências que auxiliarão a formação do futuro especialista (FERNANDES et al, 2012), durante a trajetória o mesmo se deparará com extensa carga horária teórico-prática e contato intenso e constante com pacientes, famílias e comunidades, além de colegas residentes, preceptores e demais membros de equipes multidisciplinares. Diante deste processo de evolução do conhecimento de forma diária e cíclica (BRUNER, 1990) e considerando as idas e vindas e estados de ordem e desordem, a passagem por reflexões críticas entre um e outro, galga estágios superiores de elaboração para a sua completa consolidação. O estar inserido nesses cenários, como mais um ente a disposição de múltiplas relações, demanda do residente tanto solidez cognitiva (de si e do mundo à volta) quanto habilidade interativa (COSTA, 1999).

A despeito das constantes atualizações técnicas do conhecimento na área da saúde, persistem ainda pouco acessadas, as questões fundamentais relativas ao impacto e a extensão da prática médica sobre as pessoas em termos individuais e coletivos, mantendo acesas as chamadas de questionamentos bioéticos sobre os limites e as fronteiras da referida prática. A revisão das normativas que orientam a formação do profissional médico se propõe a acessar tais questões, mas é necessário reconhecer a limitação desse mecanismo, tendo em vista que o currículo para a formação médica, especialmente na graduação, é alvo de disputas (AMORETTI, 2005) intensas entre interesses do sistema de saúde, do sistema sócio-educacional e dos sistemas econômicos, uma vez que é desejo de todos, formar profissionais que melhor atendam às suas próprias necessidades. Uma manifestação da referida limitação está clara no tempo decorrido entre as duas últimas revisões (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014) para as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina: cerca de 13 anos.

Diante dessas disputas, a bioética ressurgiu como campo de pesquisa encampado por aqueles que defendem um olhar cuidadoso e humanizado desde o início da formação, para os problemas (OTTO, 1989) dos seres humanos - homens e mulheres, com condições de saúde e/ou doenças, interagindo consigo, com os outros e com o ambiente. Esse olhar poderia ser um catalisador para a geração de responsabilização de cada profissional em construção com o lugar que ocupa hoje no mundo, bem como com todo esse mundo (JONAS, 1995).

Nesse contexto, a Escola Superior de Ética Médica (ESEM) do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), em convênio com as comissões estadual e nacional de residência médica, promove anualmente curso com carga horária obrigatória abordando tais temáticas para todos os residentes do Estado. Diante deste cenário, o estudo em pauta objetiva descrever as percepções de médicos residentes em Pernambuco sobre Ética Médica e Bioética em cursos promovidos pela ESEM no período de 2014 a 2016.

2 | METODOLOGIA

Tratou-se de estudo transversal, descritivo, realizado a partir de dados secundários de questionário auto-aplicável composto por três questões objetivas e três subjetivas, entregue aos residentes ao final de cada curso.

3 | RESULTADOS

Participaram 469, 500 e 662 residentes respectivamente ao longo dos anos de 2014, 2015 e 2016. A iniciativa da ESEM na realização do curso foi avaliada positivamente pela maioria dos inquiridos (99%, em 2014; 92%, em 2015; e 94%, em

2016); no que se refere à metodologia empregada nas atividades, esta foi avaliada como adequada (76% em 2014; 70% em 2015; 59% em 2016), porém desestimulante (9% em 2014; 20% em 2015; 22% em 2016). A relação dos organizadores e expositores com o público foi majoritariamente apontada como boa ou excelente durante todo o período avaliado (92% em 2014; 88% em 2015; 83% em 2016).

4 | DISCUSSÃO

Considerando a residência médica como espaço (BERSETH & DURAND, 1990) idealmente dinâmico, protegido, acolhedor e estimulador na geração de conhecimentos, habilidades e atitudes, evidenciam-se como prioritária a compreensão e importância do ensino da Ética Médica e Bioética no sentido de enfatizar as mudanças pelas quais os residentes passam nesse período de formação. Partindo de um campo carente de reflexividade crítica, que dialogue com as necessidades sociais, como é o da educação profissional, é preciso compreender o modelo de formação médica numa perspectiva histórica que evidencia sobremaneira as influências de atores conservadores e progressistas, disputando o centro da atuação médica entre a supervalorização da tecnologia dura (MERHY, 2007) e frieza na relação médico-paciente de um lado e, de outro, uma compreensão integral do ser humano, que prioriza a comunicação e a relação como competências fundamentais (LAMPERT, 2002). Aliado a esse contexto, o ensino da ética e da bioética poderia contribuir no desenvolvimento de uma razão baseada no diálogo, direcionada para a resolução de conflitos e pautada em uma personalidade democrática (LIND, 2007).

Considerando ser um tema pouco estudado, este trabalho oferta dados originais sobre a percepção dos residentes sobre a temática de ética e bioética, e desta forma, subsidiará novos estudos que contribuam para fundamentar melhor o ensino médico em sua vertente humana necessária à prática profissional.

Os residentes apontam a importância do emprego de metodologias ativas, fator preponderante, para estimular o diálogo com as necessidades de aprendizado (MARKAKIS et al, 2000), relacionando a teoria e a prática. Esse cenário dialoga com reflexões de Pierucci (2011), que descreve a importância das mudanças nos métodos de ensino, da criação de grupos de trabalho interdisciplinar e, não obstante, da transferência do lugar central de ensino do hospital para a unidade básica de saúde como mecanismos para a transformação de indicadores do ensino médico.

5 | CONCLUSÕES

Reflexões sobre o emprego de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem são necessárias para garantir a participação e adesão de residentes

em cursos relacionados às temáticas em questão.

REFERÊNCIAS

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-46, 2005.

APEL, K. O. La situación del hombre como problema ético. In: **Razón, Ética y Política**. Barcelona: Anthopos, 1989.

BERSETH, C. L.; DURAND, R. Evaluating the effect of a human values seminar series on ethical attitudes toward resuscitation among pediatric residents. **Mayo Clinic Procedures**, v. 65, p. 337-43, 1990.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM N° 004/2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n° 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de novembro de 2001, seção 1, p. 38.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n° 03, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 de junho de 2014, seção 1, p. 8-11.

BRUNER, J. Culture and human development: a new look. **Human Development**, v. 33, p. 344-355, 1990.

COSTA, CRBSF. **A formação da atitude interdisciplinar dos professores do Instituto de Ciências e Letras e Faculdade de Educação da Universidade do Amazonas**. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

FERNANDES, C.R et al. Currículo baseado em competências na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 129-136, 2012.

JONAS, H. **El Principio de Responsabilidad**. Barcelona: Herder, 1995.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abem, 2002.

LIND G. Una teoría integradora de la moral. In: Lind G. **La Moral Puede Enseñarse**. Mexico: Trillas, 2007.

MARKAKIS, K. M et al. The path to professionalism: cultivating humanistic values and attitudes in residency training. **Academic Medicine**, v. 75, p. 141-50.

MERHY, E. E. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

PIERUCCI, L. A. P. Reformas curriculares no ensino superior: proposta de análise das origens do programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED). **Espaço do Currículo**, v. 3, n. 2, pp.609-625, 2011.

ZAIDHAFT, S. et al. O “ensino” da bioética na residência médica: a propósito de uma experiência vivenciada no hospital universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Perspectivas Ciência e Tecnologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 22-30, 2009.

PREVALÊNCIA DE AVC EM HIPERTENSOS DO HIPERDIA EM GOIÁS (2010 - 2013)

Taynara Carrijo Moreira

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

Thiago Melanias Araujo de Oliveira

Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida
de Goiânia, Faculdade de Medicina FAMED
Aparecida de Goiânia – Goiás

Geovana Louise Franco

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

Nathália Marques Santos

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

Pedro Henrique de Oliveira Alcantara Paniago

Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida
de Goiânia, Faculdade de Medicina FAMED
Aparecida de Goiânia – Goiás

Adriana Vieira Macedo Brugnoli

Universidade de Rio Verde, Faculdade de
Medicina de Rio Verde – FAMERV
Rio Verde – Goiás

RESUMO: Este estudo analisa os casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) relacionados aos pacientes hipertensos do programa HIPERDIA, promovido pelo Sistema Único de

Saúde (SUS), no estado de Goiás entre os anos 2010 a 2013. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e epidemiológica realizada em relatórios do DataSUS, em que foram descritos 3.436 episódios de AVC e foi observado que os casos aumentaram de acordo com o avanço das faixas etárias analisadas, com pico de ocorrência entre 60-64 anos, seguindo tendência de queda a partir dessa idade. A hipertensão arterial é um importante fator de risco na ocorrência dos AVC e o controle de seus fatores mutáveis (redução de peso corporal, redução da ingestão de sódio e álcool e prática de exercícios físicos) mostra-se relevante na prevenção primária dessas complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão, Acidente Vascular Cerebral, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT: This study analyzes the cases of cerebrovascular accident (CVA) related to hypertensive patients of the HIPERDIA program, promoted by the Unified Health System (SUS), in the state of Goiás between 2010 and 2013. It is a quantitative, descriptive and epidemiological research conducted in DataSUS reports, in which 3,436 episodes of stroke were described and it was observed that the cases increased according to the progress of the analyzed age groups, with a peak of occurrence between 60-64 years, following a downward trend from this

age. Hypertension is an important risk factor for stroke and the control of its mutable factors (reduction of body weight, reduction of sodium and alcohol ingestion and physical exercise) is relevant in the primary prevention of these complications.

KEYWORDS: Hypertension, Stroke, Unified Health System

1 | INTRODUÇÃO

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) consistem no aparecimento súbito de sintomas e sinais causados por perda da função cerebral focal ou global, que duram mais do que 24 horas, e pode levar o paciente a morbidades, inclusive à morte (NETO; TAKAYANGUI, 2013). Esses eventos estão entre as principais causas de morte e incapacitação física no mundo e podem ter origem isquêmica ou hemorrágica. A hipertensão e o aumento da idade são os principais fatores de risco relacionados ao AVC hemorrágico (AVCH), que representa aproximadamente 10% dessas ocorrências (OLIVEIRA; ANDRADE, 2001). O HIPERDIA consiste em um cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) e permite o conhecimento sobre a epidemiologia dessas doenças (BRASIL, 2013). Este estudo tem o objetivo de avaliar a prevalência de casos de AVC em hipertensos, cadastrados no HIPERDIA em Goiás, entre os anos de 2010 a 2013.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e epidemiológica que proporciona uma análise de dados que foram obtidos através de buscas em relatórios do DataSUS. Buscou-se por casos notificados de AVC em Goiás, de acordo com a faixa etária, entre os anos de 2010 a 2013. Foi realizada uma análise descritiva com cruzamento de dados utilizando o programa Microsoft Office Excel, versão 2016®. Foi realizada, também, uma revisão na literatura sobre dados e informações pertinentes ao tema nas bases de dados das plataformas PubMed e Scielo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obedecendo aos critérios, foram descritos 3.436 casos de AVC registrados entre os 52.240 hipertensos cadastrados no HIPERDIA em Goiás, no período de 2010 a 2013. Foi observado que a ocorrência desses eventos cerebrovasculares aumentou de acordo com o avanço das faixas etárias estudadas. Em análise, os casos aumentaram de forma constante até a faixa etária de 60-64 anos, que representa o pico desses incidentes, com 489 AVC registrados. A partir de então, essas ocorrências

apresentaram tendência de quedas com oscilações, sendo 381 registros para a faixa etária de 70-74 anos, 327 registros para 75-79 anos e 338 casos entre os pacientes acima de 80 anos. Esses dados estão de acordo com o fato de que a hipertensão arterial mantém associação independente com eventos como morte súbita, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, doença renal crônica e acidente vascular encefálico, aumentando, assim, a morbimortalidade das pessoas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). O controle dos fatores de risco mutáveis da hipertensão como redução do peso corporal, diminuição da ingestão de sódio e álcool e prática de exercícios físicos são capazes de reduzir as chances de complicações como o AVC (SBC, 2016).

4 | CONCLUSÃO

A hipertensão arterial é uma doença de grande prevalência e de grandes impactos na qualidade de vida dos portadores, o que justifica a existência de estratégias como o HIPERDIA que visam a acompanhar, além de pacientes diabéticos, os pacientes hipertensos que são atendidos pelo SUS. A análise epidemiológica dos casos de AVC relacionados à hipertensão enfatiza a importância da prevenção primária, principalmente acerca do controle dos fatores de risco, para evitar as complicações que a hipertensão pode causar, inclusive aquelas que resultam em eventos cerebrovasculares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: 2013.

NETO, J. P. B.; TAKAYANGUI, O. M. **Tratado de neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 1º edição. São Paulo: Elsevier, 2013

OLIVEIRA, R. M. C.; ANDRADE, L. A. F.; **Acidente vascular cerebral**. Rev Bras Hipertens. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 280 – 290, jul/set. 2001

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. I-III, set. 2016.

ANÁLISE DE COMPLETUDE NAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS), NO MUNICÍPIO DE PETROLINA – PE, DE 2012 A 2016

Herydiane Rodrigues Correia Wanderley

Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Petrolina – PE.

Larissa de Sá carvalho

Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Petrolina – PE.

Lorena Maria Souza Rosas

Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Petrolina – PE.

Maiara Leite Barberino

Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Petrolina – PE.

Marcelo Domingues de Faria

Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Petrolina – PE.

Gleise Gomes Soares

Universidade de Pernambuco – UPE, Petrolina – PE.

RESUMO: Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) a AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) continua sendo um dos maiores desafios da saúde mundial. Até o ano de 2012, 35 milhões de pessoas já havia morrido em consequência desta doença. O presente trabalho teve como objetivo analisar a completude dos dados das fichas de notificação de adultos com AIDS registradas no SINAN, no período entre 2012 a 2016, no município de Petrolina (PE). Trata-se de um

estudo avaliativo, descritivo, retrospectivo, com dados secundários das fichas de notificação dos casos de AIDS em adultos, residentes no município de Petrolina-PE, no período de 2012 a 2016. A coleta dos dados foi feita na base municipal do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2017, por pesquisadores vinculados ao Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). As variáveis foram os campos essenciais e de preenchimento obrigatório, das fichas de notificação de AIDS. No período de 2012 a 2016, foram confirmados 420 casos de AIDS em residentes do município de Petrolina. Foram analisadas 25 variáveis. A maior parte das variáveis estudadas se enquadraram na Categoria 4, com 75,1% a 100% de completude. O estudo mostrou falhas importantes no preenchimento das principais variáveis da Ficha de Notificação de AIDS, evidenciando sua insuficiência em atuar como um Sistema de Informação em Saúde. Faz-se necessário, portanto, o incentivo à educação permanente dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção e atuação. **PALAVRAS-CHAVE:** AIDS, Notificação Compulsória, Sistemas de Informação.

ABSTRACT: According to the United Nations (UN) AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) continues to be one of the greatest

challenges of global health. By the year 2012, 35 million people had already died as a result of this disease. The present study had the objective of analyzing the completeness of the data of the records of notification of adults with AIDS registered in SINAN, in the period between 2012 to 2016, in the city of Petrolina (PE). This is an evaluative, descriptive, retrospective study with secondary data from the records of AIDS cases in adults residing in the municipality of Petrolina-PE, from 2012 to 2016. The data collection was done at the municipal base (SINAN), in 2017, by researchers linked to the Health Sciences and Biological Sciences Postgraduate Program of the Federal University of the São Francisco Valley (UNIVASF). The variables were the essential and mandatory fields of the AIDS notification forms. In the period from 2012 to 2016, 420 AIDS cases were confirmed in residents of the municipality of Petrolina. We analyzed 25 variables. Most of the variables studied fell within Category 4, with 75.1% to 100% of completeness. The study showed important flaws in filling the main variables of the AIDS Notification Form, evidencing its insufficiency in acting as an Information System in Health. It is therefore necessary to encourage the permanent education of health professionals at all levels of attention and performance.

KEYWORDS: AIDS, Compulsory Notification, Information Systems.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) a AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), após mais de 30 anos desde o relato do seu primeiro caso confirmado em 1977, continua sendo um dos maiores desafios da saúde mundial. Até o ano de 2012, 35 milhões de pessoas já havia morrido em consequência desta doença. Até 2011, 34 milhões de pessoas viviam com o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), sendo adquirida por mais 2,5 milhões de pessoas neste mesmo ano, destas, 890 mil jovens (ONU, 2016).

No Brasil, desde o surgimento dos primeiros casos em meados da década de 1980 até metade de 2015, 798.366 pessoas foram diagnosticadas com Aids, HIV na sua forma clínica (BRASIL, 2015a). Nos últimos anos surgiram cerca de 38 mil novos casos a cada ano, representando 20 casos por 100 mil habitantes. Entre os anos de 2002 e 2011, a região Nordeste, acompanhada da região Norte, se mantiveram com tendência de recrudescimento (BRASIL, 2012b).

De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, publicado pelo Ministério da Saúde em 2015, o estado de Pernambuco ocupa a sétima posição entre todos os estados da federação no número de casos de AIDS notificados entre os anos de 1980 e 2015. Foram 28.152 casos, antecedido apenas dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Santa Catarina e Paraná, com 250.596, 109.680, 80.709, 55.475, 40.307 e 38.882, respectivamente, sendo considerado o maior índice do Nordeste (BRASIL, 2015b).

O Sistema De Informação de Agravos de Notificação (SINAN) estabelece a Ficha

Individual de Notificação (FIN) como sendo instrumento necessário de preenchimento quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Caso o banco de dados do SINAN não seja alimentado por dois meses consecutivos serão suspensos os recursos tanto da Atenção Primária quanto da Vigilância em Saúde. Os *Campos de preenchimento obrigatório* da FIN são aqueles cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no SINAN e os *Campos essenciais* são aqueles que, apesar de não serem obrigatórios, registram dados necessários à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional (BRASIL, 2016).

Para que as medidas de intervenção e ações profiláticas sejam eficazes e intervenham precocemente visando a redução da transmissão da AIDS é necessário que se conheça o perfil dos indivíduos infectados. No entanto, isso só é possível a partir da qualidade na notificação e obtenção dos dados. Conhecendo as categorias de exposição e realizando o acompanhamento da disseminação da doença, a implementação de ações passam a ser mais efetivas (CERQUEIRA; MIRANDA; MARCIEL, 2010).

O presente trabalho teve como objetivo analisar a completude dos dados das fichas de notificação de adultos com AIDS registradas no SINAN, no período entre 2011 a 2016, no município de Petrolina (PE).

2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo avaliativo, descritivo, retrospectivo, com dados secundários das fichas de notificação dos casos de AIDS em adultos, residentes no município de Petrolina-PE, no período de 2012 a 2016.

O município de Petrolina está situado no extremo oeste do estado de Pernambuco, possui população estimada em 337.683 (IBGE, 2016) e é sede tanto da VIII Regional de Saúde, quanto da IV Macrorregião de Saúde do Estado (Figura 1).

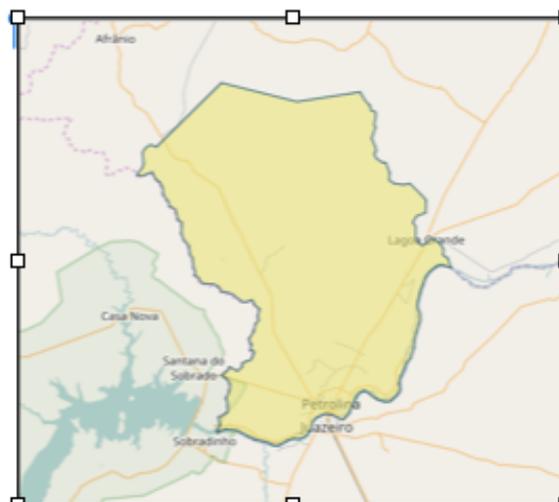


Figura 1 – Mapa do município de Petrolina, Pernambuco.

Fonte: IBGE, 2016.

A coleta dos dados foi feita na base municipal do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2017, por pesquisadores vinculados ao Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

Foram incluídas no estudo, todas as fichas de pacientes que desenvolveram a AIDS e que foram notificados no SINAN no período analisado.

As variáveis de interesse para análise de completude foram os campos essenciais e de preenchimento obrigatório, das fichas de notificação de AIDS, obtidos do documento *Aids (pacientes maiores que 13 anos) Instrumento para preenchimento da ficha de investigação - Sinan*” (SINAN NET, 2006). Desta forma, foram analisadas as seguintes variáveis: Unidade Federada (UF), unidade de saúde, data do diagnóstico, nome completo do paciente, data de nascimento do paciente, idade do paciente, sexo do paciente, idade gestacional da paciente, UF de residência do paciente, município de residência, país de residência, transmissão vertical, sexual e sanguínea, data em que ocorreu a transfusão/acidente, UF do município onde ocorreu a transfusão/acidente, município onde ocorreu a transfusão/acidente, instituição onde ocorreu a transfusão/acidente, conclusão da investigação da transfusão/acidente, evidência laboratorial de infecção pelo HIV, critério Rio de Janeiro/Caracas, critério CDC adaptado, critério óbito, caso de Aids evoluir para óbito e data de óbito.

A análise da completude baseou-se na classificação do SINAN para avaliação qualitativa, utilizada por Lírio et al. (2015), estabelecendo a divisão exposta no Quadro 1. Os campos *ignorados* e os deixados em branco foram considerados dados incompletos.

| Categoria | Descrição |
|------------------|----------------------------|
| 1 | 0 a 25% de completude |
| 2 | 25,1% a 50% de completude |
| 3 | 50,1% a 75% de completude |
| 4 | 75,1% a 100% de completude |

Quadro 1 – Critérios utilizados para classificação das variáveis estudadas.

Todas as variáveis estudadas foram transcritas no programa Microsoft Excel® para processamento e obtenção dos resultados.

Os pesquisadores envolvidos assinaram um termo de sigilo e confidencialidade, no qual se comprometeram a preservar as informações contidas nas fichas analisadas. Os dados de identificação dos sujeitos não fizeram parte do protocolo de coleta de dados, o que garantiu o anonimato dos indivíduos notificados. Por tratar-se de um estudo com dados exclusivamente secundários, não foi preciso submetê-lo a um Comitê de Ética em Pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2012 a 2016, foram confirmados 420 casos de AIDS em residentes do município de Petrolina. Foram analisadas 25 variáveis e, dentre elas, 24 (96%) se enquadraram na Categoria 4 e apenas a variável *Critério Rio de Janeiro/Caracas* foi classificada como Categoria 3, com 61,66% das fichas com esse campo preenchido.

Na Tabela 1, estão descritas as variáveis obrigatórias referentes à ficha de notificação de AIDS, com seus diferentes graus de completude.

| Variável | Fichas preenchidas | | Categoria de Completude |
|--|--------------------|-----|-------------------------|
| | n | % | |
| UF | 420 | 100 | 4 |
| Unidade de saúde | 420 | 100 | 4 |
| Data do diagnóstico | 420 | 100 | 4 |
| Nome completo do paciente | 420 | 100 | 4 |
| Data de nascimento do paciente | 420 | 100 | 4 |
| Idade do paciente | 420 | 100 | 4 |
| Sexo do paciente | 420 | 100 | 4 |
| Idade gestacional da paciente | 420 | 100 | 4 |
| UF de residência do paciente | 420 | 100 | 4 |
| Município de residência | 420 | 100 | 4 |
| País de residência | 420 | 100 | 4 |
| Transmissão vertical | 420 | 100 | 4 |
| Transmissão sexual | 420 | 100 | 4 |
| Transmissão sanguínea | 420 | 100 | 4 |
| Data em que ocorreu a transfusão/acidente | 2 | 100 | 4 |
| UF do município onde ocorreu a transfusão/acidente | 2 | 100 | 4 |
| Município onde ocorreu a transfusão/acidente. | 2 | 100 | 4 |
| Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente | 2 | 100 | 4 |
| Conclusão da investigação da transfusão/acidente | 2 | 100 | 4 |
| Evidência laboratorial de infecção pelo HIV | 420 | 100 | 4 |
| Critério Rio de Janeiro/Caracas | 420 | 100 | 3 |
| Critério CDC Adaptado | 420 | 100 | 4 |
| Critério óbito | 420 | 100 | 4 |
| Caso de AIDS evoluir para óbito | 420 | 100 | 4 |
| Data de óbito | 17 | 100 | 4 |

Tabela 1 - Completude das variáveis obrigatórias na notificação da AIDS na base de dados do SINAN, no período de 2012 a 2016, Petrolina, PE.

Fonte: SINAN/SMS Petrolina.

UF: Unidade Federativa

O Critério Rio de Janeiro/Caracas baseia-se na existência de dois testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV mais o somatório de, pelo menos, 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças, utilizado como critério diagnóstico da AIDS (SCHUELTER-TREVISOL, 2013). A partir do preenchimento dessa variável é possível identificar os sintomas que mais se manifestam em indivíduos com a doença. No estudo realizado por Schuelter-Trevisol (2013), observou-se o predomínio da caquexia, febre e astenia, os quais acometeram 11,6%, 8,2% e 7,4% da população estudada.

Apesar de ter se enquadrado na Categoria 4, a variável Critério CDC adaptado deixou de ser preenchida ou marcada como ignorado em 52 fichas de notificação (12,4%), representando a segunda variável com pior proporção de completude. O Critério CDC adaptado tem o mesmo objetivo do Critério Rio de Janeiro/Caracas, no entanto baseia-se na necessidade da existência de dois testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV mais evidência de imunodeficiência com o diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de AIDS e/ou contagem de linfócitos T-CD4 superior a 350 células/mm³ (BRASIL, 2003).

A maior parte das variáveis estudadas se enquadraram na Categoria 4, com 75,1% a 100% de completude. Esses resultados corroboram com o estudo de Cerqueira et al. (2008), quando avaliou as variáveis de preenchimento obrigatório e obteve completude de 100%, no Estado do Espírito Santo.

No estudo realizado por Schuelter-Trevisol (2013) a principal limitação evidenciada pelos autores foi a falta de preenchimento de em diversos campos dos prontuários médicos e fichas de notificação compulsória, dificultando um banco de dados completo para a análise dos dados. Fato que impede o desenvolvimento de estudos epidemiológicos e a atuação gestão no campo da saúde, em seus diferentes níveis, para que possam contribuir com a determinação de medidas preventivas e com a melhoria da qualidade de assistência à referida população.

Recomenda-se à atenção básica do município inserir a prática do aconselhamento para a população ameaçada, promovendo a ampliação da percepção sobre os fatores de risco e servir-se de práticas mais seguras na prática sexual. Tal intervenção é importante posto que irá englobar o suporte emocional, educativo e julgamento dos riscos (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017). Quanto à completude da ficha de notificação da AIDS, o município de Petrolina é eficiente e o faz adequadamente.

Na Tabela 2, estão descritas as variáveis essenciais referentes à ficha de notificação de AIDS, com seus diferentes graus de completude.

| Variável | Fichas preenchidas | | Categoria de Completude |
|--|--------------------|-------|-------------------------|
| | n | % | |
| Cor ou raça declarada pela pessoa | 419 | 99,76 | 4 |
| Escolaridade | 407 | 96,9 | 4 |
| Nome completo da mãe | 419 | 99,76 | 4 |
| Distrito de residência | 0 | 0 | 1 |
| Nome do bairro de residência | 335 | 79,76 | 4 |
| Nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente | 417 | 99,28 | 4 |
| Número do logradouro da residência | 390 | 92,85 | 4 |
| Complemento do logradouro | 29 | 6,9 | 1 |
| Referência para localização da residência | 2 | 0,47 | 1 |
| Código de endereçamento postal do logradouro | 0 | 0 | 1 |
| Telefone do paciente | 7 | 1,66 | 1 |
| Zona de residência | 408 | 97,14 | 4 |

Tabela 2 - Completude das variáveis essenciais na notificação da AIDS na base de dados do SINAN, no período de 2012 a 2016, Petrolina – PE.

Cor ou raça declarada pela pessoa (99,76%), nome completo da mãe (99,76%), nome completo do logradouro da residência (99,28%) e escolaridade (96,9%) foram as variáveis com maior número de completude, permitindo com isso identificar a raça e o nível de escolaridade mais incidentes nas pessoas acometidas, assim como a perfeita identificação da mãe do paciente, evitando assim erros com possíveis homônimos.

Das variáveis associadas ao endereço das pacientes as que tiveram menor completude no preenchimento foram: a referência para localização da residência (0,47%), complemento do logradouro (6,9%), nome do bairro de residência (79,76%) e o número do logradouro (92,85%). Vale salientar que muitas das residências brasileiras localizadas em zona rural não possuem essas variáveis. Em caso de surtos de doenças, a precisa localização da moradia facilita o isolamento e as ações de contenção na disseminação desses casos.

O CEP (Código de endereçamento postal do logradouro) e o distrito da residência das fichas notificadas apresentaram ausência de preenchimento em todas elas, sendo um dado de considerável importância, pois, de posse deles muitos endereços podem ser devidamente localizados, principalmente nas casas de zona rural.

Um dado que nos chama bastante atenção é o fato da variável telefone da paciente está presente em apenas 1,66% dos casos. O telefone é um meio tecnológico, atual e de localização rápida, facilitando o contato e rastreamento dos mesmos. Todas as formas de localização e de contato com os paciente portadores das doenças notificadas precisam ser registradas de forma verdadeira e precisa, pois a busca ativa dos faltosos faz parte de todo acompanhamento.

4 | CONCLUSÕES

O estudo mostrou que há falhas importantes no preenchimento das principais variáveis da Ficha de Notificação Individual de AIDS para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, evidenciando sua insuficiência em atuar como um Sistema de Informação em Saúde.

Esse cenário pode ser atribuído ao despreparo dos profissionais de saúde quanto à importância do preenchimento correto da ficha, além de uma possível falha na gestão dos serviços e de saúde local e de vigilância epidemiológica, que pode refletir problemas desde a assistência ao paciente até a digitação da ficha.

É necessário, portanto, o incentivo à educação permanente dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção e atuação, ou a criação de um sistema de informação universal, que interligue todas as informações de saúde em único ambiente ou base de dados, a fim de dar celeridade ao processo de alimentação desses sistemas. Só assim teremos Sistemas mais completos, que reflitam a realidade do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, **Aids e Hepatites Virais**. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, **HIV/Aids**. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília : Ministério da Saúde, p. 13-27, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Portal da Saúde, 2016. Funcionamento. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/funcionamentos>>. Acesso em: 26 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sinan – **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Portal da Saúde, 2016. SINAN. AIDS Adulto. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AidsAdulto/Aids_adulto_v5_instr.pdf>. Acesso em: 26 de abril de 2017.

CERQUEIRA, A. C.; MIRANDA, A. E. B.; MARCIEL, E. L. N. Completude do branco de dados de gestante HIV positivo e de aids em menores de treze anos do sistema de informação de agravos e notificações: Vitória, 2000 a 2006. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 1, p. 191-194, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Cidades – Síntese do Município**. 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2611101>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

LÍRIO, M. et al. Completeness of tuberculosis reporting forms for disease control in individuals with HIV/AIDS in priority cities of Bahia state. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1143-1148, 2015.

ONU – Organização das Nações Unidas. **A ONU e a resposta à AIDS no Brasil**. Brasília-DF: UNAIDS do Brasil 2016. Disponível em: <<http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

SCHUELTER-TREVISOL, F.; PUCCI, P.; JUSTINO, A. Z.; PUCCI, N.; SILVA, A. C. B. Perfil epidemiológico dos pacientes com HUV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 87-94, 2013.

SINAN NET. **Aids (pacientes maiores que 13 anos). Instrumento para preenchimento. Ficha de investigação SINAN**. 2006. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dis/arquivos_pdf/instrucional%20AIDSADULTO.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2017.

TAQUETTE, S.; RODRIGUES, A.; BORTOLOTTI, L. **Percepção de pacientes com AIDS diagnosticada na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV realizado**. Acesso em: 30 abr. 2017.

COMPARAÇÃO DE ATIPIAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NO RIO GRANDE DO SUL, 2007 A 2014

Maria Eduarda Teló

Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul

Juliana Schreiner

Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul

Isabela Nizarala Antonello

Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul

Camila Urach dos Santos

Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul

Maíra Maccari Strassburger

Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul

Ana Leonora Cobalchini de Bortoli

Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul

Lia Gonçalves Possuelo

Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul

verificar a prevalência das diferentes atipias de células escamosas no período de jun/2007 a dez/2010 em comparação ao de jan/2011 a jun/2014, de acordo com faixas etárias. O estudo foi delineado como ecológico observacional, quantitativo, utilizando uma análise das tabelas do banco de dados DataSus no período de jun/2007 a jun/2014, entre mulheres de 20 a 59 anos, no estado do Rio Grande do Sul. Verificou-se que nos dois períodos analisados, não houve mudança expressiva em relação às faixas etárias em que predominaram as lesões de baixo e alto grau. As LIEBG prevaleceram entre mulheres da faixa etária de 20 a 59 anos em ambos os períodos. A maior frequência de LIEAG foi encontrada na faixa etária entre 55 e 59 anos (39,72%), apesar de LIEBG ainda ser a predominante nessa faixa etária.

PALAVRAS-CHAVE: “atipias de células escamosas”; “citopatológico”; “lesões de baixo grau”; “prevalência”, “rastreamento”.

RESUMO: O exame citopatológico (CP) constitui, atualmente, o principal método de rastreamento de câncer de colo uterino. A visualização de lesões intraepiteliais escamosas permite o manejo adequado das pacientes evitando, dessa forma, a evolução para uma neoplasia. O presente trabalho objetivou

1 | INTRODUÇÃO

O exame citopatológico (CP) constitui, atualmente, o principal método de rastreamento de câncer de colo uterino. Tal neoplasia configura-se como um problema de saúde pública mundial, representando, no Brasil, uma importante causa de morte entre as mulheres.

Sabe-se que em sua história natural, o câncer do colo uterino é precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva, o que reflete a importância do rastreamento da doença objetivando a redução da mortalidade por este tipo de câncer. Assim, a visualização de lesões intra-epiteliais escamosas permite o manejo adequado das pacientes de acordo com seu grau, evitando, dessa forma, a evolução para uma neoplasia de colo do útero.

2 | OBJETIVO

Verificar a prevalência das diferentes atipias de células escamosas no período de junho de 2007 a dezembro de 2010 em comparação ao de janeiro de 2011 a junho de 2014, de acordo com as faixas etárias das pacientes.

3 | METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho caracteriza-se como um estudo ecológico observacional, quantitativo, com base na análise das tabelas do banco de dados DataSus no período de junho de 2007 a junho de 2014, entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, no estado do Rio Grande do Sul.

4 | RESULTADOS

Em ambos os períodos analisados, a lesão intra-epitelial de baixo grau (LIEBG) foi a mais representativa: 73,18% no período de junho de 2007 a dezembro de 2010 (período 1) e 71,7% no período de janeiro de 2011 a junho de 2014 (período 2). No período 1, a faixa etária de 25 a 29 anos foi a que apresentou maior percentual de atipias celulares (20,54% do total), destas 77,23% foram classificadas como LIEBG. O percentual de lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG) foi maior na faixa etária de 55 a 59 anos (33,09%), apesar de, nessa faixa etária, ainda predominar a LIEBG (51,23%). No período 2, a faixa etária com maior número de casos de atipias foi a de 30 a 34 anos (18,2% do total), sendo 70,6% LIEBG. A maior frequência de LIEAG permaneceu entre 55 e 59 anos (39,72%), porém LIEBG ainda foi a predominante nessa faixa etária.

| Faixa Etária | Lesão de baixo grau (HPV e NIC I) | % | Lesão de alto grau (NIC II e NIC III) | % | Total de atipias | % |
|--------------------|-----------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|------------------|-------|
| Entre 20 a 24 anos | 2.020 | 88,75 | 253 | 11,12 | 2.276 | 18,45 |
| Entre 25 a 29 anos | 1.957 | 77,23 | 533 | 21,03 | 2.534 | 20,54 |

| | | | | | | |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|-----------|---------------|-------|
| Entre 30 a 34 anos | 1.489 | 71,11 | 542 | 25,88 | 2.094 | 16,97 |
| Entre 35 a 39 anos | 1.177 | 67,80 | 483 | 27,82 | 1.736 | 14,07 |
| Entre 40 a 44 anos | 1.031 | 68,73 | 405 | 27,00 | 1.500 | 12,16 |
| Entre 45 a 49 anos | 754 | 65,62 | 344 | 29,94 | 1.149 | 9,31 |
| Entre 50 a 54 anos | 391 | 61,09 | 193 | 30,16 | 640 | 5,19 |
| Entre 55 a 59 anos | 209 | 51,23 | 135 | 33,09 | 408 | 3,31 |
| TOTAL | 9.028 | 73,18 | 2.888 | 23 | 12.337 | |

Tabela 1. Quantidade exames por atipias de células escamosas segundo faixa etária. Período: Jun/2007 – Dez/2010

| Faixa Etária | Lesão de baixo grau(HPV e NIC I) | % | Lesão de alto grau(NIC II e NIC III) | % | Total de atipias | % |
|--------------------|----------------------------------|-------------|--------------------------------------|--------------|------------------|------|
| Entre 20 a 24 anos | 1.824 | 90,0 | 194 | 9,58 | 2.026 | 16,9 |
| Entre 25 a 29 anos | 1.644 | 77,1 | 459 | 21,54 | 2.131 | 17,7 |
| Entre 30 a 34 anos | 1.543 | 70,6 | 586 | 26,82 | 2.185 | 18,2 |
| Entre 35 a 39 anos | 1.142 | 67,3 | 499 | 29,40 | 1.697 | 14,1 |
| Entre 40 a 44 anos | 985 | 65,8 | 461 | 30,77 | 1.498 | 12,5 |
| Entre 45 a 49 anos | 795 | 64,3 | 388 | 31,39 | 1.236 | 10,3 |
| Entre 50 a 54 anos | 428 | 57,8 | 263 | 35,49 | 741 | 6,2 |
| Entre 55 a 59 anos | 252 | 50,8 | 197 | 39,72 | 496 | 4,1 |
| TOTAL | 8.613 | 71,7 | 3.047 | 25,37 | 12.010 | |

Tabela 2. Quantidade exames por atipias de células escamosas segundo faixa etária. Período: Jan/2011 – Jun/2014

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dois períodos analisados, não houve mudança expressiva em relação às faixas etárias em que predominaram as lesões de baixo (LIEBG) e alto grau (LIEAG). Vale ressaltar que as LIEBG prevaleceram entre mulheres da faixa etária de 20 a 59 anos em ambos os períodos verificados. Dentre os desafios encontrados no rastreamento do câncer de colo uterino está podemos citar a técnica inadequada na coleta por parte dos profissionais da saúde associada à procura, ainda incipiente, de mulheres em faixas etárias mais suscetíveis a essa neoplasia para a realização deste

exame. A importância da realização do CP no rastreamento e manejo das pacientes que procuram pelos serviços de saúde se relaciona diretamente a uma questão de saúde pública e de redução da mortalidade, por meio desta ferramenta acessível e também disponível nas redes básicas de saúde, o exame citopatológico de colo uterino.

REFERÊNCIAS

DATASUS, Portal da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?idb2012/f06.def>>. Acesso em: 11 de setembro de 2016.

GASPARIN, V. A. et al. **Transformação em exames citopatológicos do colo uterino**. v. 21, n. 2, p. 1–9, 2016.

ORIGINAL, A. **Mulheres com atipias, lesões precursoras e invasivas do colo do útero : condutas segundo as recomendações do Ministério da Saúde**, 2012.

UNIVERSITÁRIA, C.; VAZ, Z. **Por que a prevalência de resultados citopatológicos do rastreamento do câncer do colo do útero pode variar significativamente entre duas regiões do Brasil ?**, 2014.

CÂNCER DE OVÁRIO E POSSÍVEIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Camila Clementino Cardoso

Bacharel em Farmácia pelo Centro
Universitário Mauricio de Nassau
Campina Grande – PB

Luiza Akilma De Souza Alves

Bacharel em Farmácia pelo Centro
Universitário Mauricio de Nassau
Campina Grande – PB

Marycleid Santos Costa

Bacharel em Farmácia pelo Centro
Universitário Mauricio de Nassau
Campina Grande – PB

Mayara Alcântara De Oliveira

Bacharel em Farmácia pelo Centro
Universitário Mauricio de Nassau
Campina Grande – PB

Giovanni Tavares de Sousa

Discente do Curso de Farmácia pelo Centro
Universitário Mauricio de Nassau
Campina Grande – PB

RESUMO: O câncer de ovário é uma neoplasia ginecológica altamente letal, apesar de a sua prevalência ser menor quando comparado a outros cânceres. É considerada uma doença silenciosa possibilitando um diagnóstico sempre tardio. Este estudo consiste de uma revisão bibliográfica da literatura, a partir da busca sobre o tema em questão, em fontes secundárias em livros de oncologia e ginecologia, artigos

científicos, totalizando 12 em dados eletrônicos dentre os quais, SciELO, como descritores de busca utilizou-se o termo: câncer de ovário e diagnóstico precoce do câncer de ovário. Por ser um câncer com desenvolvimento silencioso, torna-se importante discorrer sobre a patogênese desse carcinoma, que se não detectado precocemente produz elevada mortalidade, apesar dos avanços no manejo da doença avançada. O carcinoma epitelial de ovário é em 6º lugar entre as neoplasias malignas nas mulheres e em 3º lugar entre os tumores ginecológicos. Portanto, conclui-se que a inexistência de métodos para um diagnóstico precoce, resta atentar-se aos fatores de risco considerando o fator epidemiológico para um melhor tratamento da doença. Sendo necessária a busca imperativa de pesquisas incansáveis com o alvo de reverter esse quadro preocupante.

PALAVRAS-CHAVE: Tumor, neoplasia, diagnóstico.

ABSTRACT: Ovarian cancer is a highly lethal gynecological neoplasia, although its prevalence is lower when compared to other cancers. It is considered to be a silent disease, allowing a diagnosis that is always late. This study consists of a bibliographical review of the literature, from the search on the subject in question, in secondary sources in oncology and gynecology

books, scientific articles, totaling 12 in electronic data among which, SciELO, as search descriptors, if the term: ovarian cancer and early diagnosis of ovarian cancer. Because it is a cancer with a silent development, it is important to discuss the pathogenesis of this carcinoma, which, if not detected early, produces a high mortality, despite advances in the management of advanced disease. Ovarian epithelial carcinoma is in 6th place among malignant neoplasms in women and in 3rd place among gynecological tumors. Therefore, it is concluded that the lack of methods for an early diagnosis remains to be considered risk factors considering the epidemiological factor for a better treatment of the disease. The imperative search for relentless research is necessary with the aim of reversing this worrisome picture.

KEYWORDS: Tumor, neoplasia, diagnosis.

INTRODUÇÃO

O câncer do ovário tem se tornado a causa de morte de maneira frequente entre as mulheres nos países desenvolvidos e também no Brasil. Cerca de 75% das mulheres procuram tratamento quando já apresentam disseminação para o abdome e a faixa etária mais acometida é entre a quinta e sexta década de vida.

O Instituto Nacional de Câncer-INCA (2014) relata que o câncer de ovário é o mais difícil de ser diagnosticado e o de menor chance de cura, pois, o ovário é composto por vários tipos de células, todas podendo sofrer malignização, transformando-se em um tumor.

Nessas condições, tumores ditos “borderline” ou de baixo potencial maligno, assim como no estágio I, é possível realizar cirurgias não radicais em mulheres jovens, proporcionando-lhes a possibilidade de engravidar mais tarde. (SOUEN, 2011).

OBJETIVO

Enfatizar medidas significativas de prevenção para o câncer de ovário e agregar possíveis prodiagnósticos.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de revisão bibliográfica, a partir da busca sobre o tema em questão, extraído de fontes secundárias de livros de citologia, artigos científicos de 2004 a 2016. Como descritores de busca utilizou-se o termo: câncer de ovário, tumores, neoplasia, diagnóstico.

RESULTADOS E DISCURSÕES

Conforme as pesquisas realizadas pelo (FACINA,2014), o câncer de ovário é descoberto tarde pelo fato de ser considerada uma patologia assintomática. No entanto, essa neoplasia é acompanhada de sintomas inespecíficos como inchaço, dor pélvica, dificuldade de comer ou sensação de plenitude, necessidade urgente e frequente de micção, sendo confundido com outras doenças.

O diagnóstico do câncer de ovário não tem sua identificação rápida e fácil. No início, os sintomas são inexistentes ou muito vagos e, quando se faz o diagnóstico, a maioria dos casos já não está mais localizada nos ovários, tendo se espalhado pelo abdome. (FACINA, 2014).

Os exames de imagem, como ecografia abdominal ou pélvica, nessas situações identificam lesão expansiva ovariana podendo aumentar a suspeita levando a continuação da avaliação. A laparotomia mediana é o método cirúrgico de escolha para diagnóstico e estadiamento dos carcinomas ovarianos, uma vez que é fundamental para o diagnóstico anatomopatológico, o estadiamento é o primeiro tratamento nos casos em que é possível realizar citorredução *máxima*. (PARENTE, 2009).

Várias categorias de marcadores estão sendo investigadas com intuito de evitar diagnóstico tardiamente, como as sialomucinas epiteliais, proteases com seus inibidores complementares e produtos de clivagem, citocinas, receptores e reagentes de fase aguda, hormônios, fatores promotores e inibidores de crescimento, citoqueratinas, lípedes e lipoproteínas, proteínas oncofetais, autoanticorpos e, mais recentemente, os perfis proteômicos. O cérebro, cabeça, coluna cervical, pescoço, tireoide, pulmão, melanoma, mama, estômago, rim, pâncreas, intestino, ovário, colorretal, colo do útero, bexiga, próstata, testículo têm os principais marcadores utilizados na oncologia (ROCHA, 2011 apud. AMARAL, 2012).

Os tumores de ovário na sua maioria são benignos chamados de adenoma os quais não se disseminam além dos ovários, já os tumores epiteliais malignos são denominados de carcinoma. Cerca de 1% dos cânceres de ovário são tumores do estroma ovariano, sendo 5% deles acometem as mulheres jovens (SOUEN, 2011).

Estudos atuais identificam que os carcinomas provenientes do ovário são originados em outros órgãos envolvendo-o secundariamente. Dados preliminares sugerem que os carcinomas mucinoso e transicional (Brenner) surgem por metaplasia de células epiteliais transitórias localizadas na junção tubo-mesotelial. Kurman et al. Propôs uma classificação dualística dos carcinomas (linhagem epitelial) de ovário, com base em diferenças clínicas, tipo histológico diferente e distinto via de patogênese, mais recentemente apoiados por achados moleculares e genéticos.

A cirurgia ainda é o principal tratamento para a maioria dos cânceres de ovário. Esse procedimento vai depender do quanto à doença foi disseminada e das condições de saúde da paciente. Para as mulheres em idade fértil, com doença em estágio inicial, pode ser possível tratar a doença sem a remoção de ambos os ovários e do útero.

(FACINA, 2014)

Uma abordagem que padroniza a combinação dos compostos de platina como cisplatina, o docetaxel e taxano. Esses tratamentos acarretam vários efeitos colaterais. São geralmente de curto prazo e desaparecem após o término do tratamento. Se ocorrerem efeitos colaterais graves, a quimioterapia pode ser reajustada ou suspensa por um período de tempo. (DE LIMA ARAUJO, 2008).

Na quimioterapia intraperitoneal para o câncer de ovário são utilizados o paclitaxel intravenoso e os quimioterápicos cisplatinos e paclitaxel injetados diretamente na cavidade abdominal. (MANUAL DE CONDUTA EM GINECOLOGIA ONCOLÓGICA, 2010).

CONCLUSÃO

Diante dos fatos estudados neste trabalho, percebe-se o quanto essa doença é agressiva para a população feminina, pois foi ressaltado que a prevalência da doença dificulta um conhecimento da história natural do câncer de ovário. Tornando o diagnóstico sempre tardio, uma vez que a ausência de sintomatologia também dificulta essa detecção.

Para um sucesso na prevenção, precisa-se da assistência de profissionais qualificados, atentos aos fatores de risco, fazendo a intervenção, baseada em evidências, ser cada vez mais necessária pautada primeiramente na paciente e na sua necessidade de cuidados ou mesmo na organização do serviço. Tem-se a necessidade de novos estudos direcionados a essa temática, uma vez que não há estudos suficientes e nem diretrizes do SUS que direcionem os profissionais de saúde a realizarem um diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, José Mendes et al. **Ooforectomia profilática na histerectomia por agravo uterino benigno: evidências atuais**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 55, n. 3, p. 236-237, 2009.

AMARAL, Clarissa de Andrade Gonçalves do. **Características ultrassonográficas de massas pélvicas anexiais e concordância entre o exame transoperatório de congelação e o anatomopatológico convencional**. 2012.

BOJESEN, Stig E. et al. **Multiple independent variants at the TERT locus are associated with telomere length and risks of breast and ovarian cancer**. Nature genetics, v. 45, n. 4, p. 371, 2013.

DE LIMA ARAÚJO, Luiz Henrique et al. **Uso de topotecan no tratamento do tumor epitelial de ovário refratário à platina: experiência do INCA**. Revista brasileira de cancerologia, v. 54, n. 2, p. 131-138, 2008.

FACINA, T. **Estimativa. incidência de câncer no Brasil**. Rev Bras Cancerol, v. 57, n. 4, p. 557, 2011.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia. **Edital do Exame de Suficiência para**

Obtenção do Título Especialista em Ginecologia e Obstetrícia: TEGO-2016. Barra da Tijuca: Amb, 2016. 20 p.

HOSPITAL AC CAMARGO. **Manual de condutas em ginecologia oncológica.** 2010.

JAYSON, Gordon C. et al. **Ovarian cancer.** The Lancet, v. 384, n. 9951, p. 1376-1388, 2014.

LIMA, Renilton Aires et al. **Ooforectomia profilática: indicações atuais.** Femina, v. 37, n. 3, p. 155-158, 2009.

LIMA, Renilton Aires et al. **Abordagem das massas anexiais com suspeita de câncer de ovário.** Femina, v. 38, n. 6, 2010.

PARENTE, Raphael Câmara Medeiros et al. **Quando fazer ooforectomia profilática com base em evidências, não em suposições.** Femina, v. 37, n. 10, 2009.

REIS, Francisco José Candido dos. **Rastreamento e diagnóstico das neoplasias de ovário: papel dos marcadores tumorais.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, n. 4, p. 222-227, 2005.

RIMAN, Tomas; NILSSON, Staffan; PERSSON, Ingemar R. **Review of epidemiological evidence for reproductive and hormonal factors in relation to the risk of epithelial ovarian malignancies.** Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, v. 83, n. 9, p. 783-795, 2004.

RISTOW, Caroline Maria; YAMAMOTO, Célia Toshie; FÁVARO, Mariana. **Fatores de risco e patogênese das neoplasias malignas epiteliais de ovário: revisão de literatura.** Revista brasileira de cancerologia, v. 52, n. 2, p. 185-195, 2006.

SOUEN, Jorge Saad. **Atualizações em Câncer de Ovário.** Onco & Oncologia Para Todas as Especialidades, outubro/ novembro 2011 – ano 2 no 8. 18 p.

VALENTE, Vivian; MASSABKI, Paulo Sergio. **Marcadores tumorais de câncer de ovário: o que há de novo?.** Revista da Sociedade Brasileira de, v. 9, n. 5, p. 377-81, 2011.

DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA PUBERDADE: REVISÃO DE LITERATURA

Karina de Sousa Maia

UNIFACISA, Campina Grande- Paraíba

Andrew Bonifácio Ferreira

UNIFACISA, Campina Grande- Paraíba

Ailla Sibebe de Almeida Bidô

UNIFACISA, Campina Grande- Paraíba

Alyne da Silva Portela

UNIFACISA, Campina Grande- Paraíba

RESUMO: O aumento da incidência do diabetes tipo 2 na infância e adolescência é uma tendência mundial. Além dos fatores de risco predisponentes para a doença, as alterações, nos últimos anos, no estilo de vida têm cooperado para incrementar esses índices. O sedentarismo e as modificações do hábito alimentar têm contribuído para a epidemia da obesidade infantil. Essa doença na criança e no adolescente é semelhante à do adulto, tendo como características a resistência à insulina e as alterações nas células beta pancreáticas. O hormônio do crescimento (HC) parece ser, pelo menos em parte, o responsável pelo aumento da resistência à insulina observada na puberdade. O HC atua na redução da captação de glicose pelos tecidos, aumento da secreção de insulina e aumento da produção de glicose pelo fígado, o que resulta na diminuição da sensibilidade à insulina. O efeito da ação androgénica, característica da puberdade,

constitui alvo de discussão. Por fim, o quadro clínico de pacientes púberes com dm tipo 2 deve ser avaliado com mais cautela, sempre considerando as variações dos níveis de HC e seus efeitos. Diante disso, este estudo visa identificar as relações entre a resistência à insulina na puberdade e o HC, relacionando com a diabetes mellitus 2.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Melitus, puberdade, hormônio do crescimento.

ABSTRACT: The increased incidence of type 2 diabetes in childhood and adolescence is a worldwide trend. In addition to the predisposing risk factors for the disease, changes in lifestyle in recent years have cooperated to increase these rates. Sedentary lifestyle and changes in dietary habits have contributed to the epidemic of childhood obesity. This disease in children and adolescents is similar to that in adults, with characteristics such as insulin resistance and changes in pancreatic beta cells. Growth hormone (HC) appears to be, at least in part, responsible for the increase in insulin resistance observed at puberty. HC acts to reduce the uptake of glucose by tissues, increase insulin secretion and increase glucose production by the liver, which results in decreased insulin sensitivity. The effect of androgenic action, characteristic of puberty, is the subject of discussion. Finally, the clinical picture of pubertal patients with dm

type 2 should be evaluated with more caution, always considering the variations of HC levels and their effects. Therefore, this study aims to identify the relationships between insulin resistance at puberty and HC, relating to diabetes mellitus 2.

KEYWORDS: Diabetes Melitus, puberty, Growth hormone.

1 | INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), por muito tempo, foi apontada como uma doença específica da fase adulta, e intimamente relacionada com uma alimentação inadequada, a obesidade e o sedentarismo; porém vem se tornando mais comum em crianças e adolescentes, sendo considerada, atualmente, um importante problema de saúde pública, em todo o mundo (CAMERON, 2015). Os casos na infância eram atribuídos, apenas, à herança genética, porém, desde o início do século XX, é notório a presença não mais exclusiva da Diabetes Mellitus tipo 1 (DMT1), há um aumento na incidência no tipo 2 neste grupo, principalmente nas crianças com problemas de obesidade. (CAMERON, 2015; ZEITLER, 2014; MACÊDO, 2010, GABBAY, 2003)

O diabetes mellitus tipo 2, ou não insulino dependente, caracteriza-se pela combinação da resistência à ação da insulina com a incapacidade de a célula beta manter uma adequada secreção dessa substância (ZIMMET et al., 1992 *apud* DIAS, 2007.). A resistência pode ser descrita como a perda da sensibilidade dos tecidos ao hormônio, dificultando o estímulo para a captação de glicose. Evidentemente, que a mudança nos hábitos de vida, que surgiram com a migração da população do campo para a cidade, de casa para apartamento, influenciaram decisivamente no incremento do sedentarismo e na obesidade infantil, sendo o desenvolvimento desta patologia neste grupo, uma complexa interação de fatores ambientais, genéticos e de hábitos de vida. (Smeltzer e Bare, 2000 *apud* DIAS, 2007).

Segundo DIAS, 2007, a gordura em excesso impede a captação de insulina pelas receptores das células, fazendo com que os níveis plasmáticos de glicose se elevem consideravelmente. As células beta pancreáticas realizam a compensação por meio do aumento no débito de insulina, mas a medida que a resistência e a hiperinsulinemia se elevam, elas não são mais capazes de suprir a demanda, e, conseqüentemente se instaura a diabetes mellitus tipo 2.

Diversos estudos corroboram este incremento na incidência de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) nesta faixa etária com a ressalva que ainda são mal diagnosticados ou subdiagnosticados (CAMERON, 2015, ZEITLER, 2014). Hamman (2014) realizou uma Coorte (The SEARCH) nos Estados Unidos, com jovens menores de 20 anos e observou que, entre 2001 e 2009, a prevalência de DMT2 aumentou em 30,5%, em ambos os sexos. Anteriormente, essa forma correspondia a 1-2% dos casos de diabetes na juventude (GABBAY, 2003). Nos jovens entre 15 e 19 anos de idade, Africanos, Latino-Americanos, ou de origem Asiática, a DMT2, representa um terço

dos casos. A incidência é menor no Canadá: 1-54 por 100 000 crianças menores de 18 anos e na Inglaterra: 0 - 0,9 por 100 000 (CAMERON,2015). Souza (2004), avaliando crianças entre 5 e 16 anos, observou que 15,4% apresentavam intolerância à glicose, 90,8% uma resistência insulínica e em meninas entre 10-16 anos, 5,1% foram diagnosticadas com DMT2.

Apesar taxas muito altas de obesidade nos EUA (20 % em crianças de 12-19 anos idade), o diagnóstico de diabetes tipo 2 em jovens é ainda relativamente incomum, mas representa, quase 50 % dos novos casos em pessoas entre 15 e 19 anos de idade (CAMERON, 2015).

As Crianças e adolescentes, que estão acima do peso, invariavelmente apresentam resistência à insulina como consequência de uma redução primária na sensibilidade à insulina e um aumento da sua produção. Não se pode estimar, os níveis de referência para a resistência à insulina à pacientes pediátricos e adolescentes, porém, eles têm correlação com a etnia e puberdade (SEWAYBRICKERA, 2013).

O diagnóstico da DMT2, em jovens, ocorre por volta dos 13 anos. Foram realizados estudos com a técnica do *clamp euglicêmico* e observou-se que nesta fase ocorre uma resistência a ação da insulina provavelmente associada com a elevação nos níveis do hormônio do crescimento (GABBAY, 2003).

Em sua grande maioria, os jovens com DMT2, não apresentam sintomas por um período longo e procuram o serviço com queixas de poliúria, polidipsia leve ou glicosúria. Deve-se sempre, realizar diagnóstico diferencial com a DMT1 em pacientes que cursam com cetonúria e/ ou cetoacidose (GABBAY, 2003).

Diante disso, este estudo visa identificar as relações entre a resistência à insulina na puberdade e o HC, relacionando com a diabetes mellitus 2 com uma revisão da literatura no período de 1987 a 2015.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Este estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado através de levantamento bibliográfico relacionados ao em duas bases de dados, Medline e Scielo. Na Medline utilizamos como descritores: puberty, growth hormone e diabetes mellitus. Já no Scielo usamos puberdade, sedentarismo, diabetes mellitus tipo 2, hormônio do crescimento.

2.1 Fisiologia ou Fisiopatologia do Gh

A insensibilidade à insulina na puberdade está relacionada diretamente às elevadas taxas de Growth Hormone (GH), liberadas de forma pulsátil no período noturno, nos estágios III e IV do sono. A amplitude dos pulsos aumenta na puberdade, juntamente com o incremento da produção de esteroides sexuais (MARTINELLI, 2002).

O GH é o único hormônio produzido na adeno-hipófise que não possui glândula

alvo, sua ação é no fígado e diretamente nos tecidos. A secreção do GH é mediada positivamente pelo GHRH (Growth Hormone Releasing Factor) e negativamente pela somatostatina, ambos produzidos pelo hipotálamo (PEREIRA, 2005). Suas principais funções são síntese de proteínas, mobilização de ácidos graxos e redução da utilização de glicose. Suas propriedades diabetogênicas incluem a redução da captação de glicose pelos tecidos, aumento da secreção de insulina e aumento da produção de glicose pelo fígado (GUYTON, 2006).

Muito embora o GH tenha um efeito direto, induzindo a RI, e um indireto, por intermédio do IGF-I, aumentando a sensibilidade à insulina, o segundo não consegue contrabalancear completamente o primeiro. O que resulta no efeito global da redução da sensibilidade à insulina, na elevação sérica do GH (CORREIA, 2008; PEREIRA, 2005).

Além da ação sobre o crescimento, outra função importante do IGF-1 é a ação hipoglicemiante, contrária ao GH. Trata-se de um equilíbrio que é bem exemplificado no tratamento da acromegalia.

Em 13–27% dos casos, os pacientes acromegálicos são acometidos por Diabetes Mellitus tipo 2, em decorrência da exposição sustentada ao GH (CUTFIELD, 2003). A quantidade reduzida do IGFBP-1 acaba por limitar a ação hipoglicemiante do IGF-1, culminando também na hiperglicemia na acromegalia. Entretanto, na maioria dos casos, o tratamento com octreotida, que possui ação semelhante à da somatostatina, ao inibir a hipersecreção de GH, promove redução da Resistência à insulina (RI) (MARTINELLI, 2002). O que demonstra que a influência do GH é maior que a falta de IGFBP-1 e a ação limitada do IGF-1, na RI em acromegálicos, pois o causador dela estava sendo predominantemente o excesso de GH. O GH com seus efeitos anabólicos e diabetogênicos, é visto como um fator de equilíbrio ao aumento do IGF-1, em indivíduos normais. (ABUCHAM, 2003).

As duas formas de IGF, IGF-1 e IGF-2, guardam grande homologia estrutural com a molécula de insulina, o que permite aos IGFs, além de exercerem suas ações via receptores específicos (receptor tipo 1 e tipo 2), ligarem-se também aos receptores de insulina, que apresentam estrutura semelhante ao receptor tipo-1 dos IGFs, ou ainda aos receptores híbridos compostos por um hemi-receptor tipo-1 e um hemi-receptor de insulina. Além do GH, o IGF-1 também pode ser estimulado por outros fatores além do GH como os esteroides sexuais, na puberdade e aporte protéico-calórico (MARTINELLI, 2008).

Tal RI, em decorrência do aumento dos níveis séricos de GH, também foi constatada em estudos sobre a reposição deste hormônio, em quadros clínicos específicos como síndrome de Turner, crianças pequenas para idade gestacional e hipopituitarismo (ABUCHAM, 2003; BOGUSZEWSKI, 2008; GRAVHOLT, 2004).

Um estudo feito com 23.333 crianças, em uma análise retrospectiva de dados de um inquérito farmacoepidemiológico internacional de crianças tratadas com GH, constatou que a incidência de Diabetes Mellitus tipo 2 em pacientes submetidos à

tratamento com GH é 6 vezes maior que o controle. Esse estudo constatou ainda que a insensibilidade à insulina não é transitória, pois há uma persistência de diabetes mellitus após terapia com GH. (CUTFIELD, 2013)

O mecanismo que explica o efeito do GH na RI ainda é bastante obscuro. Porém, existem três vias apontadas como causa da hiperglicemia decorrente do GH. A primeira afirma que a RI ocorra pela diminuição da concentração de receptores de insulina e da sua afinidade, a outra defende que a alteração seria pós-receptor, diminuindo a supressão da produção de glicose hepática e uma terceira relaciona a RI com o aumento dos ácidos graxos livres circulantes, em decorrência da ação do GH nos adipócitos (CORREA, 2008).

3 | RI NA PUBERDADE

As alterações hormonais na puberdade são intensas. Como os estudos mostram que não há relação da RI, aumentada nessa fase, com hormônios sexuais, diretamente, ficou ainda mais evidente a importância do eixo GH/IGF-1 na RI desenvolvida nessa fase da vida, além de fatores evitáveis como obesidade e sedentarismo (SORENSEM, 2014).

Dessa forma, a puberdade, através do GH, é apontada como um período de propensão à RI o que é ratificado pela relativa diminuição de aproximadamente 30% da ação da insulina, em contraste aos pré-púberes, como mostra o estudo de Bloch et al, um dos primeiros estudos a fazer essa correlação. Esse estudo foi feito com 22 crianças que foram separadas igualmente em dois grupos, metade pré-púberes e a outra púberes, com sete meninos e quatro meninas em cada grupo. Os indivíduos foram submetidos ao “The oral glucose tolerancetest” (OGTT), após uma noite de jejum e no dia seguinte, foi realizado o grampo hiperinsulinêmico euglicêmico ou clamp de insulina, após outra noite com restrição alimentar. O resultado obtido foi que o grupo de pré-púberes teve um maior índice de sensibilidade à insulina do que o púbere (BLOCH, 1987). Nesse sentido, os adolescentes diabéticos podem ter um elemento adicional de resistência à insulina (MATOS, 2003).

Jeffery et al, 2012, assume a importância do eixo GH/IGF-1, mas destaca em seu estudo, feito com 307 crianças, que a RI emerge bem antes do surgimento de Hormônio Luteinizante (LH) e antes das mudanças típicas da puberdade. O aumento de pré-púberes com RI é explicada por aumento dos níveis de gordura, sobretudo em crianças do sexo feminino. Explica que a diabetes contemporaneamente tem aparecido cada vez mais cedo, em decorrência da mudança dos hábitos de vida.

4 | O GH E A RI NA PUBERDADE

O GH, com sua ação antagonista à insulina, foi relacionado, em um estudo com 342 indivíduos, como agente contribuinte para a resistência à insulina na puberdade.

Os níveis de IGF-1 e suas proteínas carreadoras IGFBP-1 e IGFBP-3 foram dosadas em conjunto com o teste de grampo euglicêmico para dosagem de insulina de jejum. Tal procedimento foi realizado por uma semana e constatou que as curvas de RI e do IGF-1 são simultâneas, o que garante a relação entre o eixo IGF-1\ GH e a RI (ABUCHAM, 2003; MARTINELLI, 2008).

A associação do eixo IGF-1 e a insulina foi maior em meninas, com maior teor de gordura, em comparação aos meninos. Além disso, o aumento dos níveis de esteroides sexuais, insulina e GH, podem estar atuando em sinergia no crescimento (ABUCHAM, 2003).

A repercussão clínica do GH como antagonista da insulina parece ter relação com condições de hipersecreção ou diminuição da produção da insulina (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

A insulina também tem sua influência no eixo GH/IGF-1. Sua ausência em pacientes com DMT1 causa diminuição na secreção de IGF-1, com uma redução de 27% em pacientes púberes, na produção de receptores de GH e de IGFBP-3. Tudo isso resulta em baixa estatura em crianças portadoras dessa doença (JEFFERY, 2012). O que reforça a hipótese de que esses hormônios atuam de forma sinérgica e interdependente.

A administração inadequada de insulina, em conjunto com o aumento do volume de HC sérico, em adolescentes diabéticos poderia levar a descompensação rápida e cetoacidose (EDGE, 1993).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacidade do eixo GH/IGF-I em promover o crescimento decorre de uma complexa interação de ações metabólicas desempenhadas pelo GH e pelo IGF-I. As ações do GH e do IGF-I são sinérgicas sobre o anabolismo proteico e a composição corporal com incremento da massa magra e redução percentual de gordura. Entretanto, são ações antagônicas sobre a sensibilidade insulínica, reduzida pelo GH e aumentada pelo IGF-I.

Apesar de os dois atuarem em conjunto, a insensibilidade relativa à insulina na puberdade é uma constante na literatura estudada. A piora no quadro de pacientes púberes com DM tipo 2 deve ser uma ocorrência clínica esperada e seu conhecimento deve orientar a prescrição médica e o prognóstico desse grupo. Mais estudos são necessários para confirmar qual o grau de influencia do HC sobre pacientes púberes diabéticos.

REFERÊNCIAS

ABUCHAM, J. et al . **Terapia de reposição hormonal no hipopituitarismo**. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 492-508, Aug. 2003 .

American Diabetes association. **Diagnosis and Classification of Diabetes**. Diabetes Care, vol. 37, no. Supplement 1, S81-S90, January, 2010.

BLOCH,C.A.; CLEMONS, P.S.M.A. **Puberty decreases insulin sensitivity**. J Pediatric, vol 110, p. 481–487, 1987.

BOGUSZEWSKI MARGARET, C. S.;BOGUSZEWSKI C. L. **Tratamento com hormônio de crescimento em crianças com baixa estatura nascidas pequenas para a idade gestacional**. Arq Bras Endocrinol Metab, vol. 52/5, p. 792-799, 2008.

CAMERON, F.J.; WHERRETT, D.K.**Care of diabetes in children and adolescents: controversies, changes, and consensus**. Lancet; 385(9982): 2096-106, 2015.

CORREA, LL. et al . **Avaliação do metabolismo da glicose em pacientes acromegálicos antes e após tratamento com octreotide LAR**. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 52, n. 1, p. 55-64, Feb. 2008.

CUTFIELD W.S, JACKSON W.E, JEFFERIES C, ET AL. **Reduced insulin sensitivity during growth hormone therapy for short children born small for gestational age**. J Pediatr. ;142:113–116. 2003.

DIAS, S. L., SABLICH, G. M.,MACIEL, T. R. C. **Diabetes tipo 2 na infância: revisão de literatura**. ConScientiae Saúde 6, 2007.

EDGE, J.A.; HARRIS, D.A; PHILLIPS, P.E.; PAL, B.R.; MATTHEWS, D.R; DUNGER D.B. **Evidence for a role for insulin and growth hormone in overnight regulation of 3-hidroxybutyrate in normal and diabetic adolescent**. Diabetes Care, 16(7):1011-8, 1993.

GABBAY, M. et al. **Diabetes melito do tipo 2 na infância e adolescência**. Jornal de Pediatria - Vol. 79, Nº3, 2003.

GRAVHOLT, C. H. **Epidemiological, endocrine and metabolic features in Turner syndrome**. Arq Bras Endocrinol Metab, 49(1): 145-156, 2005.

GUYTON, A.; HALL, J. Tratado de Fisiologia Médica. 11ª ed., Elsevier, 2006.

HAMMAN,R. F.;BELL, R. A.; DABELEA, D.;D’AGOSTINO JR., R. B.;DOLAN, L.; IMPERATORE, G.;LAWRENCE, J. M.;LINDER, B.;MARCOVINA, S. M.;MAYER-DAVIS,E. J.; PIHOKER, C.;RODRIGUEZ, B. L.;SAYDAH, S.**The SEARCH for Diabetes in Youth Study: Rationale, Findings, and Future Directions**. Diabetes Care, vol. 37, 2014.

JEFFERY A. N., METCALF B. S., HOSKING J., STREETER A. J., VOSS L. D., WILKIN T. J. **Age before stage: insulin resistance rises before the onset of puberty: a 9-year longitudinal study**. Diabetes Care 35, 536–541. 10.2337/dc11-1281, 2012.

MACÊDO, S.F.; ARAÚJO, M.F.M.; MARINHO, N.P.B.; LIMA, A.C.S.; FREITAS, R.W.F.; DAMASCENO, M.M.C. **Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em crianças**. Rev. Latino-Am. Enfermagem,18(5), 2010.

MARTINELLI JUNIOR, Carlos E. et al . **Diagnóstico da Deficiência de Hormônio de Crescimento, a Rigor de IGF-1**. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 27-33, Feb. 2002 .

MARTINELLI JR, C. E.;CUSTÓDIO R. J.;AGUIAR-OLIVEIRA, M. H. **Fisiologia do eixo GH-sistema IGF**. Arq Bras Endocrinol Metab, 52(5): 717-725, 2008.

MATOS, AFG; MOREIRA, RO.; GUEDES, EP.. **Aspectos neuroendócrinos da síndrome metabólica**. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 410-420, Aug. 2003 .

PEREIRA AM, BIERMASZ NR, ROELFSEMA F, ROMIJN JA. **Pharmacologic therapies for**

acromegaly: a review of their effects on glucose metabolism and insulin resistance. Treat Endocrinol, 4:43-53, 2005.

SEWAYBRICKERA, L. E.; ANTONIO, M. A. R.G.M.; MENDES, R. T.; BARROS FILHO, A. A.; ZAMBON, M. P. **Metabolic syndrome in obese adolescents: what is enough?**. REV ASSOC MED BRAS, 59(1):64-71, 2013.

SORENSEN, JS; BIRKEBAEK NH, BJERRE M; , POCIOT F; KRISTENSEN K; HOEJBERG AS; FRYSTYK J; **Residual -cell function and the insulin-like growth factor system in Danish children and adolescents with type 1 diabetes.** J Clin Endocrinol Metab. 100(3):1053-61, Mar. 2015.

SOUZA, M. R.; BEZERRA, C. S.; MAZZARIOL, R. A.; LEITE, B. P.F.; LIBERATORE JR, R. D.R. **Análise da prevalência de resistência insulínica e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes obesos.** Arq Ciênc Saúde, 11(4):215-8, 2004.

ZEITLER, P.; FU, J.; TANDON, N.; NADEAU, K.; URAKAMI, T.; BARTLETT, T.; MAAHS, D. **Type 2 diabetes in the child and adolescent.** Pediatric Diabetes, 15 (Suppl. 20): 26–46, 2014.

INFECÇÃO HOSPITALAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Janiere Vidal Ferreira

Unidade de Ensino Superior de Campina Grande,
UNESC. Campina Grande, Paraíba.

RESUMO: As Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) são caracterizadas pela alta especialização e tecnologia, para tratamento de pacientes críticos, que necessitam de um suporte de vida intensivo, e, devido à complexidade do estado em que estes pacientes se encontram, estes se tornam mais propensos a adquirir Infecções Hospitalares (IH). Objetiva-se apresentar os principais fatores de risco presentes no desenvolvimento da infecção no trato urinário, no trato respiratório, infecção da corrente sanguínea e infecção do sítio cirúrgico, citadas como as mais frequentes no contexto hospitalar. A partir de estudos presentes na literatura corrente, é possível observar que os fatores de risco para o desenvolvimento de IH estão relacionados aos procedimentos invasivos que interferem nas barreiras naturais de defesa do organismo e que favorecem a introdução de patógenos. A utilização de antimicrobiano, idade, gravidade da doença de base, tempo de internação prolongado, entre outros fatores, são elencados entre os fatores que favorecem a ocorrência de IH. Ressalta-se que a IH pode ser prevenida ou controlada através de medidas de prevenção, como a higienização das mãos,

um ato simples, porém fundamental no contato com os pacientes. Cabe aos enfermeiros, profissionais que são responsáveis pelo cuidado direto com o paciente, adequar-se e educar a sua equipe quanto à prática diária dessas medidas. A literatura carece de estudos empíricos com profissionais da saúde acerca dos seus cuidados em saúde, no que diz respeito, especificamente, à prevenção de IH.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção Hospital, Unidade de Terapia Intensiva, Controle de Infecção.

ABSTRACT: Intensive Care Units (ICUs) are highly specialized and technologically-integrated facilities for the treatment of critically ill patients who require intensive life support. Despite this, the complexity of the patients' medical condition may render them more prone to develop hospital-acquired infections (HAI). Hence, this review aims to present the major risk factors associated with the establishment of infection in the urinary and respiratory tracts, as well as in the bloodstream and surgical sites, which have been reported to be the most frequently affected sites in cases of nosocomial-acquired infections. Based on the literature findings, invasive procedures that interfere with the body's natural defense barriers and those which favor the colonization of pathogens are considered to be risk factors for the onset of HAI. The use of

antimicrobials, age, severity of the underlying disease, prolonged hospitalization time, among other factors, are listed among the causes that favor the occurrence of HAI. In addition, it should be noted that HAI can be prevented or controlled through preventive measures, such as hand hygiene – a simple but critical behavior in the contact with patients. Nursing professionals, who are responsible for the direct care of the patient, should promote changes and awareness of their team on the daily practice with regard to these measures. As of today, the literature still lacks empirical studies with health professionals about their health care practices towards the prevention of HAI.

KEYWORDS: Hospital Infection, Intensive Care Unit, Infection Control.

1 | INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) surgiram no Brasil, nos anos 70, e são destinadas ao atendimento de pacientes críticos com possibilidade de recuperação e que necessitam de uma assistência, permanente e especializada, médica e de enfermagem (TRANQUITELLI; CIAMPONE, 2007).

De acordo com Pereira et al. (2000), a tecnologia aplicada à assistência hospitalar em UTI viabiliza a sobrevida prolongada do paciente em situações críticas, entretanto, este é um dos fatores risco para a aquisição de Infecção Hospitalar (IH) nestes pacientes críticos.

Para Fontana e Lautert (2006), com o avanço da tecnologia, os antimicrobianos vêm sendo aperfeiçoados, as técnicas de assistência vêm sendo modernizadas e o tratamento das doenças assumiu alta complexidade. Contudo, a invasão de bactérias multirresistentes e a luta contra essa resistência surgiram nesse contexto, fragilizando o ambiente do cuidado e desafiando as ações dos profissionais da saúde, no quesito prevenção das IHs.

Lima, Andrade e Haas (2007) ressaltam que neste ambiente o paciente está muito mais exposto ao risco de infecção, que é proporcional às condições nutricionais, à gravidade da doença, ao tempo de internação, entre outros fatores. A cateterização urinária e intravascular, a intubação traqueal e a ventilação mecânica (VM), são alguns dos métodos invasivos responsáveis por grande número das infecções, assim como cirurgias complexas, drogas imunossupressoras, contato com a equipe de saúde e os fômites (DAVID, 1998).

Fontana e Lautert (2006) referem que o enfermeiro é o profissional que supervisiona a equipe de enfermagem. Em relação aos procedimentos, ele acompanha diretamente a evolução clínica do paciente durante 24 horas, e também é o responsável por manter cuidados de enfermagem de alta complexidade técnica, que possuem risco para a incidência das IHs. Sendo assim, o profissional de enfermagem assume grande importância no processo de identificação e notificação dos casos de IH.

Considerando o exposto, objetivou-se apresentar os principais fatores de risco

presentes no desenvolvimento da infecção no trato urinário, no trato respiratório, infecção da corrente sanguínea e infecção do sítio cirúrgico, citadas como as mais frequentes no contexto hospitalar.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica, cujas fontes de análise foram livros e artigos disponibilizados via internet.

Foram incluídos na pesquisa os materiais bibliográficos que abordavam o seguinte temas: infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

As fontes pesquisadas estavam disponíveis na base de dados do Scielo, em documentos referenciados pelo Ministério da Saúde. Além desses referenciais, foram consultados outros livros que tratassem da temática em questão.

3 | INFECÇÃO HOSPITALAR

Florence Nightingale, enfermeira britânica, foi a pioneira em reconhecer a necessidade de se reservar uma área no hospital em que o paciente grave pudesse receber cuidados especiais. Portanto, doentes graves que antes possuíam pouca ou nenhuma chance de sobreviver passaram a utilizar recursos que não eram disponíveis até então (TRANQUITELLI; CIAMPONE, 2007).

A transmissão de agentes infecciosos no ambiente hospitalar tornou-se motivo de preocupação, a partir do momento em que doentes passaram a ser tratados nos hospitais, lugar em que as infecções adquiridas contribuem para o aumento do risco de morte nos pacientes em estado grave e imunocomprometidos (TURRINI, 2002).

Couto, Pedrosa e Amaral (2009) descrevem que fatores de risco intrínsecos são aqueles relacionados ao paciente, como a gravidade da doença de base, idade, condição nutricional, entre outras condições. No conjunto dos fatores de risco extrínsecos, estão elencados o ambiente e os recursos materiais disponíveis, as agressões ao paciente nos procedimentos invasivos e a qualidade da assistência dispensada ao paciente pela equipe de profissionais.

As mãos são o principal meio de transmissão das IHS, e, não menos importante, são o meio mais utilizado no contato com os pacientes. Vale salientar que a higienização das mãos é a medida mais simples na prevenção das IHS, uma medida de baixo custo e que se, realizada corretamente, remove microrganismos adquiridos no contato com pacientes. As mãos também devem ser higienizadas após o uso de luvas, pois microrganismos proliferam dentro do ambiente úmido. É importante frisar que o uso de luvas não substitui a necessidade de lavar as mãos (BLOM; LIMA, 2003).

Estudos mostram que as infecções mais frequentes adquiridas na UTI, são as do

trato urinário, do trato respiratório inferior (pneumonias), da corrente sanguínea e do sítio cirúrgico (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010).

3.1 Infecção do trato urinário

A Infecção do Trato Urinário (ITU) é bastante frequente e está entre os tipos mais frequentes de IH. É caracterizada pela invasão de micro-organismos nos tecidos da via urinária e decorrem da manipulação do trato urinário, especialmente da cateterização urinária. A infecção do trato urinário vem sendo responsável por 35 a 45% de todas as infecções adquiridas no hospital, com 80% associadas ao uso da Sonda Vesical de Demora (SVD), que possuem uso expressivo em UTI para avaliação de débito urinário e em pacientes sedados (VIEIRA, 2009; ZANON, 2009).

Stamm e Coutinho (1999) relatam que há vários fatores de risco relacionados à infecção durante a permanência da SVD. Entre os fatores citados são discutidas a duração da cateterização e a colonização do meato uretral. Estudos têm demonstrado que entre 10 a 20% dos pacientes admitidos sem bacteriúria irão adquirir ITU após a realização do procedimento, uma vez que é possível detectar crescimento bacteriano na bexiga dentro de 24 a 48 horas de uso (GRAZIANO; PSALTIKIDIS, 2010).

Para Vieira (2009), os fatores predisponentes ao surgimento de ITU em pacientes internados na UTI com sondagem vesical são: técnica imprópria da lavagem das mãos; a não execução correta da técnica de inserção do cateter, e assepsia; sonda desconectada do coletor e saída deste tocando superfície contaminada; tempo prolongado de permanência da sonda além da necessidade do paciente; cateter com dimensão maior que a apropriada ao paciente, lesando os tecidos e favorecendo a colonização.

3.2 Infecção do trato respiratório

A pneumonia é a infecção do trato respiratório apontada como o segundo sítio de IH mais comum em UTI, somando 31% de todas as infecções como principal causa de morte (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010). Estudos mostram que de cada 1000 internações hospitalares, 5 a 10 casos ocorrem pneumonia, aumentando 6 a 20 vezes em pacientes com Ventilação Mecânica (VM), e com maior frequência em pacientes com Síndrome de Angústia Respiratória Aguda (SARA), com mortalidade em até 70% dos pacientes (DAVID, 1998).

Graziano e Psaltikidis (2010) enfatizam que entre os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da pneumonia encontram-se a doença de base pulmonar, idade avançada, cirurgias de grande porte, traumas, uso prévio de antimicrobianos, queda do nível de consciência, uso de antiácidos e tubo gástrico ou enteral, e ainda o principal fator a VM.

Entre as medidas de prevenção para a ocorrência de infecção do trato respiratório destacam-se: optar por ventilação não invasiva, quando for possível; manter decúbito de 30 a 45°; checar se há refluxo do resíduo gástrico; utilizar criteriosamente antiácidos;

não compartilhar entre pacientes os artigos assistenciais respiratórios; realizar troca dos circuitos ventilatórios e umidificadores a cada 48 horas, inaladores a cada uso, nebulizadores a cada 24 horas, ressuscitadores manuais (âmbu) quando visivelmente sujo, espirômetros e sensores de oxigênio a cada uso e água estéril para umidificação a cada 24 horas; realizar aspiração em técnica asséptica rigorosa antes da mobilização ou remoção da cânula traqueal; realizar fisioterapia respiratória; realizar higiene oral de preferência com solução antisséptica a cada três horas ou em casos de emergência; manter o cadarço ou fixador seco e limpo (GRAZIANO; PSALTIKIDIS, 2010).

3.3 Infecção da corrente sanguínea

As infecções da corrente sanguínea podem ser classificadas em primárias, que são as de consequência sistêmica grave (bacteremia ou sepse) sem foco primário, e em secundárias que são sem repercussão sistêmica, ou seja, que ocorrem no local da inserção do cateter (BRASIL, 2009).

Além de ser um acesso direto do meio externo com o intravenoso, o cateter vascular representa um corpo estranho que desencadeia um processo inflamatório no local de sua inserção, resultando na diminuição das defesas anti-infecciosas local, facilitando assim, a ocorrência de infecção (BRASIL, 2000).

Segundo Mesiano e Merchán-Hamann (2007) o risco de infecção associado ao acesso vascular está relacionado ao local do acesso, a solução infundida, a realização do procedimento, o tempo de permanência, o tipo e manipulação do cateter, e a realização adequada da troca do curativo, que deve ser trocado sempre que estiver úmido, sujo ou solto, ou a cada 24 a 48 horas se estiver seco.

3.4 Infecção do sítio cirúrgico

Hoefel e Konkewicz (2001) relatam que as infecções cirúrgicas que podem ser consideradas como adquiridas na UTI, são as que os pacientes no pré-operatório imediato permaneceram nesse setor ou ainda, quando há presença de dreno no pós-operatório. Os autores salientam que pacientes com período pré-operatório em uma UTI tendem a adquirir uma microbiota mais resistente, com micro-organismos desse local, que poderão integrar sua flora endógena e posteriormente ser o agente causador de infecções.

Diante disso, Zanon (2009) completa que se faz necessário identificar quais as especialidades cirúrgicas que apresentam incidência maior de supuração da ferida e quais as cirurgias de maior risco para o desenvolvimento de IH, para um bom exercício da Vigilância Epidemiológica (VE).

4 | CONCLUSÃO

Notou-se que as IHS representam um grave problema de saúde pública nos

hospitais. Em UTI, essas infecções são consideradas mais graves, devido ao fato de os pacientes se encontrarem em estado crítico, tornando-os, portanto, mais propensos a adquirir determinada infecção.

Várias são as medidas de prevenção e controle, já conhecidas por todos os profissionais da saúde, como, por exemplo, cuidados com os procedimentos invasivos, higienização das mãos, assepsia de materiais, entre outras medidas igualmente importantes.

Conclui-se que, assim como é necessário atualizar-se sobre os avanços tecnológicos para tratamento e diagnóstico das diferentes patologias tratadas nos hospitais, também se faz imprescindível a educação continuada dos profissionais que atuam nesses locais. Deve-se tratar adequadamente da formação profissional no tocante às medidas preventivas e de controle das infecções, com o intuito de que estes percebam a relevância das medidas que privilegiam a prevenção e/ou a amenização das IHS.

REFERÊNCIAS

BLOM, B. C.; LIMA, S. L. de. Lavagem das Mãos. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. **Infecção Hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 3 ed. [s. l.]: MEDSI, 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Caderno D1: Antimicrobianos e o controle de Infecção. In: **Curso básico de Controle de Infecção Hospitalar**: Brasília: 2000. Caderno D. Disponível em: <www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoD.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Corrente Sanguínea**: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. ANVISA. Brasília: 2009. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/correntesanguinea.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; AMARAL, D. B. Epidemiologia Hospitalar. In: COUTO, R. C. et al.. **Infecção Hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CUNHA, A. F. A.; JOHNSON, D. S. D. Higienização das Mãos. In: COUTO, R. C. et al.. **Infecção Hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DAVID, C. M. N. Infecção em UTI. In: SIMPÓSIO: MEDICINA INTENSIVA: INFECÇÃO E CHOQUE, **Anais...** Ribeirão Preto: julho de 1998. Disponível em: <files.cpfarj.com/200000030-b9c2ebabc8/infeccao%20em%20uti.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

FONTANA, R. T.; LAUTERT, L. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 257-61, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a02v59n3.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

GRAZIANO, K. U.; PSALTIKIDIS, E. M. Controle de Infecção Hospitalar em UTI. In: PADILHA, K. G. et al. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. Barueri: Manole, 2010.

HOEFEL, H. H. K.; KONKEWICZ, L. R. Vigilância, prevenção e controle de infecções hospitalares em terapia intensiva. In: BARRETO, S. S. M. et al. **Rotinas em terapia intensiva**. 3ª ed. Porto Alegre:

Artmed Editora, 2001.

LIMA, M. E.; ANDRADE, D. de; HAAS, V. J. Avaliação Prospectiva da Ocorrência de Infecção em Pacientes Críticos de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 3, p. 342-347, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a13.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

MESIANO, E. R. A. B.; MERCHÁN-HAMANN, E. Infecção da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central em unidades de terapia intensiva. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 453-459, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a14.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017

OLIVEIRA, A. C.; KOVNER, C. T.; SILVA, R. S. Infecção hospitalar em unidades de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 97-104, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_14.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.

PEREIRA, M. S. *et al.* Controle de Infecção Hospitalar em Unidade de terapia Intensiva: desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], v. 2, n. 1, Goiânia: 2000. Disponível em: <www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/679/747>. Acesso em: 15 abr. 2017.

STAMM, A. M. N. de F.; COUTINHO, M. S. S. de A. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. **Rev. Ass. Méd. Brasil**, v. 45, n. 1, p. 27-33, 1999. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ramb/v45n1/1695.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

TRANQUITELLI, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 41, n. 3, p. 371-377, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/05.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2017.

TURRINI, R. N. T. Infecção hospitalar e mortalidade. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 36, n. 2, p. 177-83, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a10.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

VIEIRA, F. A. Ações de enfermagem para prevenção de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora. **Einstein**, v. 7, n. 3, 2009. Disponível em: <apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/632-Einstein%20v7n3p372-5_port>. Acesso em: 28 de abr. 2017.

ZANON, U. Etiopatologia das Complicações Infecciosas Hospitalares. In: COUTO, R. C. et al.. **Infecção Hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS CULTURAIS NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE PRÓSTATA: UM ESTUDO DE REVISÃO

Heloane Medeiros do Nascimento

Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Cuité – Paraíba

Amanda Haissa Barros Henriques

Enfermeira. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, Campus Mangabeira
João Pessoa – Paraíba

Bárbara de Souza Ferreira

Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Cuité – Paraíba

Érica Dionísia de Lacerda

Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Cuité – Paraíba

Juliana de Castro Nunes Pereira

Enfermeira. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pernambuco, Campus Belo Jardim
Belo Jardim – PE

Suzana Santos da Costa

Enfermeira. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pernambuco, Campus Abreu e Lima
Abreu e Lima – Pernambuco

masculina, acometendo geralmente homens com idade igual ou acima de 65 anos, sendo por este motivo considerado o câncer da terceira idade. Objetiva-se com este estudo identificar de que forma os aspectos culturais influenciam na detecção precoce do câncer de próstata e sinalizar algumas sugestões para superação de possíveis limitações encontradas. Trata-se de uma revisão da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Foram utilizados materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e artigos científicos oriundos das bases de dados online: LILACS, MEDLINE E SCIELO, através de pesquisas realizadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) durante o período de abril a maio de 2016. Os homens em suas variáveis culturais possuem dificuldades em reconhecer suas necessidades, devido ao pensamento ilusório que rejeita a possibilidade de adoecer. O medo associado à falta de conhecimento dos homens a respeito do câncer de próstata dificulta o diagnóstico precoce e aumentam os preconceitos e os tabus existentes em relação ao Exame Digital Retal (EDR), possibilitando o avanço considerável da doença. Faz-se necessário a realização de ações que aproximem o homem à Atenção Primária à Saúde (APS), para que assim, haja uma maior adesão aos programas de promoção à saúde e detecção precoce de agravos, no sentido de orientá-los sobre os fatores de risco e medidas

RESUMO: O câncer de próstata é o segundo tipo mais prevalente entre a população

de prevenção relativas ao câncer de próstata, além de identificar a presença ou não desses fatores e buscar sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Homem; Cultura; Neoplasias de Próstata; Prevenção de Doenças; Enfermagem.

ABSTRACT: Prostate cancer is the second most prevalent type among the male population, generally affecting men aged 65 or over, and is therefore considered the cancer of the elderly. The objective of this study is to identify how cultural aspects influence the early detection of prostate cancer and to point out some suggestions for overcoming possible limitations encountered. This is a review of the literature, with a descriptive character and a qualitative approach. Materials used by the Ministry of Health and scientific articles from the online databases LILACS, MEDLINE and SCIELO were used through research carried out at the Virtual Health Library (VHL) from April to May 2016. Men in their cultural variables have difficulties in recognizing their needs due to illusory thinking that rejects the possibility of becoming ill. The fear associated with men's lack of knowledge about prostate cancer makes it difficult to diagnose prostate cancer early on, and it increases preconceptions and taboos in relation to the Digital Retinal Examination (RDS), allowing a considerable advance of the disease. It is necessary to carry out actions that bring men closer to Primary Health Care (PHC), so that there is a greater adherence to health promotion programs and early detection of diseases, in order to guide them about the factors risk factors and prevention measures related to prostate cancer, in addition to identifying the presence or absence of these factors and looking for signs and symptoms that may indicate related changes.

KEYWORDS: Human Health; Culture; Prostate Neoplasms; Prevention of diseases; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Entre os diversos tipos de câncer existentes, o câncer de próstata é o segundo tipo mais prevalente entre a população masculina, acometendo geralmente homens com idade igual ou acima de 65 anos, sendo por este motivo considerado o câncer da terceira idade (PINTO et al., 2011).

A forma de evolução desse tipo de câncer pode variar, de modo que alguns tumores podem vir a se desenvolver de forma mais rápida, espalhando-se rapidamente para outros órgãos. Porém, na grande maioria dos casos, os tumores se desenvolvem de forma lenta, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm³ e por este motivo, não chega a dar sinais durante a vida e nem ameaça à saúde do homem (BRASIL, 2015).

Segundo Medeiros et al. (2011, p. 386), “a mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa, o que reflete, em parte, seu bom prognóstico quando diagnosticado e tratado oportunamente”. Contudo, os homens em sua maioria apresentam dificuldades em procurar assistência médica, negligenciando diversos

sinais e sintomas que poderiam auxiliar no diagnóstico da doença, adotando dessa forma, comportamentos que os afastam da busca pela promoção e prevenção de sua saúde (ARAÚJO et al., 2013).

Com base nesta realidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) vem tentar estimular e colocar em prática a realização de ações de prevenção à saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e políticoeconômicos (ABREU, 2013; BRASIL, 2008).

Se os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária, muitos agravos e patologias seriam evitadas, inclusive o Câncer de Próstata. Dessa forma, vale ressaltar a importância da detecção precoce, incentivando a população masculina na busca por serviços de saúde, objetivando promover discussões sobre a importância da prevenção do câncer de próstata.

Desenvolver estudos voltados para a saúde do homem é de extrema relevância para compreensão dos aspectos culturais que os envolvem e os afastam dos serviços de saúde, visto que o público masculino é um público difícil de ser alcançado e emancipado, tornando-se necessário investir cada vez mais nesta população e no desenvolvimento de estudos como este, com fins de contribuir para o entendimento das questões culturais e para o fortalecimento da construção de ações que englobem a temática aqui discutida.

Destarte, as questões norteadoras para realização deste estudo foram: porque os homens em sua maioria não possuem hábitos de frequentarem os serviços de atenção primária? Quais estratégias podem ser desenvolvidas para conquistar uma mudança comportamental efetiva nesta população? De que forma os aspectos culturais tem influenciado na detecção precoce de algumas de algumas doenças, incluindo o câncer de próstata?

Diante do exposto, o presente estudo objetivou-se identificar de que forma os aspectos culturais influenciam na detecção precoce do câncer de próstata e quais ações devem ser desenvolvidas para alterar esta realidade.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Para cumprimento do objetivo da pesquisa seguiram-se as seguintes etapas metodológicas: identificação do tema, escolha das questões norteadoras, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, análise e interpretação de dados, e apresentação dos resultados.

A pesquisa foi feita no período de abril a maio de 2016, através de um levantamento bibliográfico, utilizando-se materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e artigos científicos encontrados a partir de pesquisas realizadas na biblioteca virtual de saúde,

utilizando-se as seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Na busca foi utilizado o indicador booleanos (AND) e os descritores consultados no DeCS foram: saúde do homem, cultura, prevenção de doenças, neoplasias de próstata e enfermagem, sendo realizado os cruzamentos da seguinte forma: saúde do homem AND neoplasias AND próstata AND enfermagem; saúde do homem AND prevenção de doenças AND cultura. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra e em língua portuguesa que se enquadrassem na temática abordada e que compreendessem aos últimos 5 anos.

Os critérios para exclusão foram: resumos, artigos publicados em anais de congressos e artigos publicados em línguas estrangeiras. Após a coleta dos dados, realizou-se a leitura na íntegra de cada estudo selecionado, visando minimizar prejuízos na seleção. A amostra constituiu-se de vinte e dois artigos, dos quais onze se enquadraram ao objetivo da pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise criteriosa dos estudos selecionados, os resultados foram sumarizados e divididos em duas principais categorias, para melhor explanação dos resultados: 1) Influências dos aspectos culturais na detecção precoce do câncer de próstata e na realização dos exames diagnósticos e 2) Fatores de risco e medidas de prevenção que possibilitam a aderência dos homens aos serviços de saúde.

1) Influências dos aspectos culturais na detecção precoce do câncer de próstata e na realização dos exames diagnósticos:

Os homens em suas variáveis culturais possuem dificuldades em reconhecer suas necessidades, devido o pensamento ilusório que rejeita a possibilidade de adoecer. Por não se sentirem vulneráveis ao adoecimento, grande parte da população masculina apresenta uma resistência à adesão às medidas preventivas de atenção integral a saúde, o que acaba contribuindo para sua exposição a fatores de risco que influenciam e possibilitam o seu adoecimento (OLIVEIRA et al., 2012). O medo associado à falta de conhecimento dos homens a respeito do câncer de próstata dificulta o diagnóstico precoce e aumentam os preconceitos e os tabus existentes em relação ao Exame Digital

Retal (EDR), possibilitando o avanço considerável da doença, além de colaborarem para que as doenças prostáticas continuem sendo um importante e grave problema de saúde pública na população masculina (MESTRINHO, 2011).

Entretanto, a resistência à realização do exame digital retal não ocorre apenas pela falta de conhecimentos e informações, mas também pela influência cultural

relacionada ao caráter invasivo do procedimento e a disseminação a respeito do medo e do constrangimento entre os próprios homens, que com frequência negam a possibilidade de estar enfermo (BELINELO, 2014).

O exame do toque retal é um procedimento rápido e de baixo custo que possibilita a avaliação da forma, tamanho, consistência e mobilidade da próstata, sendo, por sua vez, a melhor forma de diagnosticar o câncer de próstata juntamente com a dosagem de PSA (glicoproteína originária na próstata) que quando elevada na corrente sanguínea é considerada um importante marcador para algumas doenças prostáticas, entre elas, o câncer de próstata (AMORIM et al., 2011).

Apesar das suas facilidades e vantagens, o toque retal é caracterizado como um dos maiores temores do paciente durante a consulta urológica, por ser interpretado como uma afronta à sua masculinidade, podendo associar o exame como uma violação, o que pode influenciar e prejudicar a adesão ao exame (SILVA et al., 2013; SOUZA, 2011).

Por outro lado, segundo Mestrinho et al. (2011, p. 407) “a maioria dos pacientes, que já se submeteram ao exame, aceitam repeti-lo sem restrições”. Tais vivências necessitam ser mais difundidas e tabus voltados para o exame de toque retal precisam ser quebrados, uma vez que, quanto mais cedo o câncer for diagnosticado maior será a possibilidade de cura, permitindo ainda um tratamento menos agressivo, com redução dos altos custos decorrentes do tratamento em estados já avançados.

De acordo com Silva et al. (2013, p. 789) “o reconhecimento da importância do diagnóstico precoce está diretamente associado à realização dos exames preventivos dentro do período preconizado”. Portanto, os indivíduos que apresentarem algum sintoma semelhante ao do câncer de próstata, devem ser encaminhados a consulta especializada para que sejam realizadas as medidas indicadas para um diagnóstico precoce (BRASIL, 2002).

2) Fatores de risco e medidas de prevenção que possibilitam a aderência dos homens aos serviços de saúde

Apesar de alguns fatores já terem sido identificados, a causa exata e os fatores de risco associados ao câncer de próstata continuam parcialmente desconhecidos (MEDEIROS, 2011). Assim como em outros tipos de câncer, a idade avançada segue sendo um fator de risco importante com significado especial no câncer de próstata, devido à incidência e a mortalidade aumentarem após os 50 anos. A origem hereditária também aparece como fator de risco, juntamente à origem étnica, que aponta uma maior incidência em pessoas negras do que em brancos. Uma dieta rica em carne vermelha, embutidos e cálcio, e, conseqüentemente, a obesidade também se apresentam como fatores de risco (MEDEIROS, 2011; ARAÚJO, 2014).

O enfermeiro possui um papel fundamental na saúde do homem, pois além de oferecer informações relacionadas à prevenção de doenças e à manutenção da saúde, pode identificar precocemente a presença ou não de fatores de risco e buscar sinais

e sintomas que possam indicar alterações relacionadas a algum problema de saúde, possibilitando a promoção da saúde (SILVA et al., 2013).

Os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, possuem grande importância no que diz respeito à realização de ações de prevenção e educação em saúde voltadas à sensibilização dos homens para questões relacionadas à doença prostática, esclarecendo dúvidas no que diz respeito à detecção precoce, aos métodos diagnósticos e ao tratamento do câncer de próstata (OLIVEIRA et al., 2012).

Para tal, é importante que o enfermeiro desenvolva estratégias direcionadas a um melhor acolhimento, de forma que a população masculina se integre aos serviços de saúde e sintam-se confortáveis ao frequentar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a relatar seus problemas de saúde, buscando aplicar na prática a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (ABREU, 2013).

Deste modo, o enfermeiro deve aproveitar as diversas oportunidades de aproximar os homens dos serviços de saúde, orientando-os sobre os fatores de risco e sobre a importância dos exames de prevenção do câncer de próstata, respeitando as questões culturais e desmistificando os medos e preconceitos inerentes ao gênero masculino quanto a não realização do exame do câncer de próstata (ABREU, 2013; MEDEIROS, 2011).

Faz-se necessário compreender as barreiras socioculturais existentes no universo masculino, para assim, favorecer e promover o contato dos homens com os serviços de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a Promoção da saúde como eixos necessários e fundamentais de intervenção na assistência de qualidade aos Homens (BRASIL, 2008).

4 | CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a ampliação dos conhecimentos relacionados ao câncer de próstata e a confirmação de que a questão cultural ainda hoje influencia e dificulta o acesso e a procura dos homens por serviços de saúde. Contudo, cabe aos profissionais de saúde oferecer a população masculina subsídios para que haja uma conscientização a respeito da importância da prevenção de doenças e agravos, em especial da realização dos exames visando o fechamento de diagnóstico precoce.

O fornecimento de informações e orientações corretas sobre os benefícios dos exames que podem detectar precocemente o câncer de próstata, como o EDR, devem ser repassadas aos homens que se encontrem em período de rastreamento durante qualquer oportunidade de contato, para que essas informações possam auxiliar na decisão da realização do exame. Segundo Pinto et al. (2014, p. 943), “com a evolução dos diagnósticos e tratamentos, um número cada vez maior de indivíduos sobrevive à experiência do câncer”.

Isso reforça a importância da detecção precoce do câncer de próstata e a

necessidade de fazer com que os homens tomem conhecimento das alterações que podem vir a surgir em seu corpo com o avanço da idade e as possíveis doenças as quais eles se tornam mais susceptíveis com o decorrer do tempo. Faz-se necessário, portanto, a realização de ações que aproximem o homem do cenário preventista da Atenção Primária à Saúde (APS), para que assim, haja uma maior adesão aos programas de promoção da saúde e detecção precoce de agravos, no sentido de orientá-los sobre os fatores de risco e medidas de prevenção relacionadas ao câncer de próstata, além de identificar a presença ou não desses fatores e buscar sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas (MEDEIROS, 2011).

Deste modo, o presente estudo possibilitou o alcance dos objetivos propostos e evidenciou a importância da realização de ações que envolvam o público masculino nos serviços de saúde para uma maior conscientização e redução de agravos. Esta pesquisa contribuiu para o enriquecimento enquanto acadêmicos e servirá de alicerce para o desenvolvimento de novos estudos relacionados à temática.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. S.; CRUZ, A. C. A.; CORTEZ, E. A.; PEREIRA, F. S.; NASCIMENTO, R. M. S. **Estratégias para a prevenção do câncer de próstata**. R. pesq.: cuid. fundam. online. v. 5, n. 2, p. 3795-07, abr/jun, 2013.

AMORIM, V. M. S. L.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P. **Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 2, p. 347-356, fev, 2011.

ARAÚJO, I. C. S., BARBOSA, M. H., BARICHELLO, E. **Distúrbios do sono em homens com câncer de próstata em hormonioterapia**. Escola anna nery revista de Enfermagem, v. 18, n. 4, p. 705-709, out/dez, 2014.

ARAÚJO, J. S.; CONCEIÇÃO, V. M.; SILVA, S. E. D.; SANTANA, M. E.; VASCONCELOS, E. V.; SOUSA, R. F. **As representações sociais de homens sobre o câncer de próstata**. R. pesq.: cuid. fundam. online, v. 5, n. 2, p. 3884-93, abr/jun, 2013.

BELINELO, R. G. S. **Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens**. Esc Anna Nery, v. 18, n. 4, p. 697-704, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Tipos de Câncer: Próstata**. Rio de Janeiro, RJ, 1996-2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Princípios e Diretrizes. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata: documento de Consenso**. Rio de Janeiro, 2002.

MEDEIROS, A. P.; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEÃO, A. A. **Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem**. Rev. Bras.Enferm., Brasília,

v.64, n. 2, p. 385-8, marabr, 2011.

MESTRINHO, B. V.; GOMES, L.; ALMEIDA, J. L. T.; ALMEIDA, J. C.; OLIVEIRA, R. V. L. **Esclarecer o idoso sobre o exame digital retal diminui o desconforto na sua primeira realização?** Rev. Col. Bras. Cir. v. 38, n. 6, p. 407-411, 2011.

OLIVEIRA, P. M. P.; LIMA, M. M. F.; CEZARIO, K. G.; OLIVEIRA, M. G. **Conhecimento de trabalhadores sobre o câncer de próstata: estudo descritivo exploratório.** Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN), Fortaleza, CE, v. 11, n. 1, 2012.

PINTO, B. K.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; BUDÓ, M. L. D.; HECKI, R. M.; LANGE, C. **Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural.** Rev. Bras. Enferm., v. 67, n. 6, p. 942-8, nov-dez, 2014.

SILVA, A. B. M.; COSTA, C. M. A.; SPÍNDOLA, T.; RAMOS, R. C. A.; MARTINS, E. R. C.; FRANCISCO, M. T. R. **Conhecimentos e práticas sobre prevenção do câncer de próstata: uma contribuição para a enfermagem.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 785-91, dez, 2013.

SOUZA, L. M.; SILVA, M. P.; PINHEIRO, I. S. **Um Toque na Masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), v. 32, n. 1, p. 151-8, mar, 2011.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Alaine Santos Parente

Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fiocruz
Recife- Pernambuco

Fábia Maria de Santana

Instituto de Longa Permanência para Idosos
Serra Talhada- Pernambuco

Fabíola Olinda de Souza Mesquita

Secretaria Municipal de Saúde
Petrolina- Pernambuco

Fernanda Rodrigues da Silva Vasconcelos

Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fiocruz
Recife- Pernambuco

Nathalia Matos de Santana

Faculdade Inspirar do Cariri
Juazeiro do Norte- Ceará

RESUMO: O objetivo do trabalho foi descrever o perfil e os custos de internações hospitalares por AVC no estado de Pernambuco. Trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa a partir de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) disponibilizadas no departamento de informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, nos anos de 2012 a 2015. Observou-se um aumento de internações hospitalares por AVC ao longo dos anos em estudo. Houve predominância de internações no sexo masculino (50,28%) e na faixa etária de 70 a 79 anos (26%). O valor médio dessas internações foi de aproximadamente

1.300 reais para ambos os sexos. A média de internação foi de aproximadamente 8 dias e observou-se decréscimo na taxa de mortalidade por AVC em ambos os sexos. Considerando que essa patologia vem ocasionando um alto número de internações torna-se fundamental a contínua implementação de ações que visem a prevenção dessa doença.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Cerebral; Epidemiologia; Hospitalização; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: The objective of the study was To the describe the profile and costs of hospitalization due to stroke in the state of Pernambuco. This is a descriptive study with a quantitative approach using secondary data from the hospital information system that were available through the information technology department of the Brazilian National Health System (DATASUS) of the Ministry of Health, covering the years 2012 to 2015. Increasing numbers of hospitalizations due to stroke were observed over the study period. These were predominantly among males (50.28%) and in the age group from 70 to 79 years (26%). The average cost of these hospitalizations was approximately 1300 reais, for both sexes. The mean length of hospital stay was approximately 8 days and decreases in the mortality rate due to stroke were observed for both sexes.

Considering that this pathological condition has been causing high numbers of hospitalizations, it is fundamentally important to continue to implement actions aimed towards preventing this disease.

KEYWORDS: Stroke; Epidemiology; Hospitalization; Brazilian National Health System.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a organização mundial de saúde (OMS), 73% das mortes no Brasil são por doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2017). Essas doenças, estão entre as principais causas de internações hospitalares. Em relação a mortalidade o maior percentual é atribuído as doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011). A carga dessas doenças vêm aumentando rapidamente, ocasionando grande demanda por serviços de saúde e, impacto econômico aos cofres públicos (QUEIROZ et al, 2016).

Entre as doenças do aparelho circulatório, encontram-se as doenças cerebrovasculares, das quais a mais comum é o acidente vascular cerebral (AVC). De acordo com a OMS, um em cada seis indivíduos no mundo terá um AVC ao longo de seu curso de vida. Esses dados chamam a atenção para a importância de ações voltadas à vigilância à saúde, envolvendo desde ações preventivas e de promoção da saúde, até ações de reabilitação que visem favorecer a qualidade de vida da população (BRASIL, 2013).

No ano de 2016, o AVC representou a 3º causa de internação hospitalar entre as doenças do aparelho circulatório com um registro de 149.616 internações no país (BRASIL, 2016). Essa patologia apresenta altos níveis de morbidade e mortalidade e, nos casos em que os indivíduos acometidos não venham a óbito, poderão ser gerados quadros de incapacidades funcionais provisórios ou permanentes (DAMATA et al, 2016). A proporção de mortes hospitalares por AVC após assistência médica representa um indicador da qualidade dos serviços de urgência/emergência pré e intra hospitalar (LOPES et al, 2016).

No Brasil, o AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade, gerando grande impacto econômico e social. Dados apontam para uma incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes. Nessa perspectiva, a prevenção dessa doença representa a possibilidade de reduzir os custos com reabilitação e hospitalização. A prevenção deve ocorrer em todos os níveis de atenção, com maior ênfase na atenção básica, minimizando os riscos, principalmente para os que já tiveram um primeiro AVC, reduzindo a sua recorrência e maiores comorbidades em longo prazo (BRASIL, 2013).

O crescimento das internações por essa patologia pode ocorrer por ser de difícil controle e por estarem relacionadas a adesão dos usuários aos tratamentos. Para prevenção dessa doença, torna-se necessário o fortalecimento das ações na atenção básica, como por exemplo, ações voltadas para o controle da hipertensão e diabetes

de forma a prevenir as suas complicações (LUCIANO; DIAS, 2015).

O AVC é um problema de saúde pública, que poderá se agravar se não houver melhoria das condições socioeconômicas, educativas, qualidade do atendimento hospitalar e controle dos fatores de risco (GARRITANO et al, 2012).

Diante desse quadro, é fundamental mensurar em cada ente federativo, o perfil de hospitalizações por doenças do aparelho circulatório, especialmente as doenças cerebrovasculares, já que estas representam uma das principais causas de internação em todo o país. O conhecimento dessas informações possui o potencial de alertar os gestores quanto a importância da elaboração e implementação de estratégias de prevenção e promoção à saúde que visem a redução das internações hospitalares e consequentemente os custos para o sistema público de saúde.

Para identificação dessas informações, torna-se crucial a busca de dados nos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde. Entre eles, encontra-se o sistema de informação hospitalar (SIH), o qual representa uma importante fonte para conhecimento da morbidade hospitalar permitindo que os resultados encontrados colaborem para o planejamento e avaliação das ações do SUS (MARQUES; CONFORTIN, 2015).

Observar e analisar os gastos que as internações representam para o SUS e como eles estão distribuídos em relação às características da população, pode colaborar para a adoção de medidas preventivas capazes de evitar essas internações hospitalares. Considerando que entre as doenças do aparelho circulatório, o AVC, representa a 3º principal causa de internação no país, o objetivo dessa pesquisa é descrever o perfil e os custos de internações hospitalares por AVC no estado de Pernambuco.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, com recorte transversal e abordagem quantitativa, sobre as internações hospitalares de indivíduos acometidos por AVC no estado de Pernambuco, no período de 2012 a 2016. A pesquisa foi realizada a partir de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) disponibilizadas no departamento de informática do SUS do Ministério da Saúde.

O estado de Pernambuco possui uma população estimada em 2017 de 9.473.266 habitantes, sendo formado por 185 municípios (IBGE, 2017). As variáveis selecionadas para o estudo foram: número de internações hospitalares, sexo, faixa etária, gasto médio, gasto total de internações, média de permanência hospitalar e taxa de mortalidade hospitalar.

Foi coletado o número de autorizações de internação hospitalar (AIH) aprovados, classificado de acordo com a décima revisão da classificação internacional de doenças (CID-10), através dos códigos G45 (acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas), I63 (infarto cerebral) e I64 (acidente vascular

cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico).

Foram incluídas todas as internações, segundo o local de residência no período 2012 a 2016, correspondente aos anos completos disponíveis para acesso no período de coleta de dados (dezembro de 2017).

Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva simples, através da exposição de números absolutos e percentuais das variáveis pesquisadas utilizando o Microsoft Excel® versão 2010. A partir da descrição foi realizada a discussão dos dados à luz da literatura existente, comparando as informações encontradas com internações em outros estados da federação.

Por se tratar de estudo que utilizou de dados secundários disponibilizados em meio eletrônico pelo Ministério da Saúde, sendo essas informações de domínio público, não foi necessária a submissão desse projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, por não tratar-se de estudo com seres humanos.

3 | RESULTADOS

Entre os anos 2012 a 2016 foram registradas 51.861 internações hospitalares por AVC no estado de Pernambuco. Observou-se que o número de internações cresceu consideravelmente entre os anos 2012 a 2015, com decréscimo no ano de 2016 (tabela 1).

| Lista Morb CID-10 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
|---|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Acidente vascular cerebral isquêmico transitório e síndrome correlata | 1799 | 2811 | 370 | 425 | 332 | 5737 |
| Infarto cerebral | 734 | 913 | 924 | 1225 | 966 | 4762 |
| Acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico | 3289 | 6676 | 10211 | 10535 | 10651 | 41362 |
| Total | 5822 | 10400 | 11505 | 12185 | 11949 | 51861 |

Tabela 1 - Número de internações hospitalares por AVC no estado de Pernambuco nos anos 2012 a 2016.

Em relação as variáveis faixa etária e sexo observou-se pouca diferença entre os registros de internações por sexo, com discreta predominância do sexo masculino. Já em relação a faixa etária observou-se maior percentual de internações a partir dos 60 anos de idade (tabela 2).

| FAIXA ETÁRIA | MASC | | FEM | | TOTAL | |
|--------------|------|--------|-----|--------|-------|--------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Menor 1 ano | 7 | 0,013% | 9 | 0,017% | 16 | 0,031% |
| 1 a 4 anos | 11 | 0,021% | 11 | 0,021% | 22 | 0,042% |
| 5 a 9 anos | 34 | 0,066% | 24 | 0,046% | 58 | 0,112% |
| 10 a 14 anos | 55 | 0,106% | 41 | 0,079% | 96 | 0,185% |

| | | | | | | |
|----------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|-------------|
| 15 a 19 anos | 100 | 0,193% | 92 | 0,177% | 192 | 0,370% |
| 20 a 29 anos | 322 | 1% | 388 | 1% | 710 | 1% |
| 30 a 39 anos | 785 | 2% | 819 | 2% | 1604 | 3% |
| 40 a 49 anos | 2122 | 4% | 2189 | 4% | 4311 | 8% |
| 50 a 59 anos | 4733 | 9% | 3760 | 7% | 8493 | 16% |
| 60 a 69 anos | 7224 | 14% | 5713 | 11% | 12937 | 25% |
| 70 a 79 anos | 6559 | 13% | 6993 | 13% | 13552 | 26% |
| 80 anos e mais | 4125 | 8% | 5745 | 11% | 9870 | 19% |
| Total | 26077 | 50,28% | 25784 | 49,72% | 51861 | 100% |

Tabela 2 - Número de internações hospitalares por AVC por faixa etária e sexo no estado de Pernambuco, nos anos 2012 a 2016.

Sobre a média de permanência hospitalar, registrou-se uma média em torno de 8 dias para ambos os sexos. O valor médio dessas internações entre os anos analisados foi de aproximadamente 1.300 reais para ambos os sexos, com um leve incremento entre os anos 2012 e 2014 e decréscimo entre os anos 2015 e 2016. Essas internações oneraram o sistema público de saúde com um valor total de R\$ 66.173.206,50 centavos (tabela 3).

| MÉDIA DE PERMANÊNCIA | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Sexo | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
| Masc | 7,5 | 7,2 | 7,5 | 7,7 | 8 | 7,6 |
| Fem | 7,4 | 7,2 | 7,8 | 7,8 | 8,1 | 7,7 |
| Total | 7,5 | 7,2 | 7,6 | 7,7 | 8,1 | 7,7 |
| VALOR MÉDIO DA INTERNAÇÃO | | | | | | |
| Sexo | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
| Masc | 1.177,33 | 1.405,84 | 1.453,10 | 1.246,96 | 1.167,53 | 1.298,35 |
| Fem | 1.106,68 | 1.327,94 | 1.397,22 | 1.207,82 | 1.168,75 | 1.253,34 |
| Total | 1.140,80 | 1.366,64 | 1.425,43 | 1.227,81 | 1.168,13 | 1.275,97 |
| VALOR TOTAL DA INTERNAÇÃO | | | | | | |
| Sexo | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
| Masc | 3.310.639,13 | 7.263.990,11 | 8.438.166,78 | 7.758.612,54 | 7.085.747,29 | 33.857.155,85 |
| Fem | 3.331.116,23 | 6.949.106,93 | 7.961.370,04 | 7.202.207,35 | 6.872.250,10 | 32.316.050,65 |
| Total | 6.641.755,36 | 14.213.097,04 | 16.399.536,82 | 14.960.819,89 | 13.957.997,39 | 66.173.206,50 |

Tabela 3 - Média de permanência hospitalar, valor médio e valor total da internação por AVC no estado de Pernambuco nos anos 2012 a 2016.

Em relação a taxa de mortalidade por AVC não observou-se diferenças significantes entre os sexos feminino e masculino. Entre os anos analisados visualizou-se um decréscimo na taxa de mortalidade em ambos os sexos (tabela 4). A maior taxa de mortalidade registrada foi na faixa etária acima de 80 anos com decréscimo na taxa entre os anos 2012 e 2015 (tabela 5).

| SEXO | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | TOTAL |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Masc | 15,11 | 14,44 | 13,07 | 12,18 | 12,13 | 13,13 |
| Fem | 16,18 | 14,98 | 13,55 | 12,66 | 12,86 | 13,78 |
| Total | 15,66 | 14,71 | 13,31 | 12,42 | 12,49 | 13,46 |

Tabela 4 - Taxa de mortalidade por AVC, segundo sexo no estado de Pernambuco, nos anos 2012 a 2016.

| Faixa Etária | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Menor 1 ano | - | 33,33 | 25 | 25 | - | 18,75 |
| 1 a 4 anos | 50 | - | - | - | - | 4,55 |
| 5 a 9 anos | 25 | - | 4,55 | - | - | 3,45 |
| 10 a 14 anos | 15,38 | 8,7 | 4,17 | 5,56 | 11,11 | 8,33 |
| 15 a 19 anos | 9,52 | 9,76 | 4,26 | 6,52 | - | 5,73 |
| 20 a 29 anos | 12,33 | 9,46 | 9,84 | 5,03 | 10,22 | 9,01 |
| 30 a 39 anos | 10,74 | 13,43 | 9,91 | 12,23 | 9,59 | 11,28 |
| 40 a 49 anos | 14,73 | 15,69 | 11,8 | 12,42 | 9,95 | 12,55 |
| 50 a 59 anos | 11,86 | 12,14 | 13,24 | 11,3 | 9,68 | 11,55 |
| 60 a 69 anos | 12,69 | 12,06 | 11,58 | 10,56 | 9,54 | 11,08 |
| 70 a 79 anos | 17,21 | 15,04 | 12,66 | 11,75 | 13,4 | 13,61 |
| 80 anos e mais | 20,87 | 20,18 | 18,56 | 17,57 | 20,24 | 19,33 |
| Total | 15,66 | 14,71 | 13,31 | 12,42 | 12,49 | 13,46 |

Tabela 5 - Taxa de mortalidade por AVC, segundo faixa etária no estado de Pernambuco, nos anos 2012 a 2016.

4 | DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram um aumento de internações hospitalares por AVC entre os anos analisados. Esse aumento pode ser explicado por falhas nas ações de prevenção em saúde, as quais podem ser atribuídas ao desenvolvimento de ações na atenção primária, assim como a não adesão dos usuários a hábitos de vida que visem reduzir os fatores de risco predisponentes para a doença. Entretanto, não se pode afirmar quais fatores ocasionaram esse incremento de internações, visto que esse estudo limitou-se a descrever os dados registrados no sistema de informação hospitalar.

Em contraste a esse achado, no estudo de Lima; Pernambuco (2017) foi registrado uma redução das internações hospitalares por AVC em 16% entre os anos 2010 e 2014 no estado da Paraíba. O declínio das internações nesse estado pode estar relacionado a implementação de programas de combate a fatores de risco para a doença.

Em outra pesquisa, na qual foram investigadas nove unidades federativas na região nordeste do Brasil, também observou-se uma redução de 64% na incidência de AVC isquêmico desde o ano de 2002. Esses resultados coincidiram com a implementação de políticas públicas direcionadas ao controle da hipertensão arterial e

diabetes mellitus (LOPES et al, 2013).

Considerando que essas condições são fatores de risco para o AVC, torna-se primordial o trabalho de promoção da saúde, favorecendo a conscientização do indivíduo como autônomo e protagonista do processo saúde-doença. Nessa perspectiva, a estratégia de saúde da família possui um relevante papel ao contribuir com a realização de ações para o controle da hipertensão e diabetes (RIBEIRO et al, 2012).

Em relação as variáveis sexo e faixa etária, observou-se nesse estudo uma discreta predominância do sexo masculino e na faixa etária a partir de 60 anos de idade. Já na pesquisa de Lima; Pernambuco (2017) foi encontrado uma discreta predominância do sexo feminino. Sobre a faixa etária no estado da Paraíba também evidenciou-se um crescimento mais acentuado das internações a partir dos 60 anos de idade.

Em outro estudo no qual foi verificado o perfil epidemiológico do AVC no Brasil no ano de 2014, foi registrado que a morbidade hospitalar aumentou gradativamente com o decorrer da idade, sendo mais evidente na faixa etária superior aos 80 anos. Fatores como hipertensão, tabagismo, diabetes ou até mesmo a idade avançada podem explicar o alto número de internações (BOTELHO et al, 2016). Apesar de observar uma maior incidência na população idosa, convém destacar que ações preventivas devem ser estabelecidas durante todo o ciclo de vida.

Nesse sentido, foi estabelecido no Brasil o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças não transmissíveis entre os anos 2011-2025. Esse plano apresenta diversas ações que visam à promoção da saúde, à prevenção e o controle dessas doenças. Entre as ações estão incluídas a promoção de hábitos saudáveis, através de iniciativas como o programa Academia da Saúde, alimentação saudável, grupos operativos, entre outros (BRASIL, 2011). Além disso, prioriza ações como cessação do tabagismo, o controle glicêmico e acesso a medicamentos para prevenção de doenças cardiovasculares (MALTA; SILVA JR, 2013).

Em relação a média de permanência hospitalar nessa pesquisa foi registrado uma média em torno de 8 dias. Em outras pesquisas também foi apontado uma média entre 7 a 8 dias de internação (LIMA; PERNAMBUCO, 2017; BOTELHO et al,2016). Portanto, observa-se que essa média corresponde ao encontrado na literatura, sendo imprescindível considerar que como esse usuário permanece em média uma semana, e geralmente acomete mais a população idosa, torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos aos cuidados necessário, para evitar iatrogenias, e assim, minimizar a necessidade de custos adicionais (LIMA; PERNAMBUCO, 2017).

Sobre o valor médio da internação, na Paraíba foi registrado um custo de R\$ 1054, 58 centavos (LIMA; PERNAMBUCO, 2017), valor esse próximo ao encontrado nessa pesquisa no ano de 2012 (1.140,80 centavos). Importante ressaltar que existem poucos estudos que analisam os custos decorrente da internação hospitalar por AVC, dificultando a realização de comparações com outros estados federativos.

Em relação a taxa de mortalidade, observou-se uma redução ao longo dos anos analisados. Essa redução pode ser explicada por uma melhor qualidade da assistência hospitalar. No estudo de Garritano et al (2012), cujo objetivo foi analisar a tendência de mortalidade por AVC no Brasil, também foi registrado uma tendência de queda na taxa de mortalidade. Os autores destacaram que os motivos que podem explicar essa redução estão ligados a uma série de fatores, entre eles: o controle dos fatores de risco, procedimentos de alta tecnologia (angioplastias), maior número de equipamentos nos hospitais para o diagnóstico mais preciso e atendimentos mais rápidos. Entretanto, existem grandes desigualdades no país, além de os recursos destinados a saúde pública serem escassos, dificultando o acesso da população de algumas localidades a esses procedimentos.

Em outro estudo também foi observado declínio na taxa de mortalidade cerebrovascular. As reduções mais expressivas ocorreram nos estados com maior nível socioeconômico e as de menor impacto em estados menos desenvolvidos (LOTUFO et al, 2017).

Por fim, é importante destacar que quando essa doença não provoca o óbito do paciente, um grande percentual de indivíduos apresenta após a alta hospitalar deficiências ou incapacidades transitórias ou permanentes, necessitando de cuidados de reabilitação em longo prazo. Essas condições além de onerarem o sistema público de saúde, ocasionam ao indivíduo repercussões negativas em suas atividades de vida diária e em sua qualidade de vida.

5 | CONCLUSÃO

Os dados dessa pesquisa permitiram identificar um aumento das internações hospitalares por AVC no estado de Pernambuco entre os anos 2012 a 2015. Em relação ao sexo observou-se discreta predominância do sexo masculino e um maior percentual de internações na população idosa (acima de 60 anos). Essas internações geraram um custo médio de 1.275 reais para o SUS.

Considerando que essa patologia vem ocasionando um alto número de internações torna-se fundamental a contínua implementação de ações que visem a prevenção dessa doença. Nessa perspectiva, a atenção primária possui um relevante papel pois através das ações educativas, grupos terapêuticos e controle de hipertensão, diabetes e demais fatores de risco pode-se evitar o surgimento do AVC e conseqüentemente a internação hospitalar e cuidados de reabilitação em longo prazo.

Os desafios são imensos, requerendo uma análise aprofundada das ações desenvolvidas por cada município e a prevenção dessa doença exige uma atuação articulada dos diversos entes governamentais, profissionais e população em geral.

REFERÊNCIAS

- BOTELHO, T. S. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em saúde**, João Pessoa, v 16, n.2, 2016. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16221.pdf>>. Acesso em: 09 de dezembro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de saúde (TABNET). **Morbidade hospitalar no SUS. 2016**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6927&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nr>>. Acesso em: 09 de dezembro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.
- DAMATA, S. R. R. et al. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. **R. Interd.**, v. 9, n. 1, p. 107-117, jan. fev. mar. 2016. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/751>>. Acesso em: 01 de dezembro de 2017.
- GARRITANTO, C. R. et al. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. **Arq Bras Cardiol**, v.98, n.6, p.519-527, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2012000600007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 de dezembro de 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2017**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.
- LIMA, I. B.; PERNAMBUCO, L. Morbidade hospitalar por acidente vascular encefálico e cobertura fonoaudiológica no Estado da Paraíba, Brasil. **Audiol Commun Res.**, v. 22, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S231764312017000100315&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 de dezembro de 2017.
- LOPES, J. M. et al. Acidente vascular cerebral isquêmico no Nordeste brasileiro: uma análise temporal de 13 anos de casos de hospitalização. **ConScientiae Saúde**, v. 12, v.2, p. 321-328, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/929/92928018019.pdf>>. Acesso em: 09 de dezembro de 2017.
- LOPES, J. M. et al. Hospitalização por acidente vascular encefálico isquêmico no Brasil: estudo ecológico sobre possível impacto do Hiperdia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 122-137, jan-mar,2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000100122&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 de dezembro de 2017.
- LOTUFO, P. A. et al. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, suplemento 1, p. 129-141, maio, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2017000500129&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 de dezembro de 2017.
- LUCIANO, T. V.; DIAS, J. A. Internações por condições sensíveis a atenção primária em município da região Norte do Espírito Santo. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 17, n. 3,p.23-32, jul-set, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/14133/9962>>. Acesso em: 01 de dezembro de 2017.
- MALTA, D, C; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan-mar 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S167949742013000100016>. Acesso em: 09 de dezembro de 2017.

MARQUES, L. P., CONFORTIN, S. C. Doenças do Aparelho Circulatório: Principal Causa de Internações de Idosos no Brasil entre 2003 e 2012. **R bras ci Saúde**, v. 19, n.2, p.83-90, 2015. Disponível em: < <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/23631>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

QUEIROZ, D. C. et al. Associação entre doenças cardiocirculatórias e internações hospitalares entre pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v.49, n. 1, p. 52-59, 2016. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n1/AO7-Associacao-entre-doencas-cardiocirculatorias-e-internacoes-no-SUS.pdf>>. Acesso em: 01 de dezembro de 2017.

RIBEIRO, K. S. Q. et al. Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. **R bras ci Saúde**, v. 16, n. 2, p. 25-44, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/16433>>. Acesso em: 09 de dezembro de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2017**. Geneva: World Health Organization, 2017.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VIOLÊNCIAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SENHOR DO BONFIM-BAHIA

Nayara Oliveira Santos

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Campus VII.
Senhor do Bonfim-BA.

Silvana Gomes Nunes Piva

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Campus VII.
Senhor do Bonfim-BA.

Antônia Adonis Callou Sampaio

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Campus VII.
Senhor do Bonfim-BA.

RESUMO O presente estudo buscou em sua abordagem quanti-qualitativa com análise descritiva, traçar o perfil epidemiológico das violências na infância e na adolescência no município de Senhor do Bonfim-Bahia nos anos de 2010 a 2014, baseado nas variáveis da ficha de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada padronizada pelo Ministério da Saúde, descrevendo o fluxograma institucional das notificações de violências contra criança e adolescente. Das 97 notificações, 65 (67,01%) vítimas são adolescentes, na faixa etária de 16 a 18 anos (38,17%), e 49 (50,51%) do sexo masculino, e violência física prevalente em 73 (75,25%) dos casos. A qualidade das informações presentes nas notificações é discutida expondo a necessidade de

capacitações voltadas à educação profissional quanto ao ato da notificação.

PALAVRAS-CHAVE Violência; notificação; criança; adolescente.

ABSTRACT This study looked at their quantitative and qualitative approach with descriptive analysis, trace the epidemiological profile of violence in childhood and adolescence in the city of Senhor do Bonfim, Bahia in the years 2010-2014, based on the variables of the notification form of Violence Interpersonal/Standardized self-harm by the Ministério da Saúde, describing the institutional flowchart of reports of violence against children and adolescents. Of the 97 notifications, 65 (67,01%) victims are teenagers, aged 16-18 years (38,54%), and 49 (50,51%) were male, and physical violence prevalent in 73 (75,25%) cases. The quality of information contained in notifications is discussed exposing the need for training focused on professional education as the act of notification.

KEYWORDS Violence; notification; child; teenager.

INTRODUÇÃO

A violência é considerada um problema social com ampla característica histórica, é consequente de perdas e danos para os indivíduos afetados, sendo uma das principais

causas de morte populacional, ocorrendo em meio social ou até mesmo familiar, e podendo ser classificada como violência física, sexual, psicológica e negligência (BRASIL, 2009).

No Brasil a cada hora são registrados cinco casos de violências contra crianças e adolescentes, totalizando 129 casos por dia (UNICEF, 2014). No ranking brasileiro o estado da Bahia é o terceiro estado com maior registro de violências na infância e adolescência, permanecendo atrás dos estados de Alagoas e Espírito Santo (MPF, 2014).

Em pesquisa realizada pela Fundação Telefônica Promenino no ano de 2014, foi observado as características prevalentes dessas violências, sendo elas: a violência psicológica como a que mais acomete a criança e o adolescente; principais autores das violências a Mãe e o Pai; e local de ocorrência a casa da vítima (MPF, 2014).

Essas violências tornaram-se cada vez mais frequentes, estando inseridas em distintas classes sociais. Sua apresentação pode ocorrer de diversas formas, tanto é que não podemos afirmar um caso de violência com um sinal ou sintoma isolado, para isso é preciso estar atento e ter um olhar amplo, correlacionando problemas identificados com relatos da vítima ou pessoas próximas (familiares, amigos, vizinhos) (BRASIL, 2002).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei 8.069/1990, é considerado criança a pessoa com 12 anos incompletos e adolescente dos 12 aos 18 anos de idade. Em seu Artigo 5º diz que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 2014). Esta Lei tem como fundamento a proteção da criança e do adolescente, fazendo com que seus direitos sejam assegurados, direitos esses fundamentais a pessoa humana, como a saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade, e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2014).

Proporcionar a segurança da criança e do adolescente, assim como auxiliá-los em seu desenvolvimento e recuperação de saúde é um dever público, e a notificação de casos de violências à criança e o adolescente é considerada um meio de proteção a essas vítimas. O primeiro registro de notificação de violência causada a criança e/ou adolescente, ocorreu na década de 1990, e tinha como propósito fundamental promover a proteção dessas vítimas, tornando-se um instrumento de proteção indispensável para tomada de decisões principalmente quanto às políticas públicas. (ASSIS et al., 2012).

Por tanto, profissionais de saúde devem estar capacitados para a identificação de sinais e sintomas apresentados pela criança e o adolescente vítima de qualquer violência, tendo em vista sua responsabilidade frente a lei como obrigação legal. A subnotificação de casos de violência faz com que as informações necessárias para a tomada de medidas de proteção, não cheguem às autoridades competentes, deixando

crianças e adolescentes suscetíveis a continuidade de atos violentos, e prejudicando ações de intervenção para a realidade ali inserida (MAGALHÃES et al., 2009).

O objetivo desse artigo foi apresentar o perfil epidemiológico das violências na infância (0 à 12 anos incompletos) e na adolescência (12 aos 18 anos de idade) no município de Senhor do Bonfim-Ba, entre os anos de 2010 à 2014, tendo como base de dados as notificações de violência interpessoal/ autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo e analítico de caráter qualitativo e quantitativo, tendo como fonte de dados o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da 28ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES). Essa Regional de Saúde possui sede no município de Senhor do Bonfim (BA), abrangendo 9 municípios com 305.959 habitantes no total, porém, o estudo se restringe as notificações realizadas apenas no município de Senhor do Bonfim que possui 80.810 habitantes (SECRETARIA DE SAÚDE BAHIA, 2015).

A população do estudo foi formada por indivíduos de 0 a 18 anos de idade, crianças e adolescentes, que sofreram algum tipo de violência no município de Senhor do Bonfim. Foram considerados todos os casos de violências interpessoal/ autoprovocada notificados entre o período de janeiro de 2010 à dezembro de 2014, totalizado 97 fichas de notificação.

O processo de coleta de dados iniciou-se com a visita a Secretaria Municipal de Saúde, sendo solicitada a liberação do banco de dados SINAN, e coleta dos dados, após a coleta desses, foram registrados em planilha Excel, contendo as variáveis: Dados da Pessoa Atendida: idade, sexo, cor; Dados da Ocorrência: zona de ocorrência, ocorreu outras vezes, meio de agressão, tipos de violência; Violência Sexual: se ocorreu violência sexual qual o tipo; Dados do Provável Autor da Agressão: número de envolvidos, relação com a pessoa atendida, sexo do provável autor da agressão, suspeita de uso de álcool; Evolução e Encaminhamento: encaminhamento da pessoa atendida para outros setores, classificação final. Calculou-se os números absolutos e relativos dos casos notificados de violência interpessoal/ autoprovocada. O método de análise utilizado foi o de Bardin, criado pela psicóloga e professora Laurence Bardin, onde é possível fazer a análise de estudos tanto quantitativos quanto qualitativos (OLIVEIRA, 2008).

Na análise de dados foram seguidas as seguintes etapas de acordo com o método escolhido: pré-análise (processo de escolha dos documentos); exploração do material (dados brutos transformados sistematicamente e agregados em unidades); tratamento dos resultados, inferência e interpretação (apresentação dos dados), sendo também apresentados gráficos e tabelas, para melhor análise e compreensão da pesquisa

(OLIVEIRA, 2008). Foram mantidos os dados sem informação (ignorados).

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, em 08 de maio de 2015, com numeração 1.050.714.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil epidemiológico das violências na infância e na adolescência

No município de Senhor do Bonfim, situado no interior do estado da Bahia, durante os anos de 2010 à 2014 foram registradas um total de 97 notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada, em crianças e adolescentes. Das vítimas a maioria **é adolescente com 65 (67,01%) notificações, na faixa etária de 16 a 18 anos (38,54%)**. Do total de casos 49 (50,51%) são do sexo masculino, sendo a violência física a mais presente em 73 (75,25%) dos casos.

De acordo com os dados referentes à faixa etária de crianças e adolescentes vítimas das violências, a idade entre 0 a 4 anos obteve 16 (16,49%) casos, 5 a 9 anos 10 (10,30%), 10 a 12 anos com o menor número de notificações 8 (8,24%), 13 a 15 anos 25 (25,77%), 16 a 18 anos representando o maior número 37 (38,17%) casos, e em branco 1 (1,03%), com média de idade de 12 anos.

Na pesquisa realizada em Senhor do Bonfim foi observado o aumento do número dessas violências, a partir dos 13 aos 15 anos de idade. No estado da Bahia esse número é visto a partir dos 10 anos de idade (MORAIS, 2012), sendo perceptível que é no momento de transição entre a fase da infância e da adolescência que esses indivíduos tornam-se mais propensos a sofrerem tais violências, podendo está relacionado com a fase em que a menina e o menino estão passando por mudanças físicas, que podem despertar o interesse de adultos, e comportamentais, sendo a agressividade frequentemente notável, onde muitos adolescentes se envolvem em brigas com outros adolescentes e/ou adultos (CAMPOLINA, 2012).

| Faixa etária, anos | Total | |
|--------------------|-------|--------|
| | n | % |
| 0-4 | 16 | 16,49% |
| 5-9 | 10 | 10,30% |
| 10-12 | 8 | 8,24% |
| 13-15 | 25 | 25,77% |
| 16-18 | 37 | 38,17% |
| Ignorado | 0 | 0,00% |
| Em branco | 1 | 1,03% |
| Total | 97 | 100% |

Tabela 1- Faixa etária de crianças e adolescentes vítimas de violências em Senhor do Bonfim-Ba, 2010 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

No que diz respeito a cor da pele e etnia, dos casos notificados 56 (62,22%) possuem cor da pele parda, 8 (8,89%) preta, e 1 (1,11%) branca, sendo que em 25 (27,78%) casos foi preenchido como ignorado. Em pesquisa realizada na cidade de Blumenau-Santa Catarina, no ano de 2010, dos 406 casos de crianças e adolescentes vítimas de violências, 340 (83,74%) foram correspondentes a cor branca, 58 parda (14,28%), e 8 (1,9%) negra (FREITAG, 2010).

Esses valores são inversos aos encontrados no município de Senhor do Bonfim. Os valores encontrados na cidade de Blumenau podem ser justificados por se tratar de uma cidade localizada em região de colonização europeia, por isso maior número de etnia branca. Já em Senhor do Bonfim prevalece a cor da pele parda, por está localizado no estado da Bahia, onde há maior miscigenação de afrodescendentes em comparação a outros estados brasileiros (COSTA, et al., 2007).

Na tabela 2 é possível visualizar que 64 (65,97%) dos casos aconteceram na zona urbana, enquanto na zona rural 17 (17,54%) registros, notificações em branco 14 (14,43%) e ignorado 2 (2,06%). O valor elevado na zona urbana pode está atrelado a grande concentração populacional, de comércios, creches, escolas e moradias, locais constantemente frequentados por crianças e adolescentes como também por adultos (RUZANY; MEIRELLES, 2009).

| Zona de ocorrência | Total | |
|--------------------|-------|--------|
| | n | % |
| Urbana | 64 | 65,97% |
| Rural | 17 | 17,54% |
| Periurbana | 0 | 0,00% |
| Ignorado | 2 | 2,06% |
| Em branco | 14 | 14,43% |
| Total | 97 | 100% |

Tabela 2 – Prevalência da zona de ocorrência das violências contra crianças e adolescentes.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Quanto ao local de ocorrência, o número de ignorados é superior, representando 42 (47,73%) casos, enquanto residência e via pública obtiveram cada uma 16 (18,18%) registros, outros 10 (11,36%), escola 2 (2,27%), local de prática esportiva e indústrias/construção 1 (1,14%) cada. O correto preenchimento desse item é de fundamental importância epidemiológica e social, pois auxilia na delimitação dos locais prevalentes dessas violências, além de garantir qualidade da pesquisa voltada ao conhecimento desse agravo, objetivando políticas públicas para combate das violências (GARBIN, et al., 2011).

No que se refere ao tipo de violência sofrida, a violência física está presente em

73 (63,48%) notificações, sexual 29 (25,22%), psicológica/moral 9 (7,83%), tortura 2 (1,74%), financeira/econômica 1 (0,87%) e intervenção legal 1 (0,87%). Tráficos de seres humanos, negligência/abandono e trabalho infantil, não obtiveram notificações. Diversos fatores podem desencadear tais violências, como conflitos entre o casal, comportamento da criança e/ou adolescente, histórico de vida dos pais, dificuldade no processo de impor limitações aos filhos, alcoolismo, fatores socioculturais, carga horária de trabalho e uso de drogas (BRITO, et al., 2005).

No Brasil no ano de 2014 foram registradas através do Disque-Denúncia 91.342 casos de violências de crianças e adolescentes, destas a que prevaleceu foi a negligência com (74%), seguida da violência psicológica (49%), violência física (43%) e violência sexual (25%) (CHILDHOOD, 2015). Vale salientar que dificilmente uma violência vem isolada, como por exemplo, a violência sexual, geralmente está acompanhada da violência física, o agressor tenta conter a vítima violentando-a, e violência psicológica, por meio de ameaças feitas a vítima para que ela não conte sobre tal sofrimento (SECRETARIA DE SAÚDE SÃO PAULO, 2007).

No período de 2010 à 2014 no município de Senhor do Bonfim-Bahia, é perceptível o quanto a violência física acomete crianças e adolescente (Gráfico 1). É notável que no ano de 2012 o pico de crescimento de notificações das violências física, sexual e psicológica foi expressivo, podendo ser resultado de ações voltadas à sensibilização e capacitação de profissionais quanto ao ato de notificar (ASSIS, S. G et al., 2012).

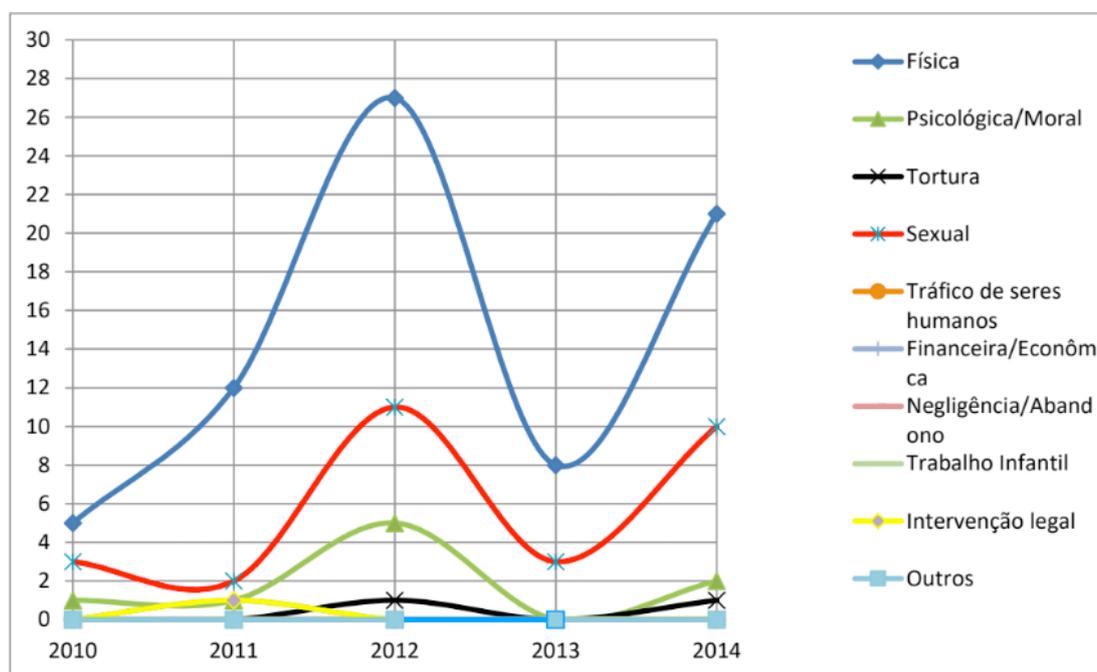


Gráfico 1 - Prevalência das violências na infância e adolescência no município de Senhor do Bonfim- Bahia, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em Londrina-Paraná foi realizado um estudo no ano de 2009, com o objetivo de analisar e comparar o comportamento das violências em menores de 15 anos de

idade, notificadas nos anos de 2002 e 2006 aos Conselhos Tutelares do município. Dessas notificações foram encontradas um total de 1.620 casos, sendo a violência física a que mais acometeu esses menores de idade, com um número de 321 (52,9%) casos em 2002, e 488 (48,2%) casos em 2006 (MARTINS; JORGE, 2009).

Comparando com Senhor do Bonfim os casos notificados não apresentam essas proporções próximas, como por exemplo, as notificações de violência física, com 5 (6,84%) casos em 2010, 12 (16,43%) casos em 2011, 27 (36,98%) casos em 2012, 8 (10,95%) casos em 2013, e 21 (28,76%) casos em 2014. Tais dados demonstram a necessidade de uma educação contínua quanto ao ato de notificar e ao atendimento prestado as vítimas para melhor resolutividade dos casos (COSTA, et al., 2007).

A maior parte das notificações de violência sexual é caracterizada como estupro com 20 (68,97%) casos, exploração sexual possui 3 casos (10,34%), pornografia infantil 2 (6,90%), outros 2 (6,90%), assédio sexual 1 (3,45%) e atentado violento ao pudor 1 (3,45%). Não houve registros de notificação de tráfico de seres humanos, negligência/abandono e trabalho infantil.

É preocupante o número de casos de estupro notificados, visto que crianças e adolescentes fazem parte do grupo vulnerável a sofrerem esse tipo de violência, pois são indivíduos dependentes que necessitam de supervisão, ou seja, a pessoa adulta exerce maior poder sobre a criança e/ou adolescente (1ª VARA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

Os meios de agressão utilizados durante essas violências foram identificados como, força corporal/espancamento em 48 casos (51,61%), objeto perfuro cortante 17 (18,28%), ameaça 12 (12,90%), arma de fogo 9 (9,68%), outro 3 (3,23%), objeto contundente 2 (2,15%), enforcamento 1 (1,08%) e substância/objeto quente 1 (1,08%).

O uso da força corporal e ameaças nas violências também podem ser consequência de métodos educacionais utilizados por algumas famílias, onde se acredita que a desobediência deve ser penalizada com a utilização desses métodos. No grupo de adolescentes deve ser levado em conta as brigas em comunidade e escola entre os próprios adolescentes, que resultam no uso da força corporal, objeto contundente, e até mesmo arma de fogo (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2011).

De acordo com as informações referentes ao provável autor da agressão é visto que em 31 (59,62%) dos casos trata-se de apenas um agressor, seguido de dois ou mais agressores 12 (23,08%) e ignorado 9 (17,31%).

No que se refere ao vínculo/ grau de parentesco com a pessoa atendida, é identificado que a maioria dos prováveis autores da agressão são amigos/conhecidos com 15 (41,67%) casos, desconhecido 9 (25,00%), pai 3 (8,33%), irmão 2 (5,56%), outros 2 (5,56%), ex-cônjuge 1 (2,78%), pessoa com relação institucional (profissional de saúde, professor, padre, pastor, outros) 1 (2,78%), e própria pessoa (situações de violência autoprovocada) 1 (2,78%).

Quanto ao fato do agressor possuir vínculo familiar e/ou afetivo com a vítima, isso pode gerar comprometimento na identificação dos casos de violência, pois os

envolvidos geralmente não fazem a denúncia por possuírem tal vínculo. Seja por medo, vergonha, ou ainda como forma de proteger a si mesmo e sua família de algum possível dano (SECRETARIA DE SAÚDE SÃO PAULO, 2007).

Em relação ao sexo do provável autor da agressão, o sexo masculino prevalece com 37 (45,12%) casos, ignorado com 45 (54,88%) casos, os itens: sexo feminino e ambos os sexos, não obtiveram informação. O sexo masculino também é outra característica apontada em diversos estudos como o do provável agressor, onde crianças e adolescentes são predominantemente violentadas por homens, sejam familiares, amigos ou desconhecidos (COSTA, et al., 2007).

Relacionado a suspeita de uso de álcool, ainda nos dados do provável agressor, o quesito 'sim' esteve presente em 17 (20,48%) casos, enquanto 'não' representou 14 (16,87%), e 'ignorado' obteve 52 (62,65%) casos. Segundo pesquisa realizada pelo Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA), relacionada ao uso de álcool e a violência, o uso de álcool torna o agressor mais violento e também fragiliza a vítima, estando mais suscetível a violência. Outra questão apontada é que a violência com o uso de álcool acontece frequentemente no ambiente familiar, o pai/marido principal usuário do álcool, sendo mulheres e crianças principais vítimas (CISA, 2015).

O encaminhamento dessas vítimas para outros setores envolvem primeiramente o Conselho Tutelar com 19 (19,58%) encaminhamentos, em seguida as delegacias com 14 (14,47%), Centro de Referência Social/CRAS e Instituto Médico Legal/IML cada um com 10 (10,30%), e outros 7 (7,21%), e o expressivo número de notificações com esse item em branco 34 (35,05%) . A Vara da Infância e Juventude, Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente e o Ministério Público representaram 1 (1,03% cada) notificação.

O Conselho Tutelar aparece como primeira escolha de encaminhamento, pois tratar-se de um órgão público, com o propósito de assegurar os direitos da criança e do adolescente previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), realizando atendimento aos casos suspeitos ou confirmados de violências, tomando as medidas necessárias para a promoção da segurança das vítimas e solicitando outros serviços (educação, serviço social, entre outros) quando necessário (COSTA, et al., 2007).

| Evolução e encaminhamento | Total | |
|--|-------|--------|
| | n | % |
| Conselho tutelar | 19 | 19,58% |
| Vara da infância/juventude | 1 | 1,03% |
| Casa de proteção/abrigo | 0 | 0,00% |
| Programa Sentinela | 0 | 0,00% |
| Delegacia Especializada da Mulher | 0 | 0,00% |
| Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente | 1 | 1,03% |
| Outras delegacias | 14 | 14,47% |
| Ministério Público | 1 | 1,03% |

| | | |
|---|----|--------|
| Centro de Referência da Assistência Social/CRAS | 10 | 10,30% |
| IML | 10 | 10,30% |
| Outros | 7 | 7,21% |
| Em branco | 34 | 35,05% |
| Total | 97 | 100% |

Tabela 3 – Evolução e encaminhamento de crianças e adolescentes vítimas de violências – Senhor do Bonfim-Ba, 2010 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O elevado percentual do item ignorado e em branco nas notificações chama a atenção, principalmente nas seguintes variáveis: local de ocorrência, evolução e encaminhamento, sexo do provável autor da agressão, e suspeita de uso de álcool. Nas duas últimas variáveis os valores ultrapassam 50%, ou seja, mais da metade das notificações obtidas não possuem respostas para essas questões.

É preocupante essa falta de informação porque acaba por fragilizar a qualidade das informações, já que é através desse preenchimento que se busca o conhecimento dos fenômenos que envolvem as violências, para o planejamento, organização e execução de ações nos serviços de saúde (MASCARENHAS, et al., 2010).

Vale mencionar que a incompleta notificação pode ocorrer por diversos fatores: desconhecimento da ficha de notificação pelos profissionais, do fluxo de notificação; resistência ao preenchimento de um instrumento com um número elevado de questões, medo de represália por algum envolvido e/ou comunidade e despreparo técnico e emocional para a identificação da violência (ASSIS, S. G et al., 2012).

Neste contexto, destaca-se a necessidade do fortalecimento da relação entre as redes de saúde e as demais instituições, para o enfrentamento dos entraves que envolvem esse processo de notificar, como por exemplo, a realização de capacitações voltadas à sensibilização dos profissionais ao preenchimento das fichas de notificação, tendo em vista aperfeiçoar a prestação do atendimento as vítimas dessas violências. (ASSIS, S. G et al., 2012).

Fluxograma das notificações

Os achados do presente estudo referentes ao fluxograma das notificações, foram obtidos durante a coleta de dados na Secretária de Saúde do município, demonstrando que o fluxo em nível municipal acontece do seguinte modo: o caso de violência é notificado em duas vias, seja no hospital público ou particular, e ou no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), a primeira via permanece no serviço de saúde, enquanto a segunda via é encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde, onde será feita a digitação dos dados presentes na ficha, para a consolidação, análise e transferência dos mesmos na base de dados do SINAN (Sistema de Informação de

Agravos de Notificação), e assim encaminhados para a Secretaria Estadual de Saúde.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) expõe o fluxograma dessas violências, que deve ser seguido do seguinte modo: a Secretaria Municipal de Saúde deve realizar a coleta contínua das notificações nos serviços de saúde, digitar as informações contidas nas fichas de notificação para o SINAN, onde esses dados serão consolidados, analisados e transferidos da Secretaria Municipal de Saúde para a Secretaria Estadual de Saúde, responsável por apoiar a realização de pesquisa para a implementação de políticas de enfrentamento das violências. Em sequência seguirá para o Ministério da Saúde onde os dados também serão consolidados e analisados, retornando para a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde para a divulgação dos resultados e implementação de políticas de enfrentamento (BRASIL, 2013).

Ao comparar com o fluxo de coleta de envio, processamento e divulgação preconizado pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) (Figura 1), o município pesquisado está desenvolvendo parcialmente essa atividade, com ações precárias quanto a realização da divulgação dos resultados e a implementação de políticas de enfrentamento, fundamental para o combate das violências.

A ficha de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) antes citada como Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais, foi atualizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, e apresenta uma nova versão, intitulada como Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, a mesma possui o componente Viva/SINAN, que corresponde ao ato de informar o caso à vigilância em saúde do município para a tomada de ações em saúde (BRASIL, 2015a).

As alterações realizadas visam atender ao disposto na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ampliando o objeto da notificação e incorporando as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica. Também foram retirados campos que eram subutilizados ou não geravam informação para a ação, mantendo os que representam maior relevância e produzem mais informações epidemiológicas para a intervenção e formulação de políticas públicas (BRASIL, 2015a).

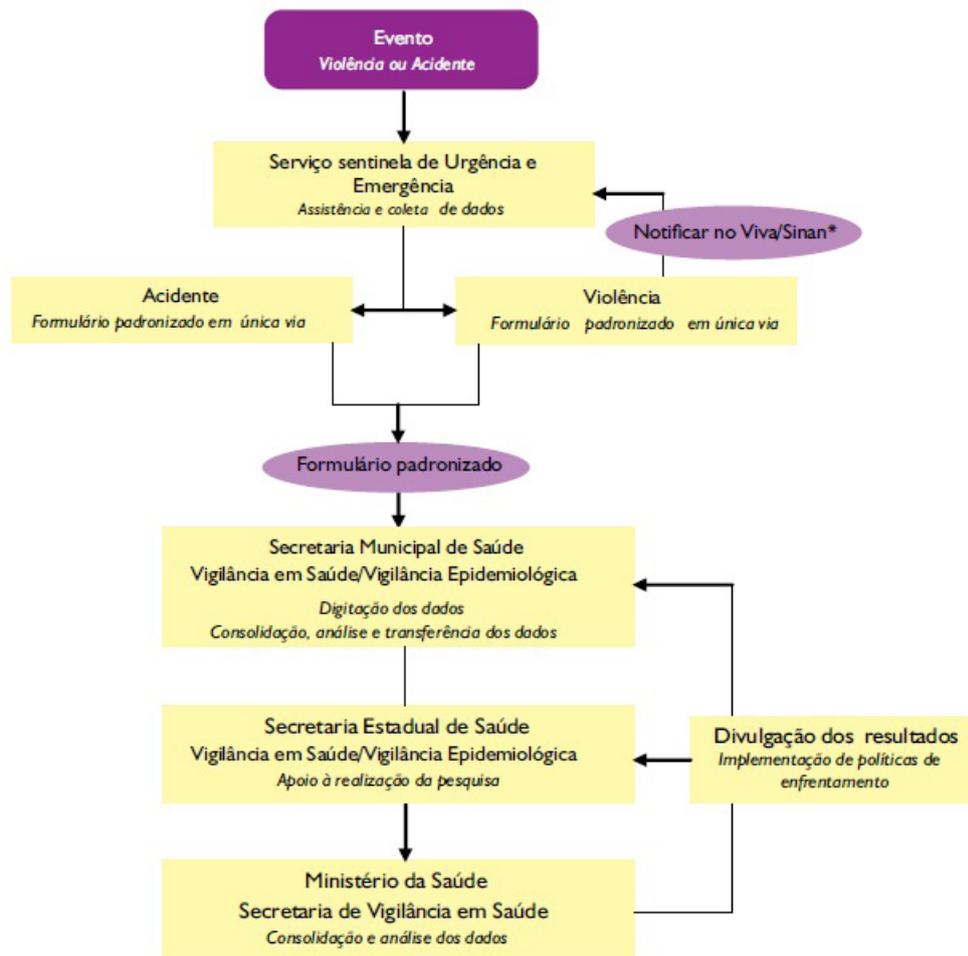


Figura 1 – Fluxo de coleta, de envio, do processamento e da divulgação dos dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – Viva Inquérito 2011

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

A respeito das notificações de violência sexual, foi observado que todas elas possuem origem do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), um serviço de saúde que realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Foi justificado que as vítimas dessa violência geralmente identificadas no hospital são encaminhadas para o CTA, pois esse é o centro especializado para dar continuidade ao acompanhamento desse tipo de vítima, por possuir profissionais qualificados para essa situação, como psicólogo, nutricionista, assistente social, infectologista, enfermeiro e técnico de enfermagem (BRASIL, 2015b).

Durante a análise desses dados, não foi observado uma relação da Secretaria Municipal de Saúde com a rede de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em busca da prevenção das violências, e ao cuidado prestado às vítimas e familiares. Essa relação é fundamental para a troca de informações, mantendo estrategicamente as redes de saúde, para que a ESF possua maior conhecimento sobre o que afeta sua comunidade, e a Secretaria Municipal de Saúde tenha mais um aliado ao combate das violências nos territórios do município (BRASIL, 2006).

Uma pequena parcela dessas notificações de violência teve origem na rede

particular de atendimento hospitalar demonstrando sensibilidade quanto às notificações que segundo o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, a notificação compulsória é um ato obrigatório para profissionais de saúde, tanto do âmbito público, como privado, em que prestem atendimento ao paciente, podendo ser realizada em caso de suspeita ou confirmação de doença ou agravo (BRASIL, 2015c).

O Ministério da Saúde pensando na assistência de crianças, adolescentes e seus familiares em condições de violência, criou a Linha de Cuidado para a Atenção Integral a Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, com o objetivo de promover o cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção quando necessário, trazendo também a importância da integração dos serviços de saúde e a orientação dos gestores e profissionais para a prática dessa linha de cuidado, e assim garantir ao público alvo o acesso seguro aos serviços ofertados (BRASIL, 2010).

A educação permanente é uma ação que necessita ser discutida e aplicada nos diversos setores de saúde, pois o profissional desempenha uma tarefa fundamental ao identificar uma situação de violência, sendo que a não intervenção pode colaborar para que a criança ou adolescente que sofreu a violação, possa se tornar novamente uma vítima, podendo ser evitado se houver uma intervenção eficaz por meio da integração dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

É necessário o fortalecimento de vínculos entre as diversas instituições, pois as violências contra os grupos de crianças e adolescente requer ações em equipe multidisciplinar, para que ocorra a interrupção do ciclo de violência. Para isso, é fundamental que os profissionais possuam conhecimento legítimo sobre o assunto, a começar pelo ato de notificar.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que a violência contra criança e adolescente é uma realidade presente no município de Senhor do Bonfim-Bahia, tendo a violência física como a que mais os atingem. O fluxo das notificações no município segue o fluxograma de envio e consolidação dos dados preconizados pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), porém é carente quanto a divulgação e implementação das políticas de enfrentamento das violências, indicando a necessidade do envolvimento da Secretaria Municipal de Saúde com os demais setores municipais e estaduais de saúde.

É preciso compreender a necessidade do envolvimento integrado da gestão, dos profissionais e até mesmo da sociedade para o enfrentamento das violências. Diante disso, sugere-se o planejamento e promoção de atividades educativas que possibilitem a compreensão desde o preenchimento da ficha de notificação até à investigação das violências, visando o controle e prevenção desses atos de violência.

REFERÊNCIAS

- 1ª VARA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DO DISTRITO FEDERAL. **Violência Sexual contra Crianças e adolescentes**. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/glossarios-e-cartilhas/violenciaSexual.pdf>>. Acesso em 18 set. 2015.
- ASSIS, S. G et. al., **Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada>>. Acesso em: 22 mai. 2015a.
- _____. Ministério da Saúde. **Centro de Testagem e Aconselhamento**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/centro-de-testagem-e-aconselhamento>. Acesso em 19 set. 2015b.
- _____. Ministério da Saúde. **Lei n º 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 10 ago. 2015c.
- _____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Planalto. **LEI Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em 08 out. 2014.
- _____. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) : 2009, 2010 e 2011** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : *Ministério da Saúde*, 2013. 164 p. : il.
- _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 167).
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura de paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. – Brasília : *Ministério da Saúde*, 2009. 44 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- BRITO, A. M. M.; et al. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.1, pp. 143-149. ISSN 1678-4561.
- CAMPOLINA, L. O; OLIVEIRA, M. C. S. L. **Aspectos semióticos da transição infância-adolescência: O contexto da escola**. *Psicologia Argumento*, vol. 30, n. 70, pp. 537-546, jul./set. 2012.
- CHILDHOOD.**Pela Proteção da Infância. Números da causa**. Disponível em: <<http://www.childhood.org.br/numeros-da-causa>>. Acesso em: 27 set. 2015.
- CISA. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. **Campanha Álcool e Violência**. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/748/campanha-alcool-violencia.php>>. Acesso em: 10 set. 2015.

COSTA, M. C. O.; et al. **O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência.** *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.12, n.5, pp. 1129-1141, 2007.

FREITAG, K. C. **O perfil das Crianças e Adolescentes atendidas no Programa Sentinela: Compreendendo o Fenômeno da Violência.** *Serv. Soc. Rev.*, vol. 13, n. 1, pp. 119-135, jul/dez. 2010.

GARBIN, C. A.S.; et al. **Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 64, n. 4, pp. 665-670, 2011.

MAGALHÃES, M. L. et al. **O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência.** *Femina*, out 2009, v. 37, n. 10, p. 548-551.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. **Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 347-357. ISSN 0102-311X.

MARTINS, C. B.G; JORGE, M. H. P. M. **A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol. 18, n. 4, pp. 315-334, out-dez 2009.

MORAIS, R. L. G. L. **Violência contra criança e adolescente: percepção dos profissionais. 2012.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **A lei garante a proteção contra o abuso e a exploração sexual.** Disponível em: <http://www.turminha.mpf.mp.br/direitos-das-criancas/18-de-maio/copy_of_a-lei-garante-a-protexcao-contra-o-abuso-e-a-exploracao-sexual>. Acesso em 13 nov. 2014.

OLIVEIRA, D. C. **Análise de Conteúdo Climático-Categorial: uma proposta de sistematização.** *Ver. enferm.* UERJ, Rio de Janeiro, 2008, v. 16, n. 4, p. 569-76.

RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z. V. **Adolescência, juventude e violência: identificação, abordagem e conduta.** *Adolescência e saúde*, v. 6, n. 3, p. 52-60, set. 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE SÃO PAULO. **Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes.** *Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.*

SECRETARIA DE SAÚDE BAHIA. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia.** Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDE.asp?REGIAO_SAUDE=Senhor%20do%20Bonfim>. Acesso em 17 set. 2015.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência / Núcleo de Estudos da Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente.** Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer – Brasília: CFM, 2011.172 p.

REVISÃO SOBRE ASPECTOS TOXICOLÓGICOS DA *Morinda citrifolia* (NONI)

Maria Rhayssa Silva Bezerra

Centro Universitário Unifavip-Wyden
Caruaru-PE

Fabírcia Morgana Teixeira de Lima

Centro Universitário Unifavip-Wyden
Caruaru-PE

Hemilly Alanna da Silva Lima

Centro Universitário Unifavip-Wyden
Caruaru-PE

Jeilsa da Silva Santos

Centro Universitário Unifavip-Wyden
Caruaru-PE

Sérgio Luiz da Rocha Gomes Filho

Centro Universitário Unifavip-Wyden
Caruaru-PE

RESUMO: Na busca pelo conhecimento e identificação de novas fontes de antioxidantes naturais e para melhor esclarecimento das lacunas subjacentes das propriedades científicas referentes ao Noni (*Morinda citrifolia* L.), este artigo tem como objetivo informar sobre as características químicas e a avaliação das atividades antioxidantes da poupa, casca, semente, raízes e folhas do Noni. Todas as partes da planta são consumidas como alimentos e fitoterápicos, as raízes e cascas são utilizadas para tingimentos de roupas e cerâmicas e as demais partes da

planta vêm sendo usada como suplemento alimentar. Apesar de inúmeros benefícios, o Noni possui contraindicações que torna seu consumo impróprio para portadores de doenças renais devido ao seu alto nível de potássio. Além disso, o Noni possui atividade imunossupressora quando utilizado por pacientes imuno-comprometidos pelo vírus da AIDS. No entanto abrangeu-se a resposta imune quando testado em ratos, observando-se um maior número de macrófagos e linfócitos. O Noni é uma planta diferenciada e que requer atenção especial em seu potencial hepatotóxico.

PALAVRAS-CHAVE: Fitoterapia, toxicologia, hepatotoxicidade, *Morinda citrifolia* L.

ABSTRACT: In the search for knowledge and identification of new sources of natural antioxidants and to better clarify the underlying gaps of the scientific properties related to Noni (*Morinda citrifolia* L.), this article aims to inform about the chemical characteristics and the evaluation of antioxidant activities of the hoop, bark, seed, roots and leaves of the Noni. All parts of the plant are consumed as food and herbal products, the roots and barks are used for dyeing of clothes and ceramics and the other parts of the plant have been used as food supplement. Despite numerous benefits, Noni has contraindications that makes its consumption unfit for people with kidney disease

because of its high potassium level. In addition, Noni has immunosuppressive activity when used by patients immunocompromised by the AIDS virus. However, the immune response was monitored when tested in rats, with a greater number of macrophages and lymphocytes. Noni is a differentiated plant and requires special attention in its hepatotoxic potential.

KEYWORDS: Phytotherapy, toxicology, hepatotoxicity, *Morinda citrifolia* L.

INTRODUÇÃO

Os produtos naturais e herbáceos têm sido utilizados durante séculos, por diferentes culturas em todo o mundo, como parte do acervo da medicina tradicional. Dessa forma, o uso de plantas medicinais e seus extratos vêm crescendo na assistência à saúde em função de sua fácil aceitabilidade, disponibilidade e baixo custo (VARANDA, 2006; BALUNAS et al., 2006).

Os compostos bioativos mais encontrados em frutas são as substâncias fenólicas, que são formadas no metabolismo secundário, sendo encontradas na forma livre ou ligadas a açúcares e proteínas. Nos humanos os estudos têm apontado que os compostos fenólicos são capazes de bloquear as estruturas radicalares, devendo-se isso à sua estrutura química, formada por, pelo menos, um anel aromático com grupamentos hidroxila (BRAVO, 1998).

O excesso de radicais livres no organismo é um ponto de partida para um estresse oxidativo (conjunto de reações intra e extracelular que desenvolve radicais livres em excesso, alterando a homeostase). Essa condição é motivo de estudos pelo qual está associada a diversas doenças crônicas não transmissíveis.

Estudos em todo o mundo têm caracterizado os vários produtos naturais com o intuito de identificar e quantificar os componentes bioativos destes vegetais a fim de utilizá-los na alimentação da população e, com isso, reduzir o risco de surgimento de doenças (NEVES, 2012). Frutas exóticas, como o Noni (*Morinda Citrifolia*), têm ganhado espaço nas pesquisas da medicina alternativa tanto pela busca dos diferentes potenciais da fruta como pela procura por fontes alimentares.

Tendo sua origem no Sudoeste da Ásia, a fruta Noni (*Morinda Citrifolia*) foi divulgada pelo homem através da Índia, sendo cultivada por povos da Polinésia provavelmente por sua diversidade no uso, e hoje a mesma tornou-se uma das principais fontes da medicina alternativa dessa região. Todas as partes da planta possuem propriedades tradicionais que são usadas pela população há mais de 2000 anos, desde a casca e raízes que são usadas na confecção de tinturas e remédios, até o tronco, folhas e frutos que servem como instrumentos, lenha, alimento e remédios, respectivamente.

A Polinésia é considerada o maior produtor de suco de Noni comercializado em todo o mundo. Não existem cultivos selecionados, então a exploração comercial da Noni dá-se a partir de plantas originadas de sementes. A denominação

botânica do gênero deriva-se da junção das palavras *morus* (amora) e *indicus* (Índia), justificada pela semelhança ao fruto de *Morus Alba L.* O nome da espécie indica que a folhagem é similar a alguns tipos de citros. Pertence à família Rubiceae, mesma espécie do cafeeiro, possui semelhança ao sistema radicular com a diferença que esta pode atingir até 10 m de altura quando adulta e permanece com folhas durante todo o ano podendo conter flores e frutas durante as mais variadas estações.

A fruta Noni possui um histórico nas farmacopeias dos países do Sudeste Asiático e atualmente vem ganhando espaço na rota comercial e em pesquisas científicas devido aos efeitos benéficos que a mesma apresenta no ser humano, provocada por uma substância chamada xeronina. Dentre as qualidades do Noni sua facilidade na adequação aos diferentes tipos de solo e clima sob estresses ambientais desperta ainda mais a curiosidade sobre esta fruta. É uma planta que cresce tanto em solos férteis quanto em terrenos arenosos, pouco profundos e rochosos assim como em meio a fluxos de lavas. Conforme descrito por Nelson & Elevitch (2006), é uma cultura tolerante aos efeitos salinos e alcalinos dos solos e se desenvolve tanto em regiões de clima seco como de clima úmido.

A *Morinda Citrifolia* é considerada um forte antioxidante natural e o consumo diário de seu suco contribui com o sistema imunológico e aumenta a capacidade de absorção de nutrientes pelas células. Além disso, a fruta possui diversos componentes, sendo um dos principais a Proxeronina, que age como precursora do alcaloide xeronina e essa, por sua vez, ativa as enzimas que catalisam o metabolismo celular.

Um estudo feito pela Universidade Federal do Semi-Árido (UFFERSA) e pela Universidade Federal de Viçosa (UFF) mostrou que o Noni possui teores de vitaminas no suco. Dentre estas, se destacam as vitaminas B1 (Tiamina), B2 (Riboflavina), B3 (Niacina), B5 (ácido pantotécnico), B6, B12, Vitamina C (ácido ascórbico), Ácido Fólico, Vitamina E (alfatocoferol) e beta-caroteno. Além dos minerais que incluem Cálcio, Potássio, Magnésio, Ferro e Fósforo. Além disso, a abundância de químicos naturais constituintes e uma gama inspiradora de antioxidantes, como a quercetina, vanilina, pinosresinol, proxeronine, kaempferol, isoscopoletin, bisdemethylpinosresinol e escopoletina acentua todo o valor nutricional do suco de Noni.

Porém, apesar de inúmeros benefícios, o noni possui contraindicações que tornam seu consumo crítico, não sendo recomendado para portadores de doenças renais, devido a seu alto nível de potássio; insuficiência cardíaca, visto que a fruta tem sinergia com medicamentos que tratam tal, intensificando seu efeito; transplantes, uma vez que o reforço ao sistema imunológico pode provocar rejeição do órgão e na gravidez e amamentação, justamente por não existir estudo algum sobre a segurança do uso da fruta.

Devido à falta de pesquisas científicas sobre os efeitos do Noni no organismo, uma incógnita na medicina é responsável por a proibição da comercialização da

fruta no Brasil. “Os estudos são inconclusivos. Não conhecemos muito bem a composição dele e ainda há indícios de que ele causa toxicidade no corpo”, explica a presidente da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (SBAN), Olga Amancio.

Algumas metodologias de ensaios farmacológicos demonstram um potencial para o Noni, embora a carência de estudos clínicos persista. As principais atividades verificadas são: antioxidante, dislipidêmica, hipotensora, cicatrizante, antimicrobiana, analgésica, dopaminérgicas e melhora no desempenho sexual (Krishnaiah ET AL., 2013; Mandukhail, Aziz e Gilani, 2010; Basat ET AL., 2010 Potterat e Hamburger, 2007; Mompilé ET AL., 2014; Ferradas, Abanto e Reyes, 2014; Pandy et al., 2014; Song, Fengjuan e Wang, 2015).

Além disso, o Noni Clinical Research Journal, em sua primeira edição também relata que o noni tem atividade imunossupressora, quando utilizado por pacientes imunocomprometidos pelo vírus da AIDS. De outro lado, aumentou a resposta imune quando testado em ratos, observando-se um maior número de macrófagos e linfócitos, segundo Fletcher e colaboradores (2013). O que torna o noni uma planta diferenciada e que requer atenção especial é seu potencial hepatotóxico.

Stadlbauer et al (2005) relataram dois casos em que apresentam hepatotoxicidade relacionados ao consumo de suco do noni. Um homem de 29 anos com histórico de hepatite medicamentosa apresentou um quadro de insuficiência hepática aguda. O paciente teve um ataque fulminante após ter consumido 1,5 litros do suco Tahitian Noni® nas três semanas anteriores, além de ter ingerido diariamente, nove dias antes, uma mistura de ervas chinesas, contendo: Bupleuri, Pinellia, Scutellaria, Codonopsis, Glycyrrhiza, Schizonepeta e Paeonia. A causa dessa doença hepática poderia estar relacionada ao consumo do suco de noni. No entanto, os componentes da mistura de ervas também deveriam ser avaliados quanto à toxicidade.

No Congresso Brasileiro de Toxicologia de 2007 foi apresentado um trabalho no qual alguns pesquisadores analisaram os efeitos do extrato aquoso do noni em ratas grávidas. Foi concluído que o consumo pode gerar efeitos adversos na gestação desses animais.

West (2006) relatou um caso em que a paciente teve uma intoxicação após a ingestão do suco, salientou também que esta paciente esteve em uma região endêmica de hepatite E, em que os sintomas se confundem com os da doença. Como não foram feitos testes para hepatite, não se pode afirmar que a hepatotoxicidade foi ocasionada pelo suco do noni.

Outro estudo foi realizado com 96 voluntários que consumiram o suco de noni por dois meses. Três pessoas desistiram da pesquisa e uma foi necessária ser retirada por apresentar nível de ALT e AST, enzimas produzidas pelo corpo decorrente de danos no fígado, elevado.

Andrada et AL (2007) descreveu que uma paciente chegou ao hospital com

uma dor abdominal, icterícia leve, náuseas e vômito. Foi realizada a anamnese da paciente e os sintomas indicavam um suposto diagnóstico de hepatite, pois a paciente apresentava a bilirrubina total (BT) e a bilirrubina direta (BD) elevadas, assim como as demais transaminases ALT, AST, GGT e tempo de protrombina. Após a realização dos exames, os médicos continuaram a investigar, quando a paciente relatou que duas semanas antes de se internar tinha ingerido, no Equador, um preparo de ervas de nome NONI. Após algumas semanas de tratamento o quadro clínico voltou ao normal.

Em 2007 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou um informe técnico afirmando que há falta de estudos que provem a segurança em consumir o Noni, ressaltando os possíveis danos ao organismo. “Os produtos contendo Noni não devem ser comercializados no Brasil como alimento até que os requisitos legais que exigem a comprovação de sua segurança de uso sejam atendidos”, diz o comunicado.

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo a reavaliação das atividades terapêuticas da fruta Noni (*Morinda Citrifolia L.*), bem como informar sobre as características químicas e atividades antioxidantes na extensão das distintas áreas da planta (caule, folhas e raiz).

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão de caráter descritivo e qualitativo, a qual teve como objetivo analisar artigos e outros materiais relevantes para o desenvolvimento do estudo sobre o poder toxicológico da *Morinda citrifolia L.*

Para tanto, realizou-se a pesquisa nas bases de dados Scielo, Ebsco, Pubmed e Google acadêmico acerca de estudos, brasileiros e internacionais, que descrevessem as características fitoterápicas e toxicológicas da *Morinda citrifolia* (Noni). Ademais, houve averiguação no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Utilizaram-se como palavras chaves: fitoterapia, toxicologia, hepatotoxicidade e *Morinda citrifolia L.* Com relação à seleção de textos nos periódicos foram utilizados os seguintes métodos: estudos brasileiros ou internacionais que possuíssem em comum o fruto Noni e seu teor toxicológico. Os dados que consistem nos resultados são compilação dos dados obtidos através da leitura de doze (12) artigos, onde foram tidos como fundamentais para análise, porém, após refinamento, apenas seis (6) foram utilizados. Sendo cinco (5) brasileiros e um (1) internacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos realizados in vitro e in vivo demonstraram que o suco noni possui ação antioxidante superior a outros sucos de frutas, pelo fato de não apresentar

redução nos danos ao DNA e por contribuir para a atividade imunológica. Agindo, principalmente, em fumantes, atletas e pessoas saudáveis.

Por contribuir para fatores imunológicos, as propriedades antioxidantes da noni também pode ser responsável por atividades inflamatórias por meios de múltiplos mecanismos. Esta relação é estabelecida na literatura científica. Onde os leucócitos liberam citocinas pró-inflamatórias que causam uma explosão oxidativa. Levando a uma inflamação maior, além de ativar outros leucócitos. Esse processo inflamatório leva a danos nos tecidos, como o que ocorre em certos tipos de lesão muscular. Mostrou-se que os antioxidantes suprimem o recrutamento de neutrófilos e os intermediários de oxigênio reativos.

As vitaminas encontradas no noni incluem vitamina B1 (Tiamina), vitamina B2 (Riboflavina), vitamina B3 (Niacina), vitamina B5 (Ácido pantoténico), vitamina B6, vitamina B12, vitamina C (Ácido ascórbico), ácido fólico, vitamina E (Alfa-tocofenol) e beta-caroteno. Possuindo também uma abundância de químicos naturais e uma gama de antioxidantes, como a quercetina, varilina, pinoresinol, proxeronine, kaempferol, isoscopoletin, bisdemethylpinoresinol e escopoletina, além dos minerais incluindo Cálcio, Potássio, Magnésio, Ferro e Fósforo. Reforçando o valor nutricional do suco de noni.

Os mecanismos antioxidantes impulsionados pelo suco de noni parecem estar envolvidos em efeitos observados na fadiga física, controle de peso, osteoporose, hipertensão e gengivite, relatados dos estudos em humanos. Apesar de possuir tantos benefícios, pesquisas expõem que o suco do noni pode possuir alguns efeitos adversos ao ser consumido em excesso, entre eles, náuseas, dores epigástricas, constipação ou diarreia, edema, tosse, dores de cabeça e erupções cutâneas.

Existe uma intercorrência entre composições dos produtos da noni comercializados. Desnivelamento no processo de colheita e preparo da fruta causam impacto em sua eficácia, assim incluindo perdas significativas na sua atividade antioxidante. Alguns casos de adulteração de produtos são um aviso de que uma declaração de rótulo de suco noni não garante uma autenticidade do produto.

Atualmente, não existe um método oficial para a determinação da atividade antioxidante em alimentos de origem vegetal e seus subprodutos, tendo em vista os vários mecanismos antioxidantes que podem ocorrer, bem como a diversidade de compostos bioativos. A literatura descreve vários métodos antioxidantes, cada um com um princípio distinto que utilizam radicais livres e/ou padrões diversos. Dessa forma, os estudos que visam avaliar propriedades antioxidantes de extratos vegetais utilizam mais de uma metodologia para inferir, com maior segurança, se os extratos analisados poderão apresentar, também, alguma atividade em combater os radicais livres formados no interior do organismo humano (SOUSA et al., 2011).

Resultados da composição da polpa, das sementes e da casca do Noni separadamente, informam que:

| | Polpa (%) | Semente (%) | Casca (%) |
|---------------------|------------------|--------------------|--------------------------|
| Umidade | 88,36 ± 0,22a | 68,65 ± 1,03c | 86,49 ± 0,36b |
| Cinzas | 0,93 ± 0,03b | 0,93 ± 0,26b | 1,05 ± 0,13 ^a |
| Proteína | 2,24 ± 0,04a | 2,64 ± 0,03a | 2,23 ± 0,40 ^a |
| Lipídeos | 0,37 ± 0,01a | 0,57 ± 0,01a | 0,52 ± 0,07 ^a |
| Carboidratos | 8,37 ± 0,43c | 27,21 ± 0,82a | 9,70 ± 0,55b |
| VET | 45,77 | 124,53 | 52,40 |

(Rev. Bras. Frutic., Jaboticabal - SP, v. 35, n. 2, p. 345-354, Junho 2013)

Evidenciando que a água é o fator predominante entre seus componentes em todas as partes estudadas. Demonstrando também que não há diferença significativa entre os valores de proteínas e lipídeos. Resultados semelhantes, para a polpa do Noni, foram encontrados por Chan-Blanco et al. (2006).

A natureza química desses compostos nos alimentos varia do simples ao altamente polarizado, a grande variedade de compostos bioativos nos vegetais (como os ácidos fenólicos, antocianinas e taninos) e diferentes quantidades presentes, além da possibilidade de interação dos compostos antioxidantes com carboidratos, proteínas e outros componentes dos alimentos (SHAHIDI; NACZK, 1995; SOUSA et al., 2011).

As distintas partes do Noni apresentam proporções versáteis dos compostos bioativos com destaque para a polpa como maior fonte de vitamina C, avaliando, assim, a capacidade expressiva da atividade antioxidante do suco da noni.

Pesquisas distintas relataram efeitos tóxicos do noni, pelo fato de possuir a presença de antraquinonas em sua raiz, substância essa, que têm ação antibacteriana, fúngica e viral, sendo metabolizadas no fígado, que ao serem ingeridas em excesso podem causar danos hepáticos. Esses são argumentos utilizados para que a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) proíba seu consumo desde 2007.

CONCLUSÃO

As informações disponíveis em literatura são insuficientes para analisar a ação tóxica do Noni (*Morinda Citrifolia*) no corpo humano. Faz-se a necessidade de realizar estudos clínicos para a comprovação do seu efeito terapêutico e avaliação da segurança no uso da planta.

Diante do que foi exposto nas pesquisas, o Noni (*Morinda Citrifolia L.*) possui ações benéficas relacionadas aos teores variáveis dos compostos bioativos e

grande evidência de antioxidantes, o qual já foi comprovado em estudos que a planta possui em abundância. A mesma é fonte de pesquisas por existir relatos relacionados a alguns incidentes hepáticos e complicações renais desencadeados supostamente por uso de sucos e infusões feitos a partir desta planta. Mesmo que as pesquisas não tenham detectado toxinas, substâncias como antraquinonas foram encontrados na raiz da planta.

Tendo em vista a limitação encontrada no campo científico designado por a falta de pesquisas e comprovações sobre o tema, tanto as autoridades quanto profissionais da saúde indicam que o uso seja evitado, uma vez que não se sabe ao certo se o Noni é tóxico ou benéfico para a saúde humana.

REFERÊNCIAS

CANUTO, G. A. B; XAVIER, A. A. O; NEVES, L. C; BENASSI, M. T; Caracterização físico-química de polpas de frutos da Amazônia e sua correlação com a atividade anti-radical livre. **Revista Brasileira de Fruticultura**, Jaboticabal,v.32, n.4, dez. 2010

CHAN-BLANCO, Y.; PEREZ,A. M.; REYNES, M; BRILLOUET, J.; BRAT.P. The noni fruit (*Morinda Citrifolia L.*): A review o agricultural research, nutritional and therapeutic properties. **Journal of Food. Composition and Analysis**, London, v.19, n.6-7, p.645-654, 2006.

CHUNHIENG, T. **Developpement de nouveaux neutraceutiques a partir de graines et fruits d'origine tropicale: application a la noix du Bresil Bertholettia excelsa et au fruit de Cambodge Morinda citrifolia**. 2003. 181 f. These (Docteur es Procedes biotechnologiques et alimentaires) – Centro de Sciences, Universite de Nancy, Lorraine, 2003.

COSTA, A. B. et al. Atividade antioxidante da polpa, casca e sementes do noni (*Morinda citrifolia* Linn). **Revista Brasileira de Fruticultura**, [S.L.], p. 345-354, jun. 2013.

European Food Safety Authority. Scientific Opinion of the Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies on a request from the European Commission on the safety of Tahitian Noni®/*Morinda citrifolia* (Noni) fruit puree and concentrate' as a novel food ingredient. **EFSA J.** 2009, 998, 1–16.

GONDIM, J. A. M; MOURA; M. F. V; DANTAS, A. S; MEDEIROS, R. L. S; SANTOS, K. M. Composição centesimal e de minerais em casca de frutas. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, Campinas, v.25, p.825-827, 2005.

<http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeciencia/index.php/RSC>

UFCG/article;ciwFile/325/226. INSTITUTO ADOLF LUTZ. **Métodos físico-químicos para análise de alimentos**. 4.ed. São Paulo, 2005.

VARANDA, E. A. Atividade mutagênica de plantas medicinais. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 27, p.1-7, 2006.

WANG, M. Y.; WEST, B.; JENSEN, C. J.; NOWICKI, D.; SU, C., PALU, A. K., ANDERSON, G. *Morinda citrifolia* (Noni): A literature review and recent advances in Noni research. **Acta Pharmacologica Sínica**, Shangai, v. 23, n. 12, p. 1127-1141, 2002.

SOBRE A ORGANIZADORA

Elisa Miranda Costa: Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão. Fez mestrado no curso de Pós-graduação em saúde coletiva, foi bolsista pela FAPEMA, na categoria BATI II. Foi bolsista de iniciação científica no Projeto "Anemia Ferropriva e cárie dentária em gestantes: uma coorte prospectiva, no período de 2012 a 2013 e no projeto "Níveis de hemoglobina e ferro sérico em gestantes em uma maternidade de São Luís, Maranhão, no período de 2013 a 2014. Desenvolveu atividades na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, participando inicialmente de treinamento e posteriormente de análises utilizando a técnica CHECKERBOARD, como parte do Projeto de Pesquisa Temático BRISA (proc. FAPESP nº 2008/53593-0). Atualmente, é doutoranda em saúde coletiva pela UFMA. (Texto informado pelo autor)

SOBRE A ORGANIZADORA

Elisa Miranda Costa: Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão. Fez mestrado no curso de Pós-graduação em saúde coletiva, foi bolsista pela FAPEMA, na categoria BATI II. Foi bolsista de iniciação científica no Projeto "Anemia Ferropriva e cárie dentária em gestantes: uma coorte prospectiva, no período de 2012 a 2013 e no projeto "Níveis de hemoglobina e ferro sérico em gestantes em uma maternidade de São Luís, Maranhão, no período de 2013 a 2014. Desenvolveu atividades na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, participando inicialmente de treinamento e posteriormente de análises utilizando a técnica CHECKERBOARD, como parte do Projeto de Pesquisa Temático BRISA (proc. FAPESP nº 2008/53593-0). Atualmente, é doutoranda em saúde coletiva pela UFMA. (Texto informado pelo autor)

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-140-4

